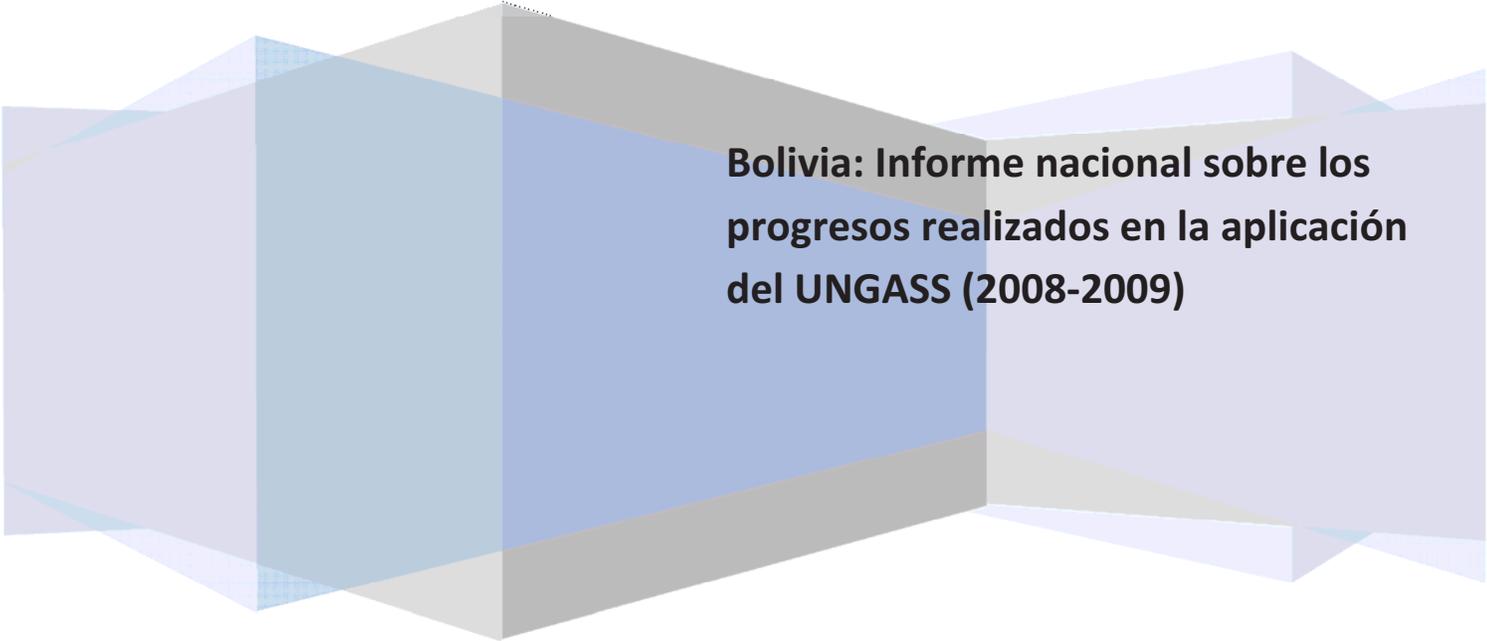


Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Bolivia)

Enero de 2008 – Diciembre de 2009

30 de marzo de 2010



**Bolivia: Informe nacional sobre los
progresos realizados en la aplicación
del UNGASS (2008-2009)**

Ficha Bibliográfica

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS/Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

120p: ilus. (Serie Documentos Técnicos)

- I. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
- II. MONITOREO
- III. EVALUACIÓN
- IV. UNGASS
- V. BOLIVIA
- VI. VIGILANCIA
- VII. EPIDEMIOLOGIA

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS

Puede obtenerse información en las siguientes direcciones de internet:

<http://www.sns.gov.bo/its-vih-sida>

<http://www.unaids.org/UNGASS2010>

<https://sites.google.com/site/ungass2010bolivia>

Documento elaborado por:

Jorge Luis Medrano Llano

Juan Carlos Rejas

Werner Valdés Romero

Revisión Técnica

Dra. Carola Valencia Rivero Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Dra. Claudia Cardozo Martínez ONUSIDA

Lic. Patricia Bracamonte ONUSIDA

Lic. Maria del Carmen Basaure ONUSIDA

Lic. Diddie Schaff UNFPA

Dra. Carmen Lucas UNICEF

Dra. Roxana Salamanca OPS/OMS

© Ministerio de Salud y Deportes, 2010

Con el apoyo financiero del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Bolivia, marzo de 2010

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Sonia Polo Andrade
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Nila Heredia Miranda
VICEMINISTRA DE SALUD Y PROMOCIÓN

Dr. Jaime J. Choque Cortez
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Sergio Mollinedo
JEFE DE LA UNIDAD NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

Dra. Carola Valencia Rivero
COORDINADORA DEL PROGRAMA NACIONAL DE ITS VIH SIDA



Equipo de trabajo del Informe UNGASS:

Lic. Jorge Medrano
Responsable de Monitoreo y Evaluación
PROGRAMA NACIONAL DE ITS VIH

Sr. Juan Carlos Rejas
Consultor Principal
Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - ONUSIDA

Lic. Werner Valdés
Consultor Asociado
Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - ONUSIDA

Lic. Blanca Franco M.
Consultora para tratamiento de datos ENDSA 2008
Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - UNFPA

Dra. Claudia Cardozo
Consultora en Monitoreo y Evaluación
ONUSIDA

Equipo de apoyo en la preparación, revisión y validación del Informe

Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Dra. Carola Valencia Rivero	Coordinadora Nacional
Lic. Benito Colquehuanca Flores	Administrador Nacional a.i.
Dr. Freddy Flores Conde	Logística de Medicamentos e Insumos
Dr. Ramiro Fuentes Berrios	Coinfección TB/VIH
Lic. Ana Rosario Guzman Gordillo	Información, Educación y Comunicación
Ing. Edmundo Cruz Cárdenas	Administración y Planificación
Dr. Oscar Colque Mamani	Asistente Monitoreo y Evaluación

Programas Departamentales (Regionales) ITS/VIH/SIDA

Dr. Carlos Alurralde Calderón	Responsable Departamental Chuquisaca
Dr. Julio Cesar Pardo Boyan	Responsable Departamental La Paz
Dr. Juan Vega Ticona	Responsable Regional El Alto
Dra. Nancy Castillo Condori	Responsable Departamental Cochabamba
Dr. Claudio Renjifo	Responsable Departamental Potosí
Dr. Antony Yavé Colque	Responsable Departamental Oruro
Dr. Carlos Romero	Responsable Departamental Tarija
Dr. Gonzalo Borda	Responsable Departamental Santa Cruz
Dr. Bruno Vargas	Responsable Departamental Beni
Dra. Gaby Mamani	Responsable Departamental Pando



Instituciones del Sector Público, de la Cooperación Internacional y de la Sociedad Civil que coadyuvaron en la preparación y validación del informe

Ministerio de Salud y Deportes
Ministerio de Educación
Ministerio de Trabajo
Ministerio de Justicia
Defensor del Pueblo
Consejo Nacional de SIDA en Bolivia (CONASIDA)

Programa Nacional de Sangre Segura
Instituto Nacional de Estadística
Sistema Nacional de Información en Salud

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA
Organización Mundial de la Salud en Bolivia – OMS/OPS
Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia en Bolivia – UNICEF
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
Organización Internacional del Trabajo (OIT)
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) - Socios para el Desarrollo (PROSALUD y CIES)
Asociación IBIS/HIVOS (Receptor Principal de recursos del Fondo Mundial)

Red de personas viviendo con VIH/SIDA – RedBol
Colectivo TLGB
ADESPROC Libertad
Igualdad TLGB
Vivo en positivo
Instituto para el Desarrollo Humano - IDH
REDVIHDA
SEXSALUD
Fundación Cuerpo de Cristo
Asociación un Nuevo Camino – ASUNCAMI
Asociación Cristiana Femenina
Organización Nacional de Emancipación de la Mujer
Mecanismo de Coordinación de País
Red de Trans en Bolivia – Red TREBOL
Mesa de Trabajo Nacional – MTN
Una luz en el Camino
Asociación de Pacientes con Tuberculosis – ASPACONT
Corresponsales Clave para Alliance



Contenido

Presentación

Glosario

Situación actual

1. Contexto sociodemográfico y socioeconómico de Bolivia
2. La dimensión poblacional en el plan general de desarrollo económico y social
3. Situación de la salud
4. El informe UNGASS: Proceso de elaboración del informe UNGASS y la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe
5. La situación de la epidemia
6. La respuesta política y programática
7. Tabla general de los indicadores del UNGASS

Panorama general de la epidemia de sida

Respuesta nacional a la epidemia de sida

Prácticas óptimas

Principales problemas y acciones correctoras

Apoyo de los asociados para el desarrollo del país

Sistemas de vigilancia y evaluación



PRESENTACIÓN



GLOSARIO

ADESPROC Libertad Asociación Civil de Desarrollo Social y Promoción Cultural "Libertad"

ARV Antirretroviral.

ASUNCAMI Asociación Un Nuevo Camino, de PVVS

BS Banco de Sangre

CAP Comportamientos, actitudes y prácticas.

CCC Comunicación para el Cambio de Comportamiento

CD4 Linfocitos CD4

CDC Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Estados

CDVIR Centro Departamental de Referencia y Vigilancia.

CENSIDA Centro Nacional para La Prevención y Control del VIH SIDA, México

CONASIDA Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA

CRVIR Centro Regional de Referencia y Vigilancia.

CRIS Sistema de Información para la Respuesta Nacional

CV Carga Viral

DDHH Derechos Humanos

DILOS Directorio Local de Salud

DS Decreto Supremo

ENDSA Encuesta Nacional de Demografía y Salud

ETS Enfermedades de Transmisión Sexual

FM Fondo Mundial para la lucha contra la TB, VIH SIDA y malaria

GBT Gay, bisexual y trans.

GLBT Gay, lesbianas, bisexuales y transexuales

HSH Hombres que tienen sexo con hombres

IBIS / HIVOS Receptor principal-VIH/SIDA

ICPN Índice Compuesto de Política Nacional

IDH Instituto para el desarrollo Humano

IEC Información educación y comunicación

INE Instituto Nacional de Estadística

INLASA Instituto Nacional de Laboratorios en Salud

ITS Infecciones de Transmisión Sexual

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"

MSD Ministerio de Salud y Deportes

ME Monitoreo y Evaluación

NCPE Nueva Constitución Política del Estado

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

ONAEM Organización Nacional de Activistas por la emancipación de la mujer

ONG Organización no Gubernamental

ONUSIDA Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS Organización panamericana de la salud

OTN Organización de trabajadoras Nocturnas



PEM Plan Estratégico Multisectorial para la Respuesta a VIH SIDA en Bolivia
PMP Plan a Mediano Plazo
PMA Programa Mundial de Alimentos
PN Programa Nacional
PNS Programa Nacional de ITS VIH SIDA
PNSH Programa Nacional de Seguridad Hematológica y transfusional
PDS Programa Departamental de ITS VIH SIDA
PND Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien
PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA Plan Operativo Anual
Prof. Profesionales
PVVS Persona que Vive con el VIH/SIDA
REDBOL Red Boliviana de personas viviendo con VIH y SIDA
REDLA + Red Latinoamericana de PVVS
REDVIHDA Fundación de PVVS en Santa Cruz
RP Receptor Principal del Fondo Mundial
RRMM Resolución Ministerial
SBS Seguro Básico de Salud
SEDES Servicio Departamental de Salud
SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNIS Sistema Nacional de Información en Salud
SNMN Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
SPD Socios Para el Desarrollo
SS Seguridad Social
SUMI Seguro Universal Materno Infantil
TARGA Tratamiento Antirretroviral de gran actividad
TARV tratamiento Antirretroviral
TB Tuberculosis
TGN Tesoro General de la Nación
TS Trabajadores sexuales
TTO Tratamiento
UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS Acrónimo en inglés de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre SIDA, celebrada en Junio de 2001.
UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Vivo en Positivo Asociación de PVVS de Cochabamba
USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

SITUACIÓN ACTUAL

1. Contexto sociodemográfico y socioeconómico en Bolivia

El estado plurinacional de Bolivia, se constituye en 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 del proceso integrador del país¹.

1.1. La población en Bolivia

De acuerdo con las proyecciones del INE, se estima que en el año 2010 existe una población de 10.426.154 de los cuales 49,9% son hombres y 50.1% son mujeres.

La estructura por edad muestra una población predominantemente joven ya que 47% tiene menos de 20 años.

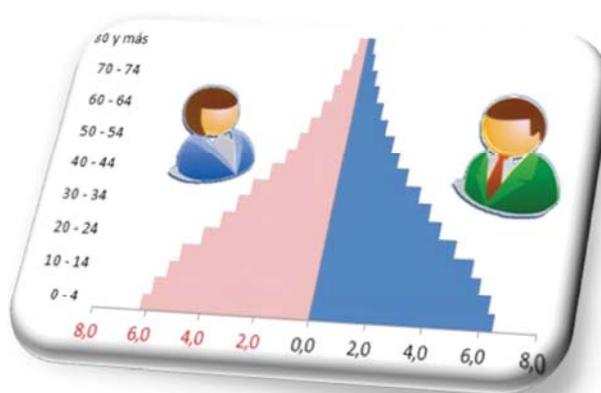


Gráfico No.1.

Bolivia: Estructura de la población por edad y sexo

Fuente: Proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística

El territorio boliviano ocupa una extensión de 1.098.581 kilómetros cuadrados, siendo la densidad poblacional de 9' habitantes/Km². Se distinguen tres zonas ecológicas predominantes: el *Altiplano*, al oeste del país (28% del territorio); el *Valle*, en la región central (13% del territorio) y la región norte y oriental, el *Llano* que constituye la región más extensa del país y abarca (59% por ciento del territorio).

Política y administrativamente el país se divide en nueve departamentos y 327 municipios. La mayor proporción de población, 72% equivalente a 7,5 millones, se concentra en los denominados departamentos del eje central (La Paz, Santa Cruz y Cochabamba).

¹ Artículo I, Constitución Política del Estado

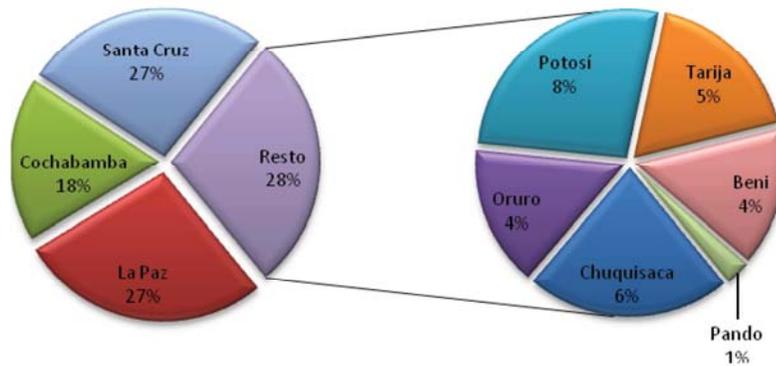


Gráfico No. 2

Bolivia: Distribución de la población por departamentos - 2010

Fuente: Proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística

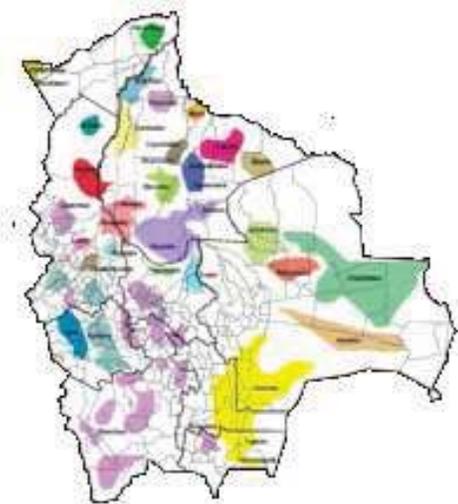


Gráfico No. 3

Bolivia: Mapa de naciones - pueblos originarios de Bolivia

Fuente: www.boliviaenlared.com

La distribución según contextos muestra que de 10,4 millones de habitantes se estima que 6,9 millones residen en área urbana y 3,5 residen en área rural. La poblacional se distribuye en una importante diversidad étnica y cultural (36 etnias según la Constitución Política del Estado).



“Una proporción importante de la población conserva su lengua y, en gran medida, su herencia cultural. El idioma oficial es el castellano y según datos de la **ENDSA 2008**, el 95 por ciento de las mujeres en edad fértil habla este idioma, pero un número importante de personas hablan el Quechua o el Aymara, especialmente en la región del Altiplano y el Valle”². De acuerdo con el Censo de Población y vivienda 2001, la población boliviana es mayoritariamente bilingüe

1.2. La economía boliviana

Bolivia cuenta con un modelo productivo mixto, en el que participan tanto el sector privado como el Estado, que participa directamente en los sectores estratégicos. El año 2008 se registró un Producto Interno Bruto de 4.283 millones de \$US, mostrando un crecimiento económico de 6,15% respecto al año 2007, hasta el primer semestre de 2009, se reveló un crecimiento de 3,21% siendo la tasa más alta de la región. Este crecimiento se explica principalmente a la expansión de la actividad minera, el año 2008 este rubro aportó con el 14% al PIB total.

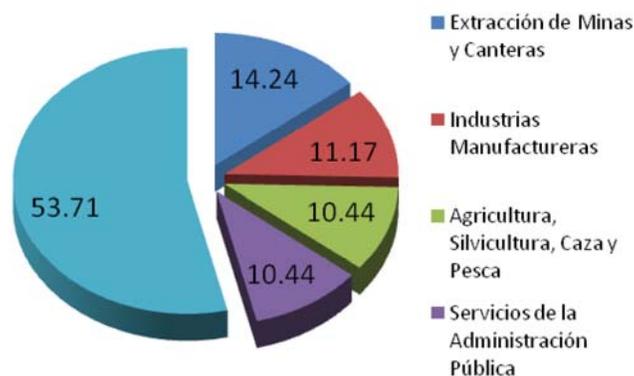


Gráfico No. 4
Bolivia: Distribución porcentual del PIB por actividad económica, 2008
 Fuente: Elaboración propia con datos del INE

“Uno de los pilares del Plan Nacional de Desarrollo del actual Gobierno es la transformación, integración y diversificación de la matriz productiva. Es así que para el 2015 se plantea lograr en el país un nuevo patrón de desarrollo diversificado e integral basado en la constitución de una nueva matriz productiva con productos y servicios con mayor valor agregado, sustentada en la industrialización de los recursos naturales.”³

² Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – 2008

³ Ibid



1.3. Ingreso y posición social

En los últimos años se han ido encarando una serie de acciones tendientes a reducir las inequidades sociales en el país, hasta el año 2008 Bolivia ha mostrado una bonanza macroeconómica. Si analizamos el ingreso per – cápita, un análisis comparativo del periodo 2000-2009 permite observar un incremento de 40% en términos nominales, esto responde al hecho que el crecimiento económico ha registrado niveles superiores al crecimiento poblacional, registrando un notable crecimiento en los últimos años, después de la crisis política y social del año 2003.

Este crecimiento ha incidido en la distribución del ingreso, aunque todavía no de forma significativa, claro que los efectos deben esperarse en un escenario de más largo plazo, en los últimos años el coeficiente de Gini⁴, prácticamente se habría mantenido en 0,60, En el año 2005 Bolivia se ubicó en el puesto 117 del Índice de Pobreza Humana, entre los países de desarrollo humano medio.

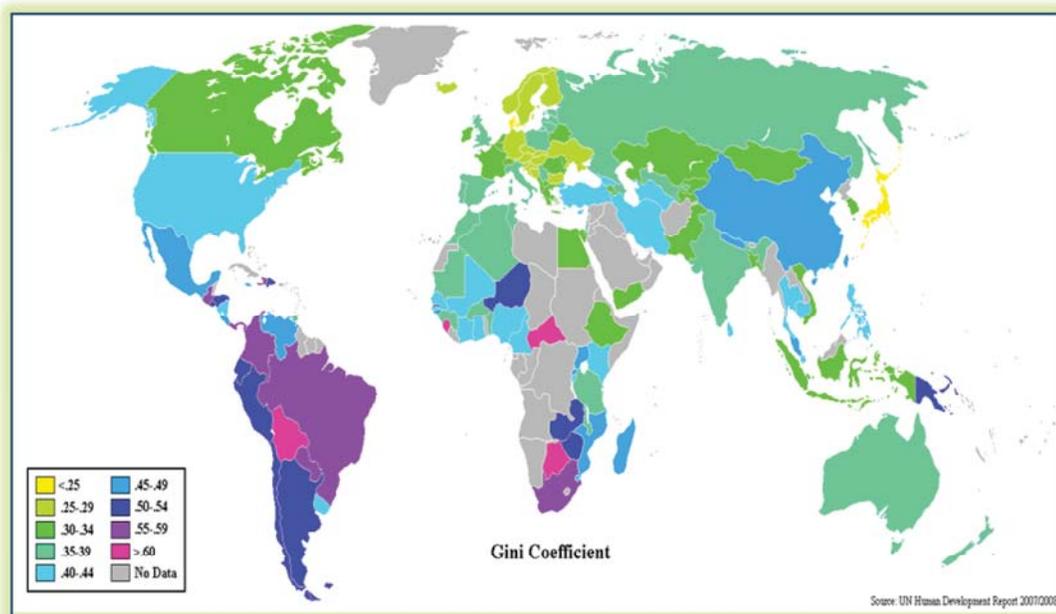


Gráfico No. 5
Coeficiente de Gini, ranking mundial 2008
 Fuente: Informe de Desarrollo Humano, NNUU



⁴ Parámetro que se utiliza para medir la desigualdad de ingresos en una población determinada, cuyo valor oscila entre 0 y 1. Mientras más cerca de 0 se encuentre este coeficiente implica menor desigualdad.

2. La dimensión poblacional en el plan general de desarrollo económico y social⁵

“La propuesta de desarrollo expresado en el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno se basa en la concepción del Vivir Bien, propia de las culturas originarias e indígenas de Bolivia. El Vivir Bien expresa el encuentro entre pueblos y comunidades, respetando la diversidad e identidad cultural; es decir, ‘vivir bien entre las personas’. Es una convivencia comunitaria, con interculturalidad y sin asimetrías de poder, ‘no se puede vivir bien si los demás viven mal’, se trata de vivir como parte de la comunidad, con protección de ella. Al mismo tiempo, vivir bien en armonía con la naturaleza significa ‘vivir en equilibrio con lo que nos rodea.

El Vivir Bien también es la expresión cultural que condensa la forma de entender la satisfacción compartida de las necesidades humanas más allá del ámbito de lo material y económico, porque incluye la afectividad, el reconocimiento y prestigio social, a diferencia del concepto occidental de ‘bienestar’ que está limitado al acceso y a la acumulación de bienes materiales. Asimismo se enfatiza que “...el Vivir Bien es la demanda de humanización del desarrollo... de tal manera que el desarrollo se convierte en un proceso colectivo de decisión y acción de la sociedad como sujeto activo y no como receptores de directrices verticales. Así, el Vivir Bien será entendido como el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización efectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos.”

Es a partir de esta nueva concepción que en el Plan Nacional de Desarrollo se propone construir un nuevo país: *la transformación del país en el largo plazo, en el lapso de una generación, configura una Bolivia digna, soberana, productiva, democrática y participativa para que todos, bolivianos y bolivianas, ‘vivan bien’.*

Para el logro de cada uno de estos cuatro pilares —Bolivia digna, democrática y participativa, productiva y soberana— conducentes al Vivir Bien se plantean estrategias. *La estrategia Bolivia Digna, en particular, asume una proyección tetradimensional: genera capacidades humanas y comunitarias para el desarrollo de la economía, la propia sociedad, la cultura y la política, en este sentido forma y reproduce el factor más importante del desarrollo: las personas, que son individuo, familia, comunidad; la distribución de factores y medios de producción, como elemento sustantivo de la reciprocidad y la redistribución del excedente nacional que potencia y fortalece la capacidad de los actores y el territorio; al mismo tiempo, genera desarrollo sociocomunitario pleno, sano, creativo, proactivo, con valores e identidad, con capacidad proyectiva, con esperanza y con capacidad transformadora; y orienta al construir y reproducir la equidad.*

⁵ Presentado en el informe ENDSA 2008, a partir de los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo.

Se plantea lograr una *Bolivia saludable y formada, Bolivia con empleo digno y permanente, a partir de salud, educación y trabajo-empleo busca dotar de un nuevo Sistema Educativo Descolonizador, Intercultural, Comunitario y Tecnológico que reconstituye el saber, los conocimientos y las ciencias y tecnologías de las unidades socioculturales indígenas y originarias; que es la base humana, comunitaria y científico tecnológica de la nueva matriz productiva; que se articula, se piensa y se construye desde la producción económica, social, cultural y política. También estructura un Sistema Nacional de Salud, Único, Intercultural y Comunitario que atiende la salud, pero sustancialmente la previene y actúa sobre los múltiples determinantes, que la democratizan a tal grado que ninguna persona estará al margen del Seguro de Salud, que incorpora estructuralmente la medicina tradicional y la medicina popular, que se encamina a su soberanía total, y a la erradicación definitiva de la desnutrición, así como a la recuperación de hábitos alimentarios saludables.*

También la Bolivia Digna “...consolida el derecho al empleo digno, permanente, productivo, activo, creativo e intercultural de todos los bolivianos, hombres y mujeres en edad de trabajar y a proteger a los actores que no están en edad de trabajar garantizando su reproducción plena.

Se busca lograr una Bolivia habitable...Bolivia con tierra segura, a partir de agua y saneamiento básico, vivienda, tierra, de tal manera que todas las familias bolivianas cuenten con una vivienda digna con servicios básicos, especialmente agua potable, con saneamiento básico en las ciudades y con estrategias autogestionarias sustentables en el área rural, con acceso a la tierra para los productores, especialmente los comunitarios.”

Con relación a las políticas sociales, “...el Plan Nacional de Desarrollo prevé la generación de estrategias destinadas a facilitar el desarrollo de potencialidades y habilidades que conduzcan a formar activos sociales – entendido como un determinado nivel de conocimientos, habilidades, destrezas y experiencias; salud, nutrición; integración y cohesión social que contribuyen al bienestar colectivo e individual y, como consecuencia, constituye una condición para la productividad y el desarrollo - y productivos, más allá del asistencialismo.

Las prioridades de inversión y ejecución de estrategias, programas y proyectos estarán orientadas a garantizar la atención y resolución de necesidades, experiencias y derechos de las poblaciones con mayores niveles de exclusión, entre ellos: niñas y niños, mujeres, indígenas, adultos mayores, habitantes de áreas rurales, personas con capacidades diferentes, y adolescentes trabajadores”⁶

⁶ Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien. Bolivia, junio de 2006.

2.1. El sector salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo

El país cuenta con un plan de desarrollo sectorial del sector salud alineado en el marco del “Vivir bien” del Plan Nacional de Desarrollo, que tiene como objetivo la construcción de un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y lo plurinacional, plantea cuatro estrategias: económica, social – comunitaria, relacionamiento internacional y poder social. *“Este planteamiento sitúa a la salud como un producto del desarrollo social en el que se desarrollan paralelamente los determinantes de la salud (educación, saneamiento, vivienda, alimentación, medio ambiente); en este sentido la salud reorienta, redimensiona y humaniza el progreso social”*⁷

El Plan de Desarrollo Sectorial orienta las acciones del sector salud que está conformado por el subsector público, el subsector privado, la seguridad social de corto plazo, la medicina tradicional y los actores de apoyo (agencias de cooperación, comunidades, etc.)

*“El Sector Salud contribuye al paradigma del Vivir Bien asegurando el ejercicio del derecho a la salud y la vida por parte de las personas, familias y comunidades. El ejercicio de este derecho se logrará a través del acceso universal al sistema único de salud dentro del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, cuya estrategias son la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la curación y rehabilitación, la actuación sobre las determinantes socio económicas, y la participación comunitaria. El Sistema Único de Salud incluye a los subsectores Público, de la Seguridad Social, Privado y se articula con la Medicina Tradicional”*⁸

3. Situación de la salud

La salud es un proceso multidimensional que responde a una serie de factores y que involucra acciones intersectoriales, esto implica que la sola acción del sistema de asistencia sanitaria no conduce a una solución integral, lamentablemente se ha demostrado que más de 3/4 partes del gasto en salud se orienta solo a la asistencia sanitaria siendo que su efecto relativo en la salud es inferior a 1/3; encontrándose que los determinantes más relevantes son los estilos de vida de la población y el medio ambiente.

Un análisis de algunos determinantes socioeconómicos revela que en Bolivia persisten los elevados niveles de pobreza acentuándose en área rural, a pesar de un contexto macroeconómico favorable en los últimos años la desigualdad en la distribución del ingreso no parece haber sufrido modificaciones sustanciales.

⁷ Plan Sectorial de Desarrollo – Sector Salud

⁸ Ibid



La pobreza se manifiesta en precarias condiciones de educación, los datos muestran que el 2006 más de 35% de mujeres rurales carecen de nivel de instrucción y en este grupo la mortalidad infantil habría aumentado de 87 a 111 entre 2003 y 2008, siendo este uno de los determinantes que mayor incidencia tendría en el endurecimiento de la mortalidad rural, a este hecho se suma la disponibilidad de agua por cañería que el 2006 no cubre ni a la mitad de los hogares rurales y peor aún menos de 3% tiene alcantarillado.

Por otro lado la cobertura de parto institucional no ha rebasado el 65% desde el año 2004 y las coberturas de vacunación han ido disminuyendo incluso en números absolutos, esto muestra a-priori que la mortalidad infantil habría disminuido por acciones realizadas en el contexto urbano y que el área rural aún se encuentra excluida, al parecer la dispersión de esfuerzos y externalidades (políticas) han incidido en el éxito del SUMI que parece haberse concentrado en acciones encaradas en el ámbito urbano así lo revelan datos de la Encuesta Nacional de Nutrición que muestran que tan sólo 44% de los partos de las áreas de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria habrían sido cubiertos por el SUMI en contraste con un 68% en las ciudades capitales y El Alto.

El esquema muestra la situación de la salud a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008, considerados en el Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020.



En el recuadro siguiente se presenta un resumen de los principales resultados encontrados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2008⁹:



⁹ Extractado del Resumen de Indicadores de la ENDSA 2008.

Cuadro No. 1**Situación de la Salud en Bolivia, Salud Materno – Infantil. ENDSA 2008****Atención Prenatal y del Parto**

En Bolivia, el nivel de atención prenatal por personal calificado (médico o enfermera) alcanza el 90% de las mujeres embarazadas. Si bien este indicador muestra una mejora importante, Bolivia todavía se sitúa entre los países con cobertura intermedia en la región en cuanto a atención profesional prenatal. También la atención del parto por profesional de salud, 71% ha mejorado con relación a 2003; sin embargo la cobertura es aún baja con respecto a otros países que tienen coberturas mayores al 80%

Lactancia

La duración de la lactancia en Bolivia es una de las más altas de América Latina (alrededor de 19 meses), cercana a la observada por Guatemala, Perú, Honduras y Haití y muy por encima de Colombia, Brasil y República Dominicana. El 69% de los niños/niñas menores de 4 meses recibe lactancia exclusiva, lo cual representa un incremento con relación a 2003 cuando era 62%, y sitúa a Bolivia, junto con Perú, como los países con mayor porcentaje de niños/niñas con lactancia exclusiva entre los países analizados.

Nutrición

El nivel de retardo en el crecimiento o desnutrición crónica entre los menores de 5 años en Bolivia, según el nuevo patrón recomendado por la OMS, es 27%, mientras según el patrón NCHS/CDC/WHO llega a 22%, cinco puntos porcentuales menos que lo registrado en 2003. A pesar de esta reducción, el nivel de desnutrición es todavía muy alto comparado con los niveles observados en Colombia, Brasil o República Dominicana. El 4% de los niños/niñas presenta desnutrición global (bajo peso para la edad) según el nuevo patrón de la OMS. Este indicador es similar al observado en Colombia y Perú y muy inferior al encontrado en Haití y Honduras. Del nivel de ambos indicadores - desnutrición crónica y global- se puede concluir que los niños/niñas en Bolivia son de corta estatura pero no tienen mucha falta de peso por lo que resulta una adecuación en el peso para la talla.

Vacunación del Niño/Niña

La cobertura de vacunación completa en cualquier momento para niños/niñas de 18-29 meses en Bolivia se ha incrementado en años recientes al pasar de 64% en 2003 a 79% en el año 2008. La cobertura de vacunación completa en el momento apropiado (los primeros 18 meses) llegó a 74%, muy por encima de la cobertura estimada cinco años antes, 51% para el año 2003. La comparación con otros países solamente es válida cuando hay información para el grupo de 18-29 años. Los niveles de vacunación durante los primeros 18 meses y en cualquier momento en Bolivia son superiores a los observados en Perú y la República Dominicana.

Mortalidad Infantil y en la Niñez

En el año 2008, de cada mil nacidos vivos en Bolivia, 50 mueren antes de cumplir un año. Pese a los descensos de la mortalidad infantil (54 por mil en 2003), Bolivia presenta una de las tasas más altas de América, superada solamente por Haití. Este nivel de mortalidad infantil es más del doble del observado en países como Colombia y aún está lejos de República Dominicana, Brasil, Honduras, Nicaragua y Perú.

También se observa una reducción importante de la mortalidad en los primeros cinco años de vida al pasar de 75 a 63 por mil en los últimos años. Este nivel apenas es superado por Haití y es mayor que la mortalidad en la niñez observada en los otros países de América Latina.

Planificación Familiar

El uso de métodos de planificación familiar en Bolivia tuvo un ligero incremento desde 2003, de 58 a 61% entre las mujeres casadas o unidas. El leve incremento en el uso de métodos ha sido básicamente el resultado del aumento en el uso de métodos tradicionales, los cuales pasaron de 23 a 26%; mientras el nivel de uso de los métodos modernos se mantuvo en 35%. Este nivel de uso de métodos modernos es en la actualidad mayor que el observado en Guatemala y Haití, pero es apenas alrededor de la mitad de la prevalencia de uso en Brasil, Colombia, República Dominicana y Nicaragua.

Fecundidad Observada y Deseada

La fecundidad en Bolivia ha descendido lentamente en años recientes al pasar de 3.8 a 3.5 hijos por mujer entre 2003 y 2008. Continúa siendo superior a la observada en la mayoría de los países de América Latina y superada solamente por Guatemala y Haití. Este nivel intermedio de fecundidad implica que el potencial de disminución de la fecundidad (la brecha entre la fecundidad deseada y observada) es grande (1.5 hijos) en comparación con países con baja fecundidad.

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud - 2008



4. El informe UNGASS: Proceso de elaboración del informe UNGASS y la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe

En el marco del Seguimiento de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, documento firmado por los jefes de Estado y representantes de gobiernos de 189 países, en junio 2001, durante el periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS), el informe muestra los progresos referidos a la respuesta nacional a la epidemia del VH/sida en Bolivia durante el periodo 2008-2009.

4.1. Cronología del informe

El proceso de realización del Informe de País UNGASS 2010, se ha iniciado en junio de 2009 y se ha tratado de involucrar a todas las personas ya sean de la sociedad civil así como de las agencias de cooperación. A continuación señalamos las fechas clave para la realización de las actividades:

- Entre el 9 y 10 de Junio de 2009, en coordinación con ONUSIDA se realizó el taller “... *Mirada inicial al nforme UNGASS 2010*” en el que se presentaron las observaciones al informe 2006-2007 y se realizó la definición de indicadores para el periodo 2008-2009. En el taller participaron el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, Programas Departamentales La Paz Cochabamba, Santa Cruz, el Programa Regional El Alto, el grupo técnico de Naciones Unidas, el RP Asociación IBIS – HIVOS, INE, UDAPE, SNIS, MCP, e instituciones de la sociedad civil: REDBOL, ADESPROC y Colectivo TLGB, Entre el 15 y 17 de junio 2009, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA participó en el taller “*Estimaciones y Proyecciones con el EPP y el Spectrum,..*” organizado por ONUSIDA y OPS/OMS en la ciudad de Panamá. Los insumos de las proyecciones constituyen denominadores para determinados indicadores del informe UNGASS.
- En fecha 15 de julio 2009 en coordinación con ONUSIDA el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA realiza una reunión de validación y consenso de las proyecciones de VIH/sida con la participación del grupo técnico de Naciones Unidas, Programas Departamentales y Regionales (La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y El Alto), laboratorios de referencia INLASA, LABIMED, CENETROP y representantes de la sociedad civil. Este proceso permitió contar con estimaciones acerca de las poblaciones HSH, TSC, clientes de TSC y mujeres embarazadas que constituyen insumos para el informe de País UNGASS 2010.
- El 14 de agosto de 2009 en el marco del proceso de revisión del PEM a través del estudio ASAP se analizaron las fuentes de información que podrían enriquecer los informes de respuesta de país, entre ellos el UNGASS.



- Del 7 al 13 de septiembre de 2009, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA participa en el taller de capacitación de las Directrices del informe UNGASS 2010, organizado por ONUSIDA, en Santiago de Chile, en el que se define la forma de reporte, la construcción de los indicadores y el sistema de reporte en línea. En reunión interna se define el modelo de gestión en el cual se decide la contratación de dos consultores de apoyo al proceso de elaboración del Informe.
- Tomando como base los acuerdos del mes de septiembre en noviembre de 2009, con la cooperación de ONUSIDA y PNUD se realizó la licitación pública para la contratación de consultores para el Informe UNGASS, con base a términos de referencia consensuados con el Programa Nacional
- En diciembre de 2009 se realiza la contratación de los consultores, bajo el esquema siguiente: Programa Nacional – ONUSIDA - Consultor principal y Consultor Asociado.
- El 5 de enero de 2010 se realiza la presentación de los consultores al grupo técnico de Naciones Unidas, se reportan los indicadores que serán presentados en el informe UNGASS 2010 y las fuentes de información para cada uno de los indicadores así como los instrumentos de recolección de datos.
- El 18 de enero se efectúa la presentación de los indicadores a algunos miembros de Sociedad Civil y Agencias. En tal fecha se acordó que se enviarían los formularios respectivos a los participantes de la reunión, que decidieron compartir la información disponible de sus instituciones para enriquecer el informe. Se acordó enviar la información por vía e-mail y se la envió en fecha 19 de enero.
- En fecha 28 de enero se tomó contacto con el corresponsal clave (iniciativa de Alliance, institución que apoya acciones de prevención de VIH), para el reporte del avance del informe de País UNGASS 2010, quien se interesó en el proceso para la recolección de los datos y presentación de los reportes, el corresponsal clave se comprometió en compartir vía página web, toda la información relacionada al avance de la presentación del Informe UNGASS 2010.
- Entre el 4 y 5 de febrero, la oficina de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia procede con una visita al Programa Nacional y al Equipo UNGASS para revisar los avances del Informe. Se analizan los indicadores basados en la ENDSA, se acordó el proceso final para la validación de resultados y se recomendó la validación del instrumento ICPN, parte A y B, con miembros de la sociedad civil y gobierno.



- En fecha 2 de marzo, se desarrolla el “Taller Nacional de Validación de datos Preliminares del Informe UNGASS 2010” con participación de Programas Departamentales ITS/VIH/SIDA, Cooperación Internacional y Sociedad Civil. En el mencionado taller se acordó subir las presentaciones en el Blog de UNGASS para Bolivia, y enviar la información pertinente antes del taller final para que las personas puedan revisar y aportar al informe final. Las personas tuvieron la oportunidad de hacer sus comentarios y brindar mayor información acerca de la interpretación de cada indicador presentado y la pertinencia del reporte. Se validó los ICPN tanto la parte A como la parte B, aunque con algunas diferencias que serían consensuadas en el taller final.
- El 12 de marzo se efectúa una reunión de validación con el grupo técnico de Naciones Unidas para revisar los resultados del ICPN parte A y B, realizando un análisis detallado para su presentación; se pudo observar la discrepancias entre las opiniones y como estas contribuyen al enriquecimiento del informe, las personas representantes de las agencias estaban más conformes por la inclusión de sus aportes dentro del ICPN parte B. También se pudo observar el análisis cualitativo realizado por el consultor asociado, respecto a las apreciaciones en los cuatro temas centrales del instrumento: Participación de la Sociedad Civil, Derechos Humanos, Prevención, Atención y Apoyo.
- En fecha 15 de marzo se realizó el Taller Final de Validación del Informe UNGASS 2010, en el que las personas participantes pudieron observar el resultado final del trabajo de recolección de los datos, se incluyeron los datos de trabajadoras sexuales incluidos en los estudios CAP del RP Asociación IBIS-HIVOS, además de algunas observaciones que se hicieron en el taller previo. Se realizó un análisis en cada uno de los indicadores, las personas tuvieron la oportunidad de aportar a la interpretación de los mismos. Dichos aportes han permitido enriquecer el informe otorgándole una visión nacional. Se ha tratado de mantener la información publicada en línea (<https://sites.google.com/site/ungass2010bolivia>) en vista que las personas que se encuentran en el interior del país, pueden hacer llegar sus comentarios a través de este medio que constituye un instrumento de intercambio fácil y ágil.

Se convocó a la mayor cantidad de actores a nivel nacional, (no todas las personas invitadas, en especial del interior del país, han podido asistir a los talleres) afortunadamente hemos tenido la respuesta de los representantes clave de las poblaciones afectadas por el VIH e instituciones que trabajan en la temática, las cuales nos han facilitado el acceso a la información disponible emanada del trabajo que realizan el prevención de VIH y atención de PVVS.



5. La situación de la epidemia

El primer caso reportado de sida, en Bolivia, data de 1984, desde entonces hasta la gestión 2009 se ha notificado 4.889 casos. La epidemia del VIH/sida en Bolivia es considerada de tipo concentrada y de bajo nivel con una prevalencia de 0,05% en la población general y superior al 5% en poblaciones vulnerables, principalmente el grupo GBT y otros HSH.

El registro de casos de VIH/sida en Bolivia muestra un aumento paulatino en el número de notificaciones sobre todo en los últimos años o que a priori podría indicar un crecimiento de la epidemia, aunque no existen estudios de incidencia como tal, dicho aumento también refleja una mejora notable en el sistema de notificación e implementación de la prueba rápida. Los datos de notificación de casos revelan que proporcionalmente existe mayor proporción de hombres VIH (+) y una concentración en el grupo de edad de 25 – 34 años.

El cuadro siguiente resume la situación actual de la epidemia, a diciembre de 2009.

Cuadro No. 2
Bolivia: Estadísticas de VIH/sida, a diciembre de 2009

Número de casos notificados de VIH/SIDA (1984 - 2009)	4.889
Número de personas que fallecieron por causa sida (1984 - 2009)	498
Personas que fallecieron por sida (2009)	107
Número de personas que viven con VIH/SIDA (PVVs) (A diciembre de 2009)	4391
Casos notificados de VIH (1984 - 2009)	3.563
Casos notificados de SIDA (1984 - 2009)	1.326
Casos nuevos reportados entre enero y diciembre de 2009	1026
Número de PVVs con infección avanzada que reciben ARV	1087

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

6. La respuesta política y programática

El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, inicia sus actividades el año 1986. Actualmente forma parte de la Unidad de Epidemiología y está orientado a dar respuesta a la problemática de la epidemia en Bolivia. El marco de acción del programa es el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2008 – 2012 que se encuentra alineado al Plan Sectorial de Desarrollo del sector salud 2006 – 2010.



Visión del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

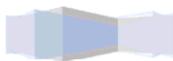
“En Bolivia, para el 2012, se habrá controlado la incidencia de ITS/VIH/SIDA y la morbilidad por VIH/SIDA, por medio de una gestión sostenible a través de la capacitación integral del personal de salud y la capacidad de movilización comunitaria que promueva la prevención y una atención integral universal, intersectorial, interdisciplinaria, respetuosa de los derechos humanos y las diversidades sexuales; contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los bolivianos y las bolivianas en el ejercicio pleno de sus derechos”¹⁰

El objetivo general es la reducción de las ocurrencias de nuevas infecciones de ITS y VIH, la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH/SIDA. Las prioridades establecidas en la respuesta frente a la epidemia son:

- Descentralizar las Accione de control y atención del VIH/SIDA.
- Fortalecer el sistema de Información y vigilancia Epidemiológica.
- Prevención de la transmisión vertical
- Prevención del VIH en jóvenes, adolescentes y grupos más afectados.
- Fortalecer la atención integral a PVVS.
- Fortalecer el trabajo intersectorial a partir de lineamientos definidos por el CONASIDA y CODESIDAs, para la articulación de un único plan de respuesta al VIH, una única autoridad rectora y contar con un único sistema de M&E
- Impulsar la participación activa de la sociedad civil para asegurar el cumplimiento de la Ley, haciendo énfasis en los derechos humanos.

En el marco del PND y dentro las 5 políticas diseñadas por Ministerio de Salud y Deportes como el Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud (SAFCI); Rectoría, Movilización Social; Promoción de la Salud y Solidaridad. En función a estas políticas, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, de acuerdo al PEM 2008-2012 y la Programación Operativa Anual 2009, amparado en la Ley 3729 sobre “Prevención del VIH-SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las Personas que Viven con el VIH y SIDA”, delinea la implementación de procesos y acciones para la promoción de la salud, prevención y control de las ITS/VIH/SIDA a través de los Programas Departamentales como brazos operativos.

El sistema está conformado por 9 Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIRs) y 3 Centros Regionales de Vigilancia y Referencia (CRVIRs) que se encargan de las acciones de prevención y tratamiento definidas mediante la política de salud del Programa Nacional, que se rige mediante lo siguientes principios:



¹⁰ Plan Estratégico Multisectorial. 2008 - 2012

1. Trabajo con personas con VIH y sociedad civil amplia en todos los objetivos
2. Enfoque de Derechos Humanos
3. Enfoque de Género (Acciones diferenciadas para hombre y mujeres)
4. Énfasis en departamentos con mayor número de casos y ciudades no capitales

Las acciones y actividades del Programa están sustentadas en el Plan Estratégico multisectorial, mismo que se encuentra en el marco del Plan Estratégico del Sector Salud, según la siguiente estructura:



Gráfico No. 6
 Líneas Estratégicas del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA en el marco de la Política Nacional de Salud
 Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

En este contexto, las acciones realizadas se resumen en los siguientes componentes

Componente: Prevención

En el Componente de Prevención y con la finalidad de brindar conocimientos para el cambio de comportamientos en la población, se desarrollaron las siguientes actividades:

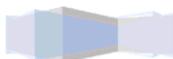
- Preparación y ejecución estrategias de comunicación masiva sobre prevención de las ITS/VIH/SIDA para población por grupos poblacionales, tales como:
 - Ejecución de la campaña masiva de comunicación Día Mundial de Solidaridad y Respuesta al VIH y SIDA: “Si te quieres y amas a los tuyos...Decide”
 - Producción y difusión de material audiovisual (3 spots y una cuña), material trabajado con la participación de la sociedad civil y el colectivo TLGB y validado con la unidad de promoción de la salud.
 - Difusión spot televisivo Campaña Día de la Madre – Oferta de la prueba rápida.
 - Taller de Sensibilización a personal de salud sobre derechos humanos de la población GLBT

- Apoyo institucional a organizaciones de la sociedad civil en la producción de material promocional, para sus eventos (Día del Orgullo Gay y Festival del Cine de la Diversidad Sexual y otros)
- Producción de material educativo y promocional con mensajes de la Campaña Nacional Día Mundial del Sida
- Producción de material impreso promoción Megaevento en Santa Cruz
- Difusión televisiva promoción Megaevento en la Ciudad de Santa Cruz
- Desarrollo Megaevento Día Mundial de Solidaridad y Respuesta al VIH/SIDA con participación de aproximadamente 10.000 personas.
- Adquisición material promocional campaña de prevención VIH/SIDA en Urkupiña, Chutillos, Virgen de Guadalupe, Gran Poder, 16 de Julio.
- Producción discográfica y televisiva: “Toma mi Corazón en una canción”, Campaña Nacional ¡Al Sida juntos podemos detenerlo!!.
- Lanzamiento de la página web del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA.
- Presencia institucional en ferias educativas, festivales (Bono Juana Azurduy), ExpoSida en diferentes departamentos del país.
- Intervención en establecimientos educativos, formación de Brigadas Estudiantiles para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en coordinación con el Ministerio de Salud.
- Contactos con Medios de Comunicación para la cobertura de actividades del Programa Nacional, para difusión trabajo sobre la temática a la población

Componente: Atención y Tratamiento

En el componente de Atención y Tratamiento a personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha llevado a cabo acciones para garantizar la Atención y Tratamiento con el suministro de medicamentos a PVVS, mediante acuerdos de cooperación internacional y nacional, desarrollando las siguientes acciones:

- Adquisición de pruebas rápidas con recursos de UNICEF.
- Provisión de insumos médicos con recursos del TGN
- Restablecimiento del Convenio de Cooperación Lazos Sur Sur, garantizando el incremento de tratamientos completos para PVVS (de 400 a 800 Tri-terapias)
- Adquisición de Medicamentos Antirretrovirales, medicamentos para infecciones oportunistas, suministros médicos y reactivos para laboratorio con recursos provenientes del Fondo Mundial/PR Asoc. Ibis Hivos.
- Adquisición de medicamentos para infecciones oportunistas con recursos del TGN.
- Promoción y Oferta de la Prueba Rápidas a mujeres embarazadas y población en general.



Componente: Fortalecimiento de la gestión y administración de programas.

En el marco de la Ley 3729, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha promovido el cumplimiento de la misma, a través de acciones para el fortalecimiento institucional técnico – operativo, enmarcados en las políticas de salud, como la rectoría. En éste contexto se ha desarrollado las siguientes actividades:

- Equipamiento del Programa Nacional con financiamiento de socios para el desarrollo.
- Presentación del Informe de país UNGASS 2007-2008
- Elaboración del Plan Estratégico Multisectorial
- Recomposición y funcionamiento del Comité Fármaco Terapéutico Nacional ITS/VIH/SIDA
- Revisión, Validación, Edición y Publicación de la Guía de Tratamiento Antirretroviral para Adultos.
- Revisión, Validación, Edición y Publicación de la Guía de Tratamiento Antirretroviral para Niños.
- Capacitación a personal de salud (Médicos, Enfermeras, Administradores) sobre la temática de las ITS y el VIH/SIDA.
- Misión del Gobierno de Brasil – Comisión Lazos Sur Sur, para la evaluación técnica, consolidación del Convenio establecido.
- Supervisión, monitoreo y evaluación a los 9 Programas Departamentales de ITS/VIH/SIDA (Santa Cruz, Cochabamba, La Paz, Tarija, Beni, Pando, Potosí, Chuquisaca y Oruro)
- Validación de la Guía de Adherencia Terapéutica en proceso de Impresión y Publicación.
- Validación de la Guía para la Nutrición de PVVS, en proceso de Impresión y Publicación.
- Supervisión y Recolección de Datos para el Reporte de los Informes Q20 y Q21 del Fondo Mundial.
- Implantación de sistema administrativo para la solicitud y programación de recursos, para la ejecución de actividades programadas en el POA 2009.
- Funcionamiento del CONASIDA.
- Sesiones participativas de consenso para la aprobación del Proyecto de Decreto Supremo Reglamentario de la Ley 3729 (en proceso de aprobación por el Poder Ejecutivo).
- Conformación del Comité Interprogramático TB/VIH.
- Actividades colaborativas de atención integral TB/VIH en Centros Penitenciarios en todo el país (Supervisión a Centros Penitenciarios y formación de Responsables Populares de Salud)



- Fortalecimiento del Programa Nacional y Programas Departamentales con recursos humanos para garantizar la atención de las PVVS y población en general.
- Validación y aprobación de la Guía para Transmisión Vertical.
- Relevamiento Biomédico y Tecnológico en los 9 CDVIRs, 5 CRVIS y Laboratorios de Referencia, para detección de necesidades.
- Reunión de evaluación interprogramática TB/VIH (elaboración plan de acciones 2009) ecorregión Valle, Altiplano y Trópico.
- Reunión de Consolidación de 9 CODESIDAs.
- Taller de revisión algoritmos para el Diagnostico de VIH
- Taller elaboración POA 2010 con recursos de la cooperación externa

Componente: Investigación.

En función al Perfil Epidemiológico de las ITS/VIH/SIDA, se vio la necesidad de realizar estudios de investigación en diferentes sectores poblacionales para la toma de decisiones en lo referente a nuevas acciones de prevención y control de la Epidemia, con los siguientes estudios.

- Presentación Resultados del Estudio de: “Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia – SEMVBO”, en proceso de publicación.
- Inicio Primera Fase del Estudio de: “Prevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales Comerciales – PREVETS”.
- Diseño del perfil de proyecto: “Estudio CAP sobre acciones de IEC del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA” (En proceso).
- Inicio de elaboración del Informe País a la Asamblea General de las Naciones Unidas – UNGASS 2008 – 2009, para su envío a la sede de las NN.UU. en Ginebra.



5. Tabla general de los indicadores del UNGASS

Tabla 1.1.

Bolivia: Gasto nacional e internacional relativo al SIDA según categoría de gasto, 2005 – 2009
(Expresado en dólares americanos)

ACTIVIDADES / FINANCIAMIENTO	2005	2006	2007	2008	2009
Prevención	913.726	1.227.530	1.235.949	2.155.784	2.762.193
Atención y Tratamiento	480.553	1.858.258	756.638	1.388.655	2.267.013
Huérfanos y niños vulnerables				10.058	7.764
Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	264.133	645.419	856.533	566.675	800.858
Recursos humanos	59.837	37.469	169.472	419.656	756.544
Entorno favorable				623.234	691.531
Investigación, excluida la investigación de operaciones	105.527	208.059	123.628	213.501	132.269
Total	1.823.776	3.976.735	3.142.220	5.377.563	7.418.172

Fuente: SIGMA, reportes de las agencias de cooperación ONG y otros

Tabla 1.2.

Bolivia: Gasto nacional e internacional relativo al SIDA por fuente de financiamiento según categoría de gasto, 2009
(Expresado en dólares americanos)

Categoría de gasto/Financiamiento	Fuentes Públicas			Fuentes internacionales			Financiamiento total
	MSD	Municipios	Prefecturas	Naciones Unidas	Fondo Mundial	Otras	
Prevención	12.405	226.413	629.663	180.540	905.766	819.810	2.774.597
Atención y Tratamiento	35.900			9.336	2.218.189	39.488	2.302.913
Huérfanos y niños vulnerables						7.764	7.764
Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	32.203			251.382	373.893	95.074	752.552
Recursos humanos				313.737	436.197	6.610	756.544
Entorno favorable				155.223	415.011	121.297	691.531
Investigación, excluida la investigación de operaciones				126.329		5.941	132.270
Total	80.508	226.413	629.663	1.036.547	4.349.056	1.095.984	7.418.171

Fuente: SIGMA, reportes de las agencias de cooperación ONG y otros



Tabla 2.1.

Bolivia: Índice Compuesto de Política Nacional (para funcionarios del gobierno)

Funcionarios de Gobierno INDICADOR	2005		2007		2009		Evolución de la Percepción 2005-2007
	Prom.	%	Prom.	%	Prom.	%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas relacionados con el VIH/SIDA	4	40%	6	60%	7,4	74%	Ascendió en 34%
Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa de VIH	4	40%	7	70%	7,1	71%	Ascendió en 31%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH	5	50%	8	80%	7,0	70%	Ascendió en 20%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH	6	60%	7	70%	7,2	72%	Ascendió en 22%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo					7,8	78%	Ascendió en 78%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	2	20%	2	20%	5,2	52%	Ascendió en 32%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH	2	20%	4	40%	6,7	67%	Ascendió en 47%

Fuente: Elaboración propia con datos ICPN (Parte A)



Tabla 2.2.

Bolivia: Índice Compuesto de Política Nacional (para cooperación internacional y sociedad civil)

ONG, NNUU y Organismos Bilaterales	2005		2007		2009		Evolución de la Percepción 2005 - 2007
	Prom	%	Prom	%	Prom	%	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los DDHH en relación con el VIH	3	30%	5	50%	5,3	53%	Ascendió en 23%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones existentes	3	30%	5	50%	4,9	49%	Ascendió en 29%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil	7	70%	8	80%	5,0	50%	Descendió en 20%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH	4	40%	6	60%	4,6	46%	Ascendió en 6%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH	4	40%	6	60%	5,2	52%	Ascendió en 12%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños					1,6	16%	Ascendió en 16%

Fuente: Elaboración propia con datos ICPN (Parte B)

Tabla 3

Bolivia: Unidades de sangre donada y analizada con criterios de calidad externo, 2008 - 2009

Gestión	Bancos de Sangre	Número	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección del VIH		Unidades de sangre		
			Procedimientos operativos normalizados	Control Externo	Sangre Donada	Sangre Analizada	Sangre analizada con criterios de calidad
2008	Públicos	9	SI	SI	41.458	41.458	41.458
	Seguridad Social	6	SI	NO	12.438	12.438	-
	Privados	4	SI	NO	7.912	7.912	-
	Total	19			61.808	61.808	41.458
2009	Públicos	10	SI	SI	47.564	47.564	47.564
	Seguridad Social	6	SI	NO	13.803	13.803	-
	Privados	4	SI	NO	7.740	7.740	-
	Total	20			69107	69107	47564

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Sangre Segura

Tabla 4

Bolivia: Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antiretroviral

Personas VIH (+) que reciben terapia antiretroviral	2006	2007	2008	2009
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	22	14	36	27
Número estimado de personas con infección avanzada que necesitan terapia antiretroviral	471	251	722	694
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antiretroviral	8%	11%	16%	24%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Estimaciones y proyecciones, EPP - Spectrum

Tabla 5

Bolivia: Porcentaje de embarazadas VIH (+) que recibió medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno- infantil

Embarazadas VIH (+) que reciben terapia antiretroviral	2006	2007	2008	2009
Número de mujeres embarazadas VIH (+) con terapia antiretroviral	27	34	68	105
Número estimado embarazadas VIH (+) necesitan terapia antiretroviral	432	413	404	387
Porcentaje de embarazadas VIH (+) que recibió medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	6%	8%	17%	27%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Estimaciones y proyecciones, EPP - Spectrum

Tabla 6

Bolivia: Porcentaje de casos estimados de co - infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH

Casos de co-infección TB-VIH que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH	2006	2007	2008	2009
Número de personas notificadas con co-infección TB-VIH	28	60	65	94
Número estimado de personas con co-infección TB-VIH	136	148	173	185
Porcentaje de casos estimados de co - infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	21%	41%	38%	51%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Estimaciones y proyecciones OPS/OMS



Tabla 7

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
15-19	15	1.110	1,4 %	36	3.518	1,0 %
20-24	21	795	2,7 %	94	2.737	3,4 %
25-49	58	3.192	1,8 %	238	10.683	2,2 %
Total 15 - 49	95	5.096	1,9 %	368	16.939	2,2 %

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

Tabla 8

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
Menos de 25 años	208	574	36%
De 25 o más años	145	445	33%
Total	353	1019	35%

Fuente: Estudio Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) – 2008

Tabla 9

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados

Población TS por Grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
Menos de 25 años	14	86	16%	30	74	41%
De 25 o más años	43	93	46%	52	109	48%
Total	57	179	32%	82	183	45%

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS

Tabla 10

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que llegan a los programas de prevención del VIH

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Llegan a los programas de prevención	Muestra total	%
Menos de 25 años	374	574	65 %
De 25 o más años	145	445	33 %
Total	519	1019	51 %

Fuente: Estudio Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) – 2008



Tabla 11

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	264	1.110	23,8 %	702	3.518	20,0 %
20-24	264	795	33,2%	698	2.737	25,5 %
Total 15 - 49	528	1.904	27,7%	1.400	6.256	22,4 %

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

Tabla 12

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Identifica correctamente las formas de prevención y rechaza ideas erróneas	Muestra total	%
Menos de 25 años	306	574	53 %
De 25 o más años	257	445	58 %
Total	563	1019	55 %

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) – 2008

Tabla. 13

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH

Población TS por Grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
Menos de 25 años	41	86	48 %	30	74	41 %
De 25 o más años	38	93	41 %	57	109	52 %
Total	79	179	44 %	87	183	48 %

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS



Tabla 14

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Inicio antes de los 15 años	Muestra total	%	Inicio antes de los 15 años	Muestra total	%
15-19	116	1110	10,4 %	255	3.518	7,3 %
20-24	122	795	15,4 %	182	2.737	6,6 %
Total 15 - 49	238	1904	12,5 %	437	6.256	7,0 %

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

Tabla 15

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses

Grupos de edad	Hombres			Mujeres ⁽¹⁾		
	Tuvo más de una pareja	Muestra total	%	Tuvo más de una pareja	Muestra total	%
15-19	107	1.110	9,7 %	ND	ND	ND
20-24	168	795	21,1 %	ND	ND	ND
25-49	342	3.192	10,7 %	ND	ND	ND
Total 15 - 49	617	5096	12,1 %	ND	ND	ND

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

⁽¹⁾ La ENDSA 2008, no incluye esta información en mujeres.

Tabla 16

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual

Grupos de edad	Hombres			Mujeres ⁽¹⁾		
	Uso condón	Muestra total	%	Uso condón	Muestra total	%
15-19	47	107	44,2%	ND	ND	ND
20-24	66	168	39,1%	ND	ND	ND
25-49	105	342	30,6%	ND	ND	ND
Total 15 - 49	218	617	35,3 %	ND	ND	ND

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

⁽¹⁾ La ENDSA 2008, no incluye esta información en mujeres.



Tabla 17

Bolivia: Porcentaje de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente

Población TS por Grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Uso condón	Muestra total	%	Uso condón	Muestra total	%
Menos de 25 años	67	86	78 %	65	74	88 %
De 25 o más años	63	93	68 %	94	109	86 %
Total	130	179	73 %	159	183	87 %

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS

Tabla 18

Bolivia: Porcentaje de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente

Población TS (varones) por Grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Uso condón	Muestra total	%
Menos de 25 años	85	103	83 %
De 25 o más años	62	79	78 %
Total	147	182	81%

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) - 2008

Tabla 19

Bolivia: Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual anal con una pareja masculina

Población GBT y otros HSH por Grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Uso condón	Muestra total	%
Menos de 25 años	354	532	67 %
De 25 o más años	288	402	72 %
Total	642	934	69 %

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) - 2008



Tabla 20

Bolivia: Porcentaje de mujeres embarazadas VIH (+) de 15 a 24 años respecto al total de pruebas de VIH realizadas en ese grupo poblacional, 2006 - 2009

Porcentaje de mujeres embarazadas VIH (+) por grupo de edad	2006	2007	2008	2009
-------------------------------------------------------------	------	------	------	------

Numerador: Mujeres embarazadas VIH (+) de 15 a 24 años de edad

15 – 19 años	5	6	12	14
20 – 24 años	7	7	22	32
Total	12	13	34	46

Denominador: Mujeres embarazadas con prueba de VIH en centros materno infantiles

15 – 19 años	1099	1652	5425	8840
20 – 24 años	1089	1791	10015	20811
Total	2188	3443	15440	29651

Porcentaje de mujeres embarazadas VIH (+) por grupo de edad

15 – 19 años	0,45%	0,36%	0,22%	0,16%
20 – 24 años	0,64%	0,39%	0,22%	0,15%
Total	0,55%	0,38%	0,22%	0,16%

Fuente: Programa Nacional de ITS/ VIH/SIDA - MSD

Tabla 21

Bolivia: Porcentaje de población GBT y otros HSH VIH (+) reportados en el estudio SEMVBO

Población GBT y otros HSH, VIH (+)	Cochabamba	Santa Cruz	La Paz - El Alto	Nacional
Pruebas Seropositivas	35	60	13	108
Pruebas realizadas	232	361	203	796
Proporción ajustada	10,20%	15,00%	9,60%	11,60%

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia

Tabla 22

Bolivia: Porcentaje de trabajadoras sexuales VIH (+)

Gestión	2008	2008
Casos de VIH en TS	41	27
TS usuarias de los CDVIRS	5802	6993
Porcentaje de TS VIH(+)	0,71%	0,39%

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia



Tabla 23

Bolivia: Porcentaje de adultos y niños con VIH que sigue con vida y se tiene constancia que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral

Porcentaje de personas VIH (+) que continúa en tratamiento	2008		2009	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Numerador: Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciado el tratamiento				
Menores de 15 años	10	7	18	12
De 15 años o más de edad	263	112	398	195
Total	273	119	416	207
Denominador: total de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información				
Menores de 15 años	19	12	24	16
De 15 años o más de edad	396	192	490	260
Total	415	204	514	276
Porcentaje de personas VIH (+) que continúa en tratamiento 12 meses después				
Menores de 15 años	1,6 %	1,1 %	2,3 %	1,5 %
De 15 años o más de edad	42,5 %	18,1 %	50,4%	24,7 %
Total	44,1 %	19,2 %	52,7 %	26,2 %

Fuente: Programa Nacional de ITS/ VIH/SIDA – MSD – RP Asociación IBIS - HIVOS



PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA

Entre 1984 y 2009, se tienen notificados 4.889 casos de VIH/sida, de los cuales se han registrado hasta diciembre de 2009, un total de 498 defunciones, lo que implica que en nuestro país se tendrían 3563 personas notificadas, viviendo con VIH/sida.

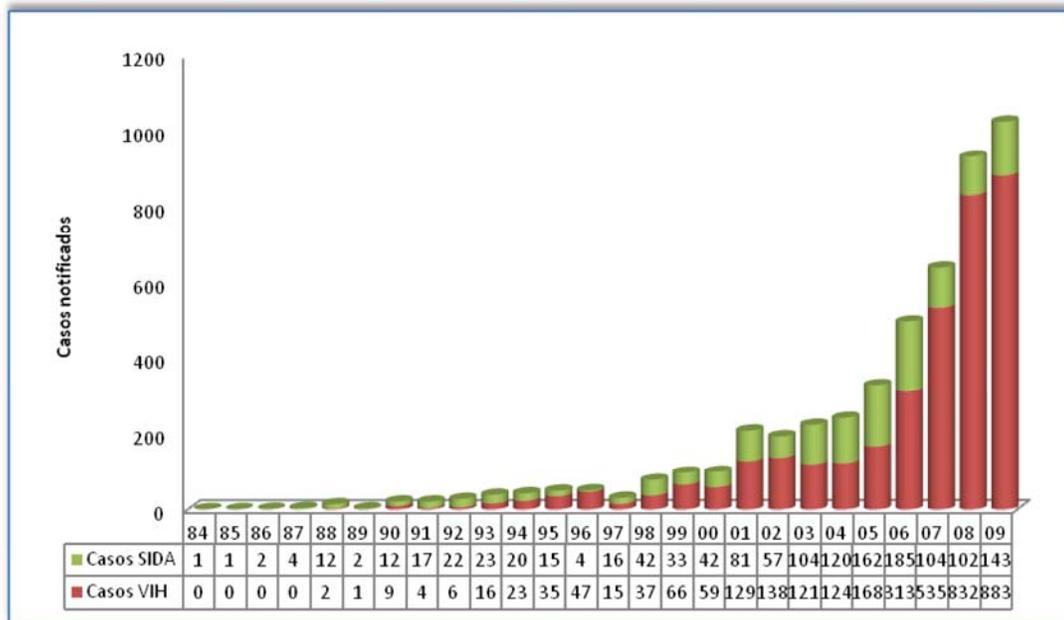


Gráfico No. 6
Bolivia: Casos Notificados de VIH/SIDA. 1984 - 2009
 Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Los datos notificados permiten estimar una proporción de 83 casos sida por millón de habitantes, y en el caso de VIH 302 casos por millón de habitantes, lo que en conjunto implica que 5 de cada 10.000 personas en Bolivia estarían notificadas como casos de VIH/SIDA. En los últimos años la implementación de la prueba rápida ha permitido incrementar la cobertura de notificación de casos de forma más oportuna. El gráfico No. 7 muestra la tendencia de la proporción de casos notificados de VIH y SIDA, observándose una brecha importante que amerita estudiar temas tales como la letalidad de la epidemia, calidad y cobertura de tratamiento, etc.



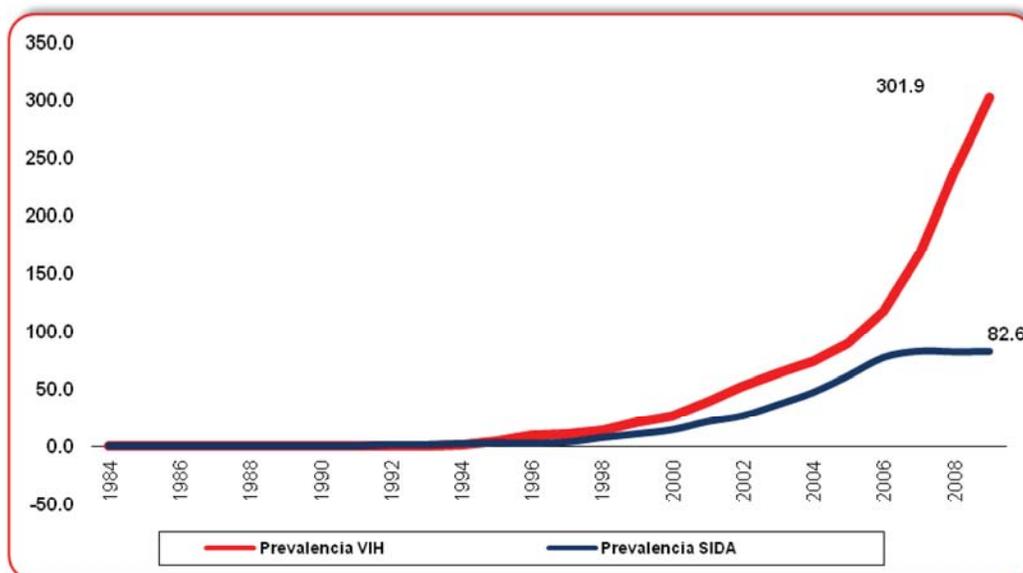


Gráfico No. 7
 Bolivia: Prevalencia de VIH y SIDA, 1984 – 2009, estimaciones con notificación de casos
 Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Desde el año 2004 se cuenta con un sistema de notificación, estructurado que ha permitido realizar una caracterización sociodemográfica de los casos notificados. De los 4.889 casos reportados 3.671 (75%) corresponden al periodo 2004-2009, lo que otorga un alto grado de validez a la estructura por edad y sexo, de la epidemia, la cual revela que existe una relación hombre mujer de 2 a 1 y una mayor concentración de casos en los grupo de edad de 20 – 24 y 25 – 29 años.

Cuadro No. 2
 Bolivia: Casos Notificados de VIH/SIDA, 2004 – 2009, por edad y sexo

Grupo de edad	SEXO			Total
	Hombre	Mujer	Sin datos	
0 - 4	47	47	-	94
5 - 9	2	3	-	5
10 - 14	2	10	-	12
15 - 19	110	173	-	283
20 - 24	360	374	-	734
25 - 29	531	248	1	780
30 - 34	384	202	2	588
35 - 39	287	127	2	416
40 - 44	211	88	1	300
45 - 49	120	49	1	170
50 y más	194	50	-	244
Total	2248	1371	7	3626

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD



La distribución geográfica muestra que 89% de los casos se distribuyen en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, correspondiendo el 54% de los casos notificados a Santa Cruz, este hecho se explica por una mayor concentración poblacional en tales departamentos y presumiblemente a una mayor exposición a determinados factores de riesgo.

Los datos de la gestión 2009, muestran una situación similar aunque se registra un aumento significativo en el reporte del departamento de Cochabamba principalmente en lo que se refiere a transmisión vertical.

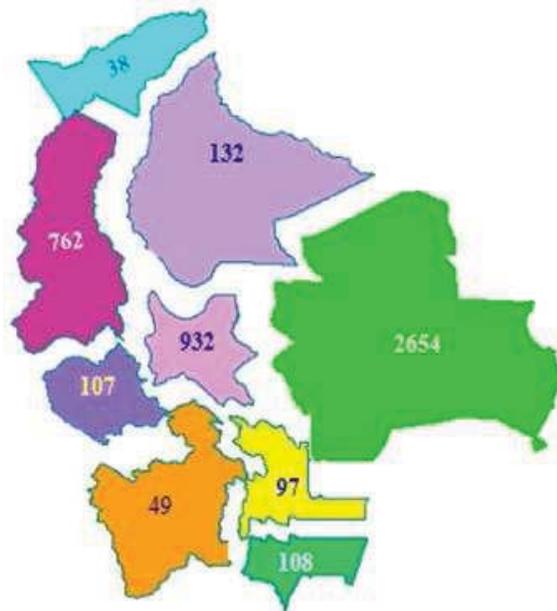


Gráfico No. 8
Bolivia: Distribución de casos por departamentos
 Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Caracterización de la epidemia

La epidemia en Bolivia es caracterizada como concentrada y de bajo nivel. La concentración se refiere principalmente a grupos de mayor riesgo como la población GBT y otros HSH Trabajadoras Sexuales y clientes de trabajadoras sexuales. Evidencias estadísticas permiten inferir que la prevalencia en población GBT y otros HSH es de 12,7%, en el caso de las trabajadoras sexuales es de 0,40%. Considerando la población general la prevalencia estimada es de 0,05%, en el caso de los jóvenes de 20 a 24 años, la prevalencia hasta el año 2009 se estima en 0,02% y en el grupo de mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba del VIH se ha encontrado un porcentaje de 0,16% casos VIH (+)

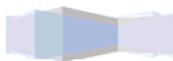


RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

1. Metodología de análisis

El instrumento básico para los lineamientos de elaboración del informe lo constituye las Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos UNGASS 2010, que explican el propósito del indicador, su aplicabilidad en un país determinado, la frecuencia con que deben recopilarse los datos pertinentes, los instrumentos y métodos de medición recomendados y una interpretación sumaria del indicador¹¹. Para la recolección de datos se recomienda la utilización de: encuestas representativas del país aplicadas a muestras de la población general, como las encuestas demográficas y de salud, encuestas en las escuelas; encuestas de vigilancia del comportamiento, encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (por ejemplo, encuestas sobre la cobertura de servicios concretos), sistemas de seguimiento de pacientes, sistemas de información sanitaria, entre otras fuentes de información.

El presente informe ha sido realizado con insumos clave que proceden del proceso de información suministrada por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del MSD, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Culturas, Ministerio de Justicia, Defensor del Pueblo, Organismos de la Cooperación Internacional Multilateral y Bilateral, Organización no Gubernamentales, Fundaciones y Asociaciones de la sociedad Civil, Receptor Principal del Fondo Mundial (Asociación IBIS - HIVO) y estudios e investigaciones como la ENDSA (Encuesta Nacional Demográfica de Salud, del Instituto Nacional de Estadística INE) 2008, el estudio SEMVBO (Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia) 2008, el “Diagnóstico en una de las poblaciones más vulnerables al VIH” (La Población Trans que se dedica al Trabajo Sexual) realizado por el UNFPA el año 2009 y los estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas en TS y HSH, efectuado por el RP IBIS-HIVOS en los años 2008 y 2009. De igual forma se debe mencionar que también se ha recurrido a determinados estudios como “ONUSIDA, Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Atención Integral En Vih/Sida, 2007”; “Cárcamo C. Informe de Categorización de la Epidemia del VIH/SIDA en Bolivia- La Paz: OMS/OPS/ONUSIDA, 2003”; “Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Informe de Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Compromiso UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia-La Paz, Marzo 2006”; “Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación de Compromiso UNGASS 2008, marzo de 2008”.



¹¹ Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos UNGASS 2010, ONUSIDA, Ginebra, 2009

La **Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008**, es un estudio de corte transversal que incluye una muestra representativa en hogares y constituye la principal fuente de información en la temática de salud y nutrición que permite contar con estimaciones confiables en dicha temática, tanto en el periodo de aplicación de la encuesta como en los periodos de las encuestas previas permitiendo realizar análisis de tendencias en los niveles nacional, regional y departamental. El diseño muestral proporciona una muestra probabilística a nivel nacional, la cual es estratificada, por conglomerado y bietápica, cuyas unidades de análisis son mujeres en edad fértil y sus correspondientes niños menores a cinco años localizados en los hogares seleccionados; además de los hombres de 15 a 64 años encontrados en una submuestra de estos mismos hogares.

En la ENDSA 2008 se seleccionaron 20,003 hogares fueron seleccionados, de los cuales 19,795 fueron encontrados y en 19,564 se logró realizar la entrevista completa. Esta cantidad de hogares entrevistados representa una tasa de respuesta de 99 por ciento, luego de excluir del cálculo las viviendas desocupadas, destruidas y no encontradas. De un total de 17,655 mujeres elegibles, es decir mujeres de 15 a 49 años, se logró entrevistar 16,939, obteniéndose una tasa de respuesta de 96 por ciento. Ambas tasas de respuesta, la de hogares y la de mujeres, son bastante satisfactorias para este tipo de encuestas, considerando las difíciles condiciones que presenta Bolivia para el trabajo de campo. Para la muestra de hombres se encontraron 6,684 hombres elegibles y se entrevistaron 6,054, de donde resulta una tasa de respuesta de 91 por ciento.

El estudio **Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO)** es un estudio descriptivo transversal realizado en la población de GBT y otros HSH de 18 años o más de edad, en las ciudades de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz/El Alto, entre los meses de marzo a julio del año 2008. Se utilizó el método de muestreo "Respondent Driven Sampling" (RDS), y se aplicó un cuestionario de comportamiento anónimo y confidencial a través de una entrevista cara a cara, Para el diagnóstico sindrómico de ITS, se realizó un examen físico y se aplicaron esquemas de tratamiento de acuerdo al protocolo establecido por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). La encuesta alcanzo un total de 1019 hombres que tiene sexo con hombres entrevistados, de un tamaño de muestra estimado de 1200 participantes (373 participantes en la ciudad de Santa Cruz, 286 en la ciudad de Cochabamba y 360 en la ciudad de La Paz).

En las tres ciudades, más del 50% de la población GBT y HSH que participó en el estudio se encuentra entre los 18 a 24 años de edad y por encima del 40% tienen un nivel de educación formal entre secundaria y superior.

En las tres ciudades, entre el 40 al 55% de los participantes se autodefinieron como gays/homosexuales, más del 30% como bisexuales, del 5 a 9% como población Trans (travesti, transexual, transgénero) y cerca del 5% como heterosexuales.



El porcentaje de personas que declaran haber tenido el inicio de sus relaciones sexuales antes de los 15 años es mayor en la ciudad de Santa Cruz (40.3%), seguido por La Paz/El Alto 28.7% y Cochabamba 24.5%. El 22.4% de la población GBT y HSH en Santa Cruz declara haber utilizado un preservativo en esa primera relación sexual, mientras que en Cochabamba y La Paz el 24.6% y 32.8% respectivamente.

El “**Diagnóstico en una de las Poblaciones Más Vulnerables al VIH**”, en base a instrumentos cualitativos y cuantitativos (protocolo de investigación), responde a las necesidades reales de información sobre la situación de las trans, haciendo de los resultados del estudio, material que sea de utilidad frente a la toma de decisiones para intervenir en las áreas de mayor vulnerabilidad frente a la pandemia del VIH. De la misma forma, se contó con el valorado aporte de la población trans en el trabajo de campo, aportando al proceso de validación de los instrumentos, la recolección de información y principalmente en la aplicación de encuestas entre pares, metodología con la que se llegó alcanzar al número esperado de población encuestada. Se encuestaron a 150 trans en ejercicio del trabajo sexual, 45 fueron realizadas en las ciudades de La Paz y El Alto, 23 en la ciudad de Cochabamba y 82 Santa Cruz.

Las **Encuestas Conocimientos Actitudes y Prácticas**, llevadas a cabo por el RP del Fondo Mundial, Asociación IBIS - HIVOS para TS, GBT y HSH, han sido orientadas a determinar el conocimiento y las prácticas a las personas que han sido alcanzadas con las actividades del Fondo Mundial a través de los subreceptores, a nivel nacional. Las encuestas están constituidas con una batería de preguntas que intentan indagar acerca del conocimiento básico del VIH, uso del preservativo y el acceso a las pruebas voluntarias-

Los datos de los Programas de ITS VIH SIDA Departamentales, provienen en gran medida de la vigilancia y monitoreo regular que se ha ido fortaleciendo desde el año 2003, con un fuerte impulso en la gestión 2009. El sistema básico de recolección de datos se basa en un modelo de reporte trimestral que incluye los principales indicadores de compromiso de país ante el fondo mundial. En el caso específico de información sociodemográfica (estructuras por edad y sexo) se ha remitido un instrumento de recojo de información a través de una nota escrita del Programa Nacional adjuntando matrices que a través de un instructivo debían llenarse con los datos de las poblaciones estudiadas, PVVS, TS, GBT y HSH.



2. Compromiso y acción nacional, en la respuesta a la epidemia

2.1. Gasto nacional e internacional en sida

Utilizando la metodología de medición de gasto en sida y las cuentas nacionales en salud se ha estimado un gasto nacional de 7,5 millones de dólares para la gestión 2009, siendo el componente de prevención el que representa la mayor asignación 2,7 millones que equivalen al 37% del gasto total.

Cuadro No. 3

Bolivia: Gasto relativo al SIDA según categoría de gasto, 2008 – 2009
(Expresado en dólares americanos)

ACTIVIDADES / FINANCIAMIENTO	2008	2009
Prevención	2.177.784	2.775.573
Atención y Tratamiento	1.383.655	2.267.013
Huérfanos y niños vulnerables	10.058	7.764
Fortalecimiento de la gestión y administración de programas	565.675	895.932
Recursos humanos	494.780	763.154
Protección social y servicios sociales, excluidos huérfanos y niños vulnerables		
Entorno favorable	623.234	703.373
Investigación, excluida la investigación de operaciones	811.539	138.210
TOTAL	6.066.726	7.551.019

Fuente: SIGMA, MSD, Agencias de cooperación multilateral, bilateral y ONGs

Un análisis comparativo permite inferir un aumento superior al 300% entre las gestiones 2005 y 2009, cifra que se explica principalmente por un aumento importante en la partida de atención y tratamiento que habría registrado un incremento de 371% en el mismo periodo, según se observa en el gráfico No. 9. Entre la gestión 2008 y 2009 el incremento global es del orden del 37%, registrándose un aumento de 63% en el caso de atención y tratamiento esto en gran parte responde al hecho de haber incrementado la cobertura de terapia antirretroviral de 758 personas en diciembre de 2008 a 1115 personas en tratamiento para diciembre de 2009.



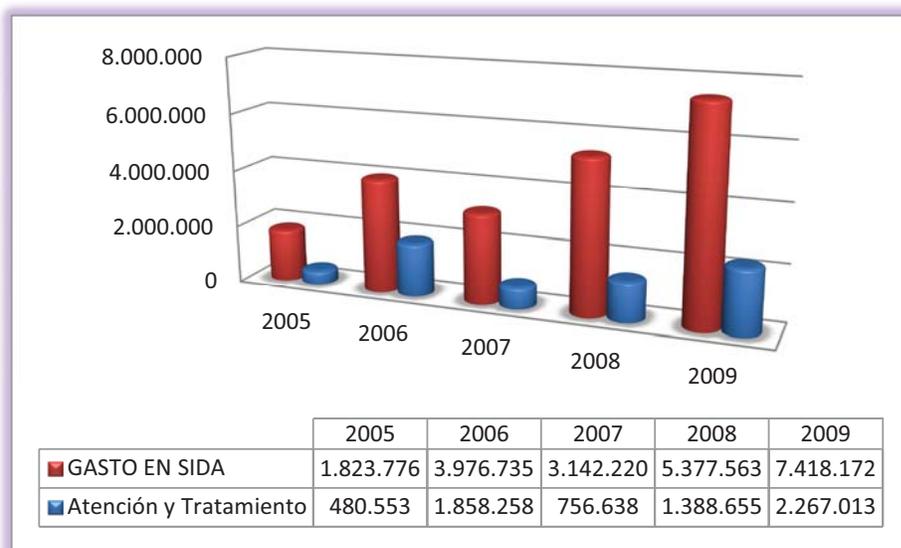


Gráfico No. 9

Bolivia: Evolución del gasto en SIDA, 2005 - 2009

(Expresado en dólares americanos)

Fuente: SIGMA, MSD, Agencias de cooperación multilateral, bilateral y ONGs

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

- Dirección General de Contaduría. (DGC) La base de datos obtenida de la DGC es el insumo principal para determinar el gasto en salud del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, el cual tiene como estructura de gasto e ingreso los clasificadores presupuestarios proporcionados por el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, esta información contiene la siguiente estructura de codificación.
- Ministerio de Salud y Deportes. (MSD) Información de las ejecuciones presupuestarias y actividades del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, y gastos realizados en el programa ya sea con fuente de financiamiento nacional o externa (donación o crédito) También se utiliza información de cobertura del sector salud a través de las bases de datos y/o reportes de las diferentes direcciones y unidades que conforman la estructura del MSD, tal es el caso del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), la Dirección de Seguros Públicos de Salud (SUMI y SGMV), la Unidad de Epidemiología que abarca todos los programas de salud.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (MEFP) Información de las ejecuciones presupuestarias correspondientes al Fondo Solidario Nacional (FSN), Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) y los recursos humanos (Tesoro General de la Nacional -TGN-, recursos de alivio a la deuda para países pobres altamente endeudados -HIPC- e IDH) referidos al sector salud. También se utilizan información del SIGMA (Sistema Integrado de Gestión y Modernización Administrativa) de la unidad ejecutora 40 correspondiente a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) correspondiente a las Prefecturas.



Las fuentes de información utilizadas para determinar el gasto en salud aportado por la Cooperación Internacional son obtenidas de las siguientes instituciones:

- Naciones Unidas. (NNUU) 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. (OPS, OIT, UNPA, PNUD, ONUSIDA y UNICEF)
- Organismos No Gubernamentales (ONG). Información de gasto relacionado a actividades de promoción, prevención y tratamiento del VIH/SIDA (Socios para el desarrollo, PROSALUD, CIES, ADESPROC, Igualdad, IDH, Vivo Positivo, Redbol, Fundación Cuerpo de Cristo).
- Fondo Mundial. Presenta información sobre el Programa de lucha contra la Tuberculosis, Malaria y VIH/SIDA, este último a través del receptor principal Asociación Ibis – Hivos.

El gasto del sector privado no se pudo obtener debido a que esta información se obtiene a través de encuesta de hogares y registro administrativo de las instituciones privadas que brindan atención relacionado al VIH/SIDA. Otro sector que no se pudo identificar el gasto relativo en el VIH/SIDA es la Seguridad Social de Corto Plazo a través de sus entes gestores, que según la información que reporta en el INASES (Instituto Nacional de la Seguridad Social) y en sus anuarios no especifican esta enfermedad.

Cuadro No. 4
Instituciones que han brindado información sobre gasto en Sida

Público	Internacional (Externo)	Privado
Dirección General de Contaduría Ministerio de Salud y Deportes Ministerio de Economía y Finanzas Públicas Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA Bases de datos SUMI Registros administrativo de RRHH (SEDES)	UNFPA OIT UNICEF ONUSIDA Fondo Mundial SPD PROSALUD CIES ADESPROC IGUALDAD IDH VIVO POSITIVO REDBOL Fund. Cuerpo de Cristo	No se Pudo obtener información

Fuente: Elaboración propia a partir de los reportes UNGASS 2008-2009



Esquema del flujo de financiamiento en salud.

En la figura siguiente se puede apreciar de manera detallada y sistemática el flujo de fondos, fuentes, agentes y proveedores que interaccionan para desenvolver el sector salud en Bolivia, a continuación se describirá brevemente esta interacción.

Como inicio del flujo de financiamiento y gasto del sector salud se debe tomar en cuenta que los recursos monetarios y no monetarios que ingresan a las fuentes de financiamiento son realizados a través de la captación de los mismos provenientes de los denominados Fondos Públicos, Privados y Externos.

- El primero de ellos está referido a los recursos que ingresan directamente al Gobierno General a través de créditos, donaciones, impuestos, tasas y regalías provenientes de Organismos Bilaterales y Multilaterales, Empresas Públicas y Privadas y los Hogares respectivamente.
- En cambio los fondos privados son aquellos recursos provenientes de las empresas privadas y los hogares destinados a financiar servicios de salud de sus empleados y familias respectivas.
- Finalmente los fondos externos muestran los recursos provenientes del exterior que no se adscriben al Presupuesto General de la Nación, es decir no ingresan directamente al erario nacional sino que generalmente estos recursos se canalizan a través de los Organismos No Gubernamentales y Fundaciones relacionadas al sector. Por otro lado es importante mencionar que en los últimos años a consecuencia del aumento de la migración de bolivianos al exterior se tiene un incremento en las remesas que ingresan al presupuesto familiar de los hogares, los cuales pueden ser utilizados y distribuidos para gastos en salud, educación, vivienda entre otros.

Posteriormente las fuentes de financiamiento comprendidos por el Gobierno General, Empleadores Públicos y Privados, Hogares y Externas canalizan los recursos disponibles a los agentes financieros encargados de la administración de los mismos.

- El Gobierno General como actor principal de políticas públicas en salud provee recursos al Sector Público¹² a través del Presupuesto General de la Nación, así como también realiza transferencias de recursos para cumplir sus políticas de aseguramiento los cuales se encuentran reflejados en los Seguros Públicos de Salud¹³.

¹² El Sector Público comprende la administración central donde se encuentra como cabeza de sector el MSD, las Prefecturas que a través de los SEDES ejecutan los programas y proyectos de salud, los gobiernos municipales quienes conforman los Directorios Locales de Salud (DILOS) y las instituciones descentralizadas relacionadas al sector salud.

¹³ Desde 1997 se llevan a cabo programas y seguros que benefician a la población de alto riesgo, tal es el caso de los niños menores de cinco años, la mujeres embarazadas y las personas mayores de sesenta años, a continuación se detallan estos seguros: SNMN, SBS, SUMI, SMGV, SSPAM y otros seguros como ser los seguros escolares y los seguros autonómicos impulsados por las prefecturas de Tarija y Beni.)



- Los empleadores Públicos y Privados canalizan recursos a través de aportes patronales a la Seguridad Social de Corto Plazo y primas a las Compañías de Seguros Privados, este último es realizado únicamente por los empleadores privados.
- Los Hogares como fuentes de financiamiento distribuyen sus recursos a los entes gestores que conforman la Seguridad Social de Corto Plazo a través de aportes voluntarios, a las compañías de Seguros Privados por intermedio de primas y/o cuotas mensuales y a ellos mismos a través del presupuesto familiar del cual destinan un porcentaje a la salud, y en algunos casos son gastos catastróficos.
- Las fuentes Externas a través de donaciones canalizan recursos a las ONGs y Fundaciones encargadas de ejecutar programas o proyectos de salud pública o realizan algún tipo de servicio social en salud.

Los agentes de financiamiento descritos anteriormente toman decisiones sobre el destino y uso de los recursos captados a través de las fuentes de financiamiento, los mismos son utilizados para el pago y/o gasto en los diferentes proveedores de servicios de salud existentes en el país, quienes se constituyen en receptores de dichos recursos.

- Los establecimientos públicos de salud perciben recursos por el pago de servicios que se brindan a los entes gestores donde ellos no pueden ofrecer su cobertura (generalmente este se encuentra en el área rural), los seguros públicos de salud son otra fuente de ingreso de estos establecimientos de salud a través de los Formularios de Prestaciones Otorgadas por el SUMI (FOPOS), como tercer recurso percibido es el que realiza el sector público a través de transferencias de recursos para su funcionamiento, los cuales son realizados a través de las Prefecturas y Gobiernos Municipales. (Recursos Humanos, Infraestructura, Servicios Básicos, etc.) En algunos establecimientos de salud del sector público se realizan donaciones en efectivo y/o en especie por parte de las ONGs para apoyar y fortalecer algunas áreas de su funcionamiento. (Por ejemplo, medicamentos que son otorgados al Hospital de niño)
- Los servicios de las Cajas de Salud perciben recursos por la venta de servicios a los seguros públicos de salud bajo convenio (SUMI y SMGV), como también perciben recursos del presupuesto de los entes gestores para que otorguen servicios de salud a su población asegurada.
- Los Servicios Privados Lucrativos tienen como recursos a las Compañías Privadas de Seguros, a los entes gestores que no cuentan con algún servicio auxiliar y los hogares que recurren al gasto de bolsillo.

La Medicina Tradicional percibe recursos de los hogares y los Servicios Privados No Lucrativos perciben recursos de las ONGs, Seguros Públicos de Salud bajo convenio y los hogares, es importante mencionar que el costo de las atenciones en estos establecimientos de salud son relativamente más económicas que en los consultorios particulares.



Para la gestión 2009 el gasto en VIH/SIDA es de 7,4 millones de dólares de los cuales el Fondo Mundial a través del RP, la Asociación Ibis – Hivos es el que presenta el mayor gasto ejecutado con el 58.6% que representa 4,3 millones de dólares. Seguido por las ejecuciones presupuestarias tanto de las organizaciones enmarcadas en las Naciones Unidas (OPS, OIT, UNFPA, UNICEF y ONUSIDA) como de Otros Organismos No Gubernamentales (financiamiento bilateral) representan el 28,8% del gasto ejecutado con aproximadamente 2,1 millones de dólares. El sector público a través del Ministerio de Salud y Deportes (Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA), los Gobiernos Municipales (Estimación de las prestaciones relacionadas al ITS/VIH/SIDA correspondiente al Seguro Universal Materno Infantil) y las Prefecturas (Estimación de los recursos humanos relacionados a la actividad del programa) presentan un gasto relativo en VIH/SIDA de aproximadamente un millón de dólares que representan el 12,6% del gasto total ejecutado.

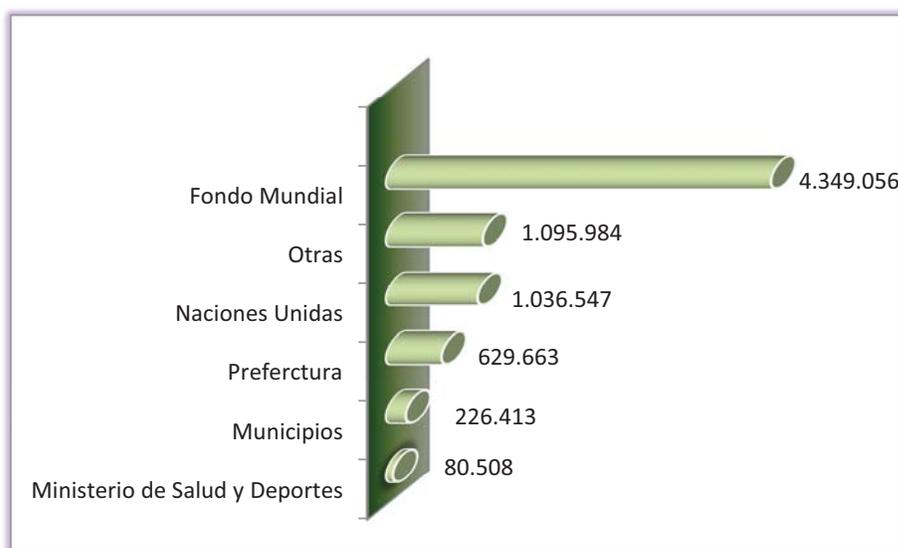


Gráfico No. 11
Bolivia: Gasto Nacional e Internacional en SIDA 2009, según fuente de financiamiento
 Fuente: SIGMA, MSD, Agencias de cooperación multilateral, bilateral y ONGs

La información del gráfico No. 11, permite determinar que del gasto total de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA 6,4 millones de USD, equivalentes al 87% del gasto total, corresponden a fondos de cooperación internacional, siendo el restante 13% ejecutado por los fondos provenientes del sector público. Del total de recursos internacionales el Fondo Mundial contribuye con el 58,6% al gasto de la gestión 2009. Estas cifras motivan a la reflexión de definir líneas de acción tendientes a establecer estrategias que permitan la sostenibilidad de las políticas de respuesta a la epidemia.



2.2. Políticas nacionales de respuesta a la lucha contra la epidemia del VIH/sida

En el contexto de los progresos realizados por el país, de forma bienal se realiza el proceso de consulta de política a los actores clave involucrados en la temática, mediante la construcción del Índice Compuesto de Políticas Nacionales (ICPN).

Índice Compuesto De Política Nacional: Parte A (*funcionarios de gobierno*)

El cuadro No. 5 refleja la posición gubernamental y ha sido construido a partir de la sistematización de encuestas proporcionadas por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, los Programas Departamentales y Programas Regionales de ITS/VIH/SIDA, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación y Culturas, Ministerio de Justicia y el Defensor del Pueblo.

Cuadro No. 5
Promedio de calificación del ICPN (parte A), 2009

Funcionarios de Gobierno	2005		2007		2009		Evolución de la Percepción (2005 – 2009)
	Prom.	%	Prom.	%	Prom.	%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas relacionados con el VIH/SIDA	4	40%	6	60%	7,4	74%	Ascendió en 34%
Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa de VIH ⁽¹⁾	4	40%	7	70%	7,1	71%	Ascendió en 31%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH ⁽²⁾	5	50%	8	80%	7,0	70%	Ascendió en 20%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH	6	60%	7	70%	7,2	72%	Ascendió en 22%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo ⁽³⁾					7,8	78%	Ascendió en 78%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	2	20%	2	20%	5,2	52%	Ascendió en 32%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH	2	20%	4	40%	6,7	67%	Ascendió en 47%

Fuente: Elaboración propia con datos de los ICPNs parte A

(1) El incremento de la percepción del 2007 - 2009 en el indicador apoyo político fue 1% y en el indicador ejecución de los programas fue 2%.

(2) El incremento de la percepción del 2005 - 2007 en el indicador esfuerzos políticos fue 30% y no así 2007 - 2009 donde disminuyó en 10%.

(3) A partir del 2009 se toma en cuenta el indicador de tratamiento, atención y apoyo.



En el caso de la parte B se ha recibido respuesta del grupo técnico de Naciones Unidas (ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA, PNUD, OIT y UNICEF) en lo que respecta a la cooperación multilateral; y, en el caso de la sociedad civil se ha recibido los aportes de 17 instituciones con representatividad nacional de los diferentes grupos poblacionales ligados a la temática (Personas que viven con VIH/sida, población GBT y otros HSH, población Trans, trabajadoras sexuales e instituciones de apoyo y atención a poblaciones vulnerables y población en general).

Cuadro No. 6
Promedio de calificación del ICPN (parte B), 2009

ONG, NNUU y Org. Bilaterales	2005		2007		2009		Evolución de la Percepción
	Prom	%	Prom	%	Prom	%	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los DDHH en relación con el VIH	3	30%	5	50%	5,3	53%	Ascendió en 23%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones existentes ⁽¹⁾	3	30%	5	50%	4,9	49%	Ascendió en 29%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil ⁽²⁾	7	70%	8	80%	5,0	50%	Descendió en 20%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH ⁽¹⁾	4	40%	6	60%	4,6	46%	Ascendió en 6%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH ⁽¹⁾	4	40%	6	60%	5,2	52%	Ascendió en 12%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños ⁽³⁾					1,6	16%	Ascendió en 16%

Fuente: Elaboración propia con datos de los ICPNs parte A

- (1) El incremento de la percepción del 2005 - 2007 en los indicadores cumplir políticas, prevención y tratamiento fue 20% y no así 2007 - 2009 donde disminuyó 1%, 14% y 8% respectivamente
- (2) La percepción del indicador de participación social descendió en el periodo 2005 - 2009 en 20%.
- (3) A partir del 2009 se toma en cuenta el indicador de las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños.



2.2.1. Análisis de resultados (Parte A)

La perspectiva del sector público

Plan Estratégico. El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, desde el año 1990, ha introducido entre sus funciones, la elaboración de Planes Estratégicos, que han orientado las actividades para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA.

Continuando con esta secuencia programática, se elabora el Plan Estratégico para la prevención y control de las ITS/VIH/SIDA 2000 - 2004 cuyas actividades han sido ejecutadas principalmente con fondos de la cooperación de USAID a través de PROSIN y de DFID mediante la OPS/OMS, además de recursos del Ministerio de Salud y Deportes.

En el año 2005 cuando el Plan Estratégico estaba con un gran avance en su elaboración, se implementó una política internacional acerca de la multisectorialidad de los planes estratégicos de los países en el tema de VIH/SIDA, situación que deriva nuevamente en un replanteamiento del instrumento.

En el 2006 se imprime la recopilación de los esfuerzos anteriores en un Plan Estratégico preliminar, para poder trabajar en base a este, enriqueciéndolo y adaptándolo a una nueva realidad de políticas públicas de salud en Bolivia.

En consecuencia podemos resumir que desde el año 2004 en el país se encara una lucha frontal contra el VIH/SIDA a través de la sistematización de un plan y POA multisectorial con objetivos, metas, presupuesto, financiadores, y un sistema de vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación, con la participación activa de la cooperación internacional, se ha contemplado al plan nacional también en el marco de las naciones unidas a través del Informe país.

El Plan Estratégico Multisectorial 2008 – 2012 mantuvo como propuesta de un año, el mismo que fue construyéndose con aportes de los representantes y líderes de la sociedad civil, profesionales en la temática de las ITS/VIH/SIDA y representantes de la cooperación externa. Una vez concluido el documento fue validado y ajustado en un taller con la participación importante de la sociedad civil, organismos de la cooperación externa, autoridades del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA de Nivel Nacional y Departamental y autoridades del Ministerio de Salud y Deportes.



Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Fortalecimiento Institucional del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, a través del mismo se ha introducido instrumentos como protocolos, guías y flujogramas de atención a personas afectadas.
- En la actualidad se tiene un diagnóstico y relevamiento biomédico de la epidemia, por lo cual se obtuvo datos más confiables que están de acuerdo con la realidad nacional.
- Existe en la actualidad planes y políticas destinadas a promover, prevenir y tratar la enfermedad, una de ellas se encuentra enmarcada en la ley 3729. Es importante mencionar que las mismas también apoyan a la sensibilización del tema y la reducción del estigma hacia la enfermedad.
- Se observa la existencia del acceso universal de pruebas rápidas para detectar el VIH, cuya distribución y posterior análisis de los resultados son de carácter confidencial, gratuito y con apoyo multidisciplinario siguen los protocolos de normas nacionales.
- La cobertura de medicamentos ARV y la atención multidisciplinaria permiten que las personas PVV puedan cumplir sus tratamientos.

Los principales problemas que se deben resolver son los siguientes:

- Es necesario como plan estratégico alcanzar y brindar apoyo a otros grupos vulnerables, como los migrantes rurales, adolescentes, mujeres, niños de la calle.
- Se debe contemplar presupuestos necesarios para la implementación de los diferentes proyectos, planes y políticas destinadas a combatir la propagación de la epidemia. Estos presupuestos deberán ser financiados localmente, es decir recursos del TGN con el objetivo de dar sostenibilidad a las acciones que se realizaran y no depender de la cooperación internacional.
- Con el objetivo de brindar una atención adecuada y especializada se necesita contar con Infraestructura y recursos humanos acorde con la problemática de la epidemia. Este mejoramiento tendrá un impacto en la captación de pacientes con VIH.
- A través del Ministerio de Educación se puede otorgar a los diferentes establecimientos educativos capacitación y sensibilización respecto al VIH/SIDA y sus consecuencias.



Apoyo Político. El Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA como ente rector coordina las actividades con la Sociedad Civil, ONG y otros con el objetivo de mejorar las diferentes estrategias en la temática. (Por ejemplo existe la coordinación con el MSD, CONASIDA, CODESIDA, comités TBC/VIH, etc.)

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación: Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Con la creación del CONASIDA se ha logrado incluir a otras reparticiones del Estado en la temática del VIH/sida.
- La promulgación de la ley 3729 permite colaborar en la prevención del VIH, protección de los derechos humanos y asistencia integral para las PVV.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Que las instancias denominadas CONASIDA y CODESIDA se involucren a otros grupos con el objetivo de tener una mayor participación.
- Es necesario interactuar la prevención con la educación con el objetivo de sensibilizar a la población en general.
- Si bien la ley esta promulgada no se cuenta todavía con la aprobación de los reglamentos específicos que normen esta Ley, por lo que se solicita su aprobación para efectivizar la Ley.
- Una preocupación latente es la dotación y financiamiento de los tratamientos ARV por parte del TGN.

Prevención. Se cuenta con un plan nacional comunicacional elaborado por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA los mensajes están adaptados para aplicar mensajes de fidelidad, uso del preservativo, aplazamiento de inicio de actividad sexual, practica de relaciones sexuales seguras, combatir la violencia contra la mujer, participación activa de las PVV, mayor participación de los varones en programas de salud sexual y reproductivo.

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Actualmente se cuenta con planes de difusión y sensibilización del VIH/SIDA en medios masivos de comunicación, con la participación de la sociedad civil.
- A través de los programas de salud sexual y reproductiva se lograron influir en la conducta de la población en general en especial en sexo masculino con el uso adecuado del condón.



Bolivia: Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (2008-2009)

- El Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social realizó talleres de sensibilización a su personal en la prevención del VIH en el trabajo.
- El Ministerio de Educación incorporó dentro de la curricula escolar la prevención del VIH/SIDA.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Incidir a otros grupos vulnerables y de alto riesgo a parte de HSH, TSC y PVV en temas relacionados a la prevención del VIH/SIDA.
- Al igual que en las actividades descritas anteriormente se debe contar con un presupuesto asignado con recursos del TGN para los temas de prevención.
- Se debe buscar estrategias que permitan disminuir las conductas de riesgo en la población en general.
- Analizar la forma de llegar con la prevención del VIH/SIDA a poblaciones con diferentes tipos de cultura, costumbres y diferentes creencias religiosas.
- Siendo Bolivia un país multiétnico y polifacético se debería tener impresos materiales educativos de acuerdo a la región geográfica.
- Con el objetivo de dar continuidad a las acciones realizadas en la prevención de la epidemia se solicita que el personal de salud no sea reemplazada y tampoco se desplace.
- Una forma de dar seguimiento a la Ley 3729 es difundirla a toda la población, en especial a los sectores más vulnerables y que presentan alto riesgo.
- Se percibió que existe renuencia en la comunidad educativa a la temática del VIH/SIDA, sin embargo existe una apertura al tema de salud sexual y reproductiva.
- Una política necesaria de prevención es incorporar al grupo escolar y académico en talleres constantes acerca de la epidemia del VIH/SIDA.

Tratamiento, atención y apoyo. Se ha logrado un ajuste de sistema logístico de fármacos, se tienen establecidos flujos de proceso y algoritmos de diagnósticos y de tratamiento para la atención integral de las PVV, se atiende en tratamiento a toda la población que lo requiera de forma gratuita.



Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Se conformó el comité fármaco-terapéutico nacional, con la finalidad de consolidar una instancia técnica de trabajo para la respuesta integral a los temas de atención y tratamiento.
- Según los protocolos de atención se tiene la obligación de otorgar tratamiento oportuno con ARV en la PVV cuando bajan las defensas hasta 500 los CD4.
- El objetivo de otorgar tratamiento a la población PVV es la de reducir la mortalidad y sobre todo mejorar la calidad de vida.
- A parte de la dotación de medicamentos ARV importante para el tratamiento, se apoya en la distribución de reactivos, material educativo, preservativos, sucedáneos, talleres de capacitación a clínicas pediatras responsable del programa
- La ley 3729 es un logro y debe ser aplicado en toda su extensión.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Sería oportuno que los tratamientos ARV se otorguen en otros servicios que no sean los CDVIR, con el objetivo de dar continuidad a proceso de tratamiento de los pacientes PVV.
- El estado debería empezar a otorgar recursos económicos para el financiamiento de los tratamientos ARV, con el objetivo de dar sostenibilidad al programa en el caso que el Fondo Mundial ya no pueda cubrir los costos en que se incurren.
- Determinar en los departamentos responsables específicos en el manejo e infraestructura para los medicamentos ARV, con el objetivo de garantizar la entrega de los mismos.
- Todavía se necesita trabajar en el estigma y discriminación acerca de la epidemia del VIH/sida.
- Se debe considerar la atención a niños huérfanos de padres que han muerto con enfermedades relacionados con el SIDA.



Vigilancia y evaluación. El programa nacional de ITS/VIH/SIDA en Bolivia cuenta con un sistema informatizado de reporte de Vigilancia Epidemiológica, que sistematiza la información a partir del ingreso de datos mediante una historia clínica por paciente y a través del llenado de una ficha epidemiológica, además de contar con matrices de recopilación de datos preestablecidas, se resume en un sistema de recopilación y análisis de datos, vigilancia del comportamiento, vigilancia del VIH, directrices sobre recopilación de datos, sistemas de evaluación de calidad del dato, una estrategia de divulgación y uso de los datos, es decir es un sistema de vigilancia pasivo a través del reporte epidemiológico mensual de casos con todas las características demográficas suficientes.

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Como se dijo anteriormente se pudo consolidar un sistema nacional de información que presenta una base de datos actualizados en VIH/SIDA.
- Una manera de tener información oportuna fue tener una coordinación con los diferentes servicios de salud representados en los niveles de atención.
- Tener la capacidad de captar madres positivas con el objetivo de prevenir la transmisión vertical a los niños.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Se debe realizar el fortalecimiento del sistema con el objetivo central de tener una articulación efectiva del funcionamiento de una red de producción de estadísticas oportunas que permitan tomar decisiones acertadas, asimismo es preciso consolidar líneas de acción para la definición de protocolos de estudio y el fortalecimiento de la vigilancia centinela..

2.2.2. Análisis de resultados (Parte B)

La perspectiva de la cooperación internacional y la sociedad civil.

Derechos humanos. Disposición en el país de leyes y reglamentaciones que protejan de la discriminación a las personas que viven con el VIH.

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- La ley 3729 para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con VIH/SIDA.
- Resolución ministerial 0668 en favor de grupos de diversidad sexual GLBT.



Bolivia: Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (2008-2009)

- Resolución ministerial 0711 que definen claramente los derechos y deberes en función de reivindicaciones justas y equitativas para todos los grupos poblacionales, mujeres, jóvenes, HSH, TSC, Internos de Prisiones, migrantes, etc.
- Se realizó un plan estratégico 2008 – 2012 con enfoque de derechos humanos.
- Ejecución de planes anuales operativos que incluyen acciones dirigidas al acceso a actividades de prevención, tratamiento, a la información en diversos ámbitos.
- Decreto Supremo 0213: Artículo 4 (Procedimiento) Establece la revisión de los procesos donde se haya cometido discriminación a personas que viven con VIH/SIDA , en los procesos de contratación y/o convocatoria de personal en el sector público a través de la Dirección General del Servicio Civil del Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social.
- Declaración y compromiso con la Central Obrera Boliviana donde establecen la prevención y no discriminación del VIH/SIDA en los lugares de acuerdo a las características socioculturales del país, en conformidad con la legislación vigente y de acuerdo a las políticas y prácticas establecidas en las organizaciones afiliadas.
- La conformación del CONASIDA (Consejo Nacional del SIDA) y sus respectivos CODESIDA (Consejo Departamental del SIDA)
- Compromiso del estado en proveer tratamientos de ARV oportunas bajo convenios de cooperación como ser el Fondo Mundial y con el Brasil.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Si bien existe la Ley 3729, no se la puede aplicar debido a que todavía no se aprobó su reglamentación, por lo que un desafío importante sería el de agilizar su aprobación mediante la sensibilización a las autoridades respecto a la situación de los PVV. Una vez aprobada la reglamentación de la ley esta deberá socializada con la población en general.
- El plan nacional de derechos humanos no presenta un presupuesto establecido para realizar las diferentes actividades.
- Es imperiosa la necesidad de que el Estado a través de recursos propios de la sostenibilidad y financiamiento necesario para cubrir el tratamiento de ARV, con el objetivo de no depender de financiamiento externo.
- Una manera de otorgar los servicios a los PVV con calidad y calidez sería sensibilización al personal de salud.



Participación de la sociedad civil. Contribución de la sociedad civil a fortalecer el compromiso político de los líderes principales y la formulación de políticas/estrategias nacionales.

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Existe una mayor participación, consenso y compromiso de la sociedad civil en temas relacionados a la epidemia, los mismos protagonizan un rol de líderes debido a que tienen incidencia política y a través de sus acciones han promovido la mejora de políticas y programas dirigidos a VIH/sida.
- Existe una mayor información acerca del VIH/sida dentro de la sociedad en su conjunto.
- Sensibilización en la toma de pruebas rápidas.
- Conocimiento de medidas preventivas.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Prevención enfocada a grupos de mayor vulnerabilidad.
- Formar a los profesores en la prevención del VIH.
- Extender las acciones y atenciones al área rural.
- Sostenibilidad en los programas de prevención (focalizado).
- Financiamiento necesario para realizar la prevención

Prevención.

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Disponibilidad de ARV.
- Coordinación con el programa de Tuberculosis.
- Acceso a pruebas rápidas por embarazadas.
- Se ha conformado un comité interprogramático a nivel nacional..



Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Burocracia para el acceso de los ARV.
- Recursos Humanos formados para brindar atención.
- Descentralizar los servicios de atención.
- Sostenibilidad financiera por parte del país.
- Seguimiento y tratamiento a las complicaciones.

Tratamiento, atención y apoyo. La sociedad civil contribuye con estrategias de prevención para jóvenes, población GBT u otros HSH, trabajadoras sexuales, población viviendo en situación de calle, personas privadas de libertad. Atención y apoyo domiciliario a los afectados, programas de protección a huérfanos

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- Disponibilidad de ARV.
- Coordinación con el programa de Tuberculosis.
- Acceso a pruebas rápidas para mujeres embarazadas.
- Existe comité interprogramático.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- Burocracia para el acceso de los ARV.
- Recursos Humanos formados para brindar atención.
- Descentralizar los servicios de atención.
- Sostenibilidad financiera por parte del país.
- Seguimiento y tratamiento a las complicaciones



3. La respuesta programática a la epidemia VIH/sida

Logros, avances y dificultades del programa nacional ITS/VIH/SIDA

3.1. Seguridad hematológica

Bolivia cuenta con un Programa Nacional de Sangre, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, que está estructurado por una red nacional conformada por 20 bancos de sangre, de los cuales 10 corresponden al sector público, 6 a la seguridad social de corto plazo y 4 son bancos de sangre privados.

Durante la gestión 2008 se registra un total de 61.808 unidades de sangre donadas y para el 2009 se tiene registro de un total de 69.107 unidades de sangre, observándose un incremento del orden del 12% anual.

De acuerdo a la información del Programa Nacional de Sangre Segura para la gestión 2008, los 9 Bancos de Sangre públicos (de las 7 ciudades capitales a excepción de Pando y un BS en El Alto), cumplen con los criterios de control de calidad externo (Análisis sistemático con el INLASA, que tiene un costo por ser un servicio que ofrece este laboratorio). El indicador muestra un total de 41,458 unidades de sangre con criterio de calidad asegurada que representa un 67.4% del total de muestras. Para la gestión 2009 se incluye el Banco de Sangre de Cobija, Pando, haciendo un total de 10 Bancos de Sangre Públicos (9 de las ciudades capitales y El Alto) y cada uno de ellos sigue un proceso estandarizado de análisis de control de calidad externo. Se puede observar que de un total de 47,564 unidades de sangre donada en Bancos de Sangre Públicos, representa el 69.5% de sangre con criterios de calidad externo.

Se destaca que el 100% de la sangre donada de los Bancos de Sangre Públicos cumplen con el criterio de detección del VIH y control de calidad externo.

Los Bancos de Sangre de la Seguridad Social, y los Bancos de Sangre Privados, cuentan con un proceso de cribado de muestra para la detección del VIH y procesos de control de calidad. Sin embargo los Bancos de Sangre privados, no han reportado control de calidad externo, efectuado por INLASA, para las gestiones 2008 y 2009, por representar un costo adicional.



Cuadro No. 7

Bolivia: Unidades de sangre donada y analizada con criterios de calidad externo, 2008 - 2009

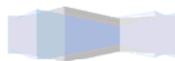
Gestión	Bancos de Sangre	Número	Control de la calidad del cribado sistemático para la detección del VIH		Unidades de sangre		
			Procedimientos operativos normalizados	Control Externo	Sangre Donada	Sangre Analizada	Sangre analizada con criterios de calidad
2008	Públicos	9	SI	SI	41.458	41.458	41.458
	Seguridad Social	6	SI	NO	12.438	12.438	-
	Privados	4	SI	NO	7.912	7.912	-
	Total	19			61.808	61.808	41.458
2009	Públicos	10	SI	SI	47.564	47.564	47.564
	Seguridad Social	6	SI	NO	13.803	13.803	-
	Privados	4	SI	NO	7.740	7.740	-
	Total	20			69107	69107	47564

Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Sangre Segura

Producto del cribado de las unidades de sangre donada, en la gestión 2008, del total de 61,808 unidades de sangre donada, se detectaron 93 muestras reactivas al VIH, que representa un 0,15% de reactividad al VIH, en el año 2009 de las 69,107 unidades de sangre donada, se desecharon con procedimientos universales de bioseguridad, un total de 80 unidades de sangre reactivas al VIH, representando un 0,12% de muestras reactivas al VIH.

Con respecto al informe de progresos 2006-2007, el porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada¹⁴, ha registrado un descenso significativo de 97,8% en el año 2007 a 69,5% el año 2009, estas cifras responden al hecho de que durante las gestiones previas al 2008, el Programa Nacional de Sangre Segura, subvencionó un muestreo para el control de calidad externo que incluyó a los Bancos de Sangre Privados y de la Seguridad Social, de esta manera los porcentajes de criterio con control de calidad externo son más elevados en relación al actual reporte, como observamos en el gráfico No. 13.

¹⁴ El porcentaje de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada, se obtiene con información proveniente del Programa Nacional de Sangre Segura. El numerador corresponde al total de sangre donada que cumple con criterios de detección del VIH y el control de calidad externo (definido como aquel que se efectúa en centros hematológicos/laboratorios de cribado sistemático de la sangre que: (i) siguen procedimientos operativos de referencia documentados y (ii) participan en un plan de control de calidad externo, en este caso el INLASA se encarga de hacer este control). En el denominador se utiliza el número total de unidades de sangre donada reportada.



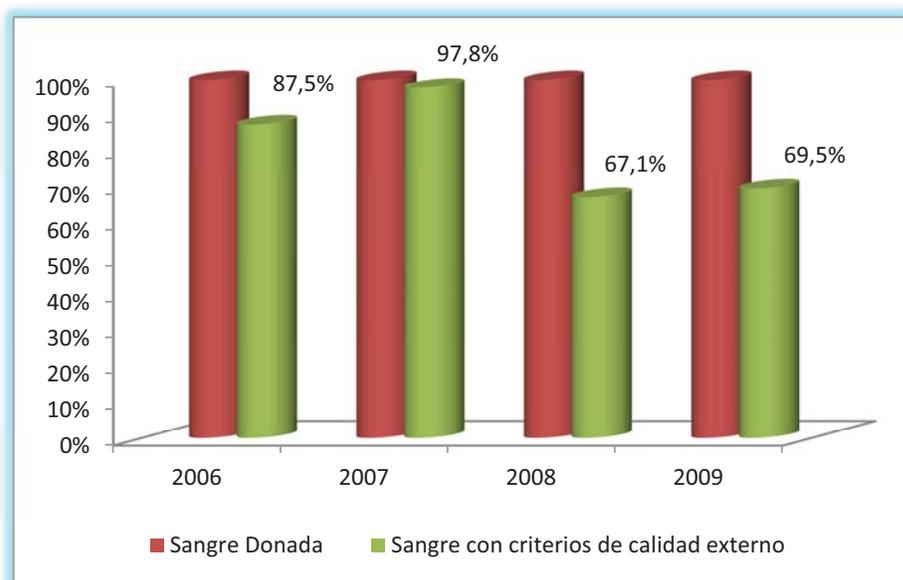


Gráfico No. 12

Bolivia: Porcentaje de unidades de sangre donadas que cumple criterios de calidad asegurada
Fuente: Elaboración propia con datos del Programa Nacional de Sangre Segura

Ley 1687 Ley de la Medicina Transfusional y Bancos de Sangre de 1996, que a través del DS No 24547(2), establece la legislación y normativa para actividades relacionadas con la medicina transfusional y de Bancos de Sangre, también se tienen Reglamentos de Bancos de sangre y requisitos obligatorios para la habilitación de estas entidades, con los que se garantiza legalmente e institucionalmente, la realización del tamizaje para la detección del VIH en unidades de Sangre donada. Los bancos de Sangre promocionan la donación voluntaria, altruista y no remunerada, lo que mejora la captación de más donantes y evita que se comercialice esta actividad.

Es importante denotar la voluntad por mejorar el Programa de Sangre Segura, como resultado de este esfuerzo, existe en la actualidad un Banco de Sangre en la ciudad de Cobija, que está en funcionamiento desde la gestión 2009.

Todos los Bancos de Sangre públicos, privados y de la seguridad social tienen la obligación de reportar al Programa Nacional de Sangre Segura la cantidad de unidades de sangre donada, en el marco legal vigente, de manera que el Programa Nacional de Sangre Segura cuente con los datos y haga el seguimiento respectivo de la calidad y seguridad de la sangre donada. Se establece en la ley que todos los bancos de sangre deben realizar controles de calidad externo, y debe ser un requisito para mantener su funcionamiento, ya que estos controles dan garantías de seguridad de los procesos de calidad internos.



3.2. Terapia antirretroviral

La red de establecimientos de salud en Bolivia, reporta que un total de 12 establecimientos públicos tienen la capacidad de realizar terapias ARV a los pacientes con infección avanzada. De acuerdo con la guía de tratamiento antirretroviral en adultos el inicio de tratamiento considera dos aspectos: el biológico que involucra el criterio clínico, inmunológico y virológico y el aspecto relacionado con la persona que involucra la voluntad, comprensión y decisión de iniciar la terapia antirretroviral y sus implicaciones. *“La evaluación inmunológica (recuento de CD4) constituye la forma ideal para determinar el estado inmunológico y permite orientar la decisión acerca del momento de inicio y monitoreo de la terapia”*¹⁵ En el caso de niños, según la Guía de Tratamiento Antirretroviral en Niños, la decisión de iniciar terapia antirretroviral dependen de la evaluación clínica e inmunológica, la cual es particularmente importante en menores de 12 meses infectados por el VIH.¹⁶

De acuerdo con el sistema de vigilancia y monitoreo del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y los reportes de Monitoreo y Evaluación del R.P. del fondo Mundial, Asociación IBIS-HIVOS, a diciembre de 2009 se tiene registro de 1115 personas VIH(+) que se encuentran recibiendo terapia antirretroviral de los cuales 50 son personas menores de 15 años y el restante corresponde a la población de 15 años o más de edad. Con respecto a la gestión 2008 se ha producido un incremento de 47%.

Cuadro No. 8

Bolivia: Número de personas con infección avanzada que recibe terapia antirretroviral, 2008 - 2009

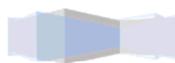
Grupos de Edad	2008			2009		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 15	22	14	36	27	23	50
Mayores de 15	471	251	722	694	371	1065
Total	493	265	758	721	394	1115

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Para medir el avance en la respuesta frente a la epidemia, se considera la cobertura de Terapia antirretroviral, tomando como referencia las estimaciones de personas con infección avanzada que necesitan TAR, se registra una cobertura de 24% en la gestión 2009 y se observa un aumento paulatino con relación a las gestiones pasadas.

¹⁵ De acuerdo con la Guía de Tratamiento Antirretroviral en Adultos, se recomienda que si el recuento de células CD4 se encuentra entre 350 y 500 se inicie tratamiento de primera línea para evitar que el recuento disminuya a menos de 200 células y se sugiere que la adherencia sea evaluada de acuerdo al protocolo correspondiente. Si el recuento es mayor a 500 se recomienda evaluar el cuadro clínico e iniciar tratamiento de primera línea si se comprueba que el paciente tiene buena adherencia.

¹⁶ Un detalle completo se encuentra en la “Guía de Tratamiento Antirretroviral en Niños”, Publicación 50 del Ministerio de Salud y Deportes. La Paz – Bolivia. 2009



Cuadro No. 9

Bolivia: Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antiretroviral¹⁷

Personas VIH (+) que reciben terapia antiretroviral	2006	2007	2008	2009
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	22	14	36	27
Número estimado de personas con infección avanzada que necesitan terapia antiretroviral	471	251	722	694
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antiretroviral	8%	11%	16%	24%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Estimaciones y proyecciones, EPP - Spectrum

La cobertura de TARV en Bolivia se ha incrementado notablemente en las dos últimas gestiones. Si bien los indicadores muestran un número en porcentaje, el total de personas recibiendo terapia antirretroviral en los últimos 12 meses se ha incrementado en la gestión 2008, se reporta un total de 758, mientras que en el año 2009 se ha incrementado este número a 1115 PVVS en TARV, que representa un crecimiento en la cobertura de 8 % respecto al año 2008.

A partir de la recolección sistemática que se ha venido realizando en los últimos cuatro años, se tiene a disposición los datos. Se deben hacer un esfuerzo por mantener estas acciones de seguimiento para poder detectar falencias en el sistema de recolección de datos y mejorarlos, esto con el fin de mejorar y ampliar la cobertura de TARV en el país. Es importante que cada una de las instancias gubernamentales que proveen TARV, reporte datos al Programa Nacional de ITS VIH SIDA, en vista que el indicador puede verse subestimado por la falta de información.

Se recomienda a los CDVIR mantener la recolección de datos de personas en tratamiento, en lo posible disgregar la información por edad en una base de datos, reportar oportunamente al Programa Nacional de ITS VIH SIDA.

En vista que la estimación de PVVS que necesitan tratamiento, es importante mantener al alcance de las personas la prueba voluntaria y gratuita, de este modo podremos detectar el VIH en las personas que viven con VIH, pero están subregistradas porque no han accedido a la prueba.

¹⁷ Para encontrar el numerador, se debe registrar el total de PVVS en TARV de acuerdo al protocolo nacional, al cierre de la gestión (diciembre de 2008 y 2009). Estos datos se han podido obtener de los reportes que genera el PR Ibis Hivos al Fondo Mundial.

El denominador se ha obtenido a través del Programa Spectrum, recomendado por las Directrices Para el Desarrollo de Indicadores UNGASS, que asciende a 4500 PVVS para ambas gestiones, ya que el dato más reciente es del año 2008 que se repite en 2009. Este número representa al total de personas estimadas que tienen la infección por VIH avanzada y que necesitan TARV.



Los compromisos de acceso universal promueven que el estado cubra en un 80% las necesidades de atención y provisión de TARV a las personas que lo necesitan, en este caso la brecha es de 56% estimada.

Este es uno de los indicadores más importantes para reportar, dada la importancia que reviste el TARV en PVVS, que puede asegurar la calidad de vida de la persona. En el informe de progreso 2006-2007, se consideró la cobertura respecto al total de personas notificadas en fase SIDA. El siguiente gráfico comparativo entre las gestiones 2006 y 2009 se puede apreciar el incremento de cobertura.

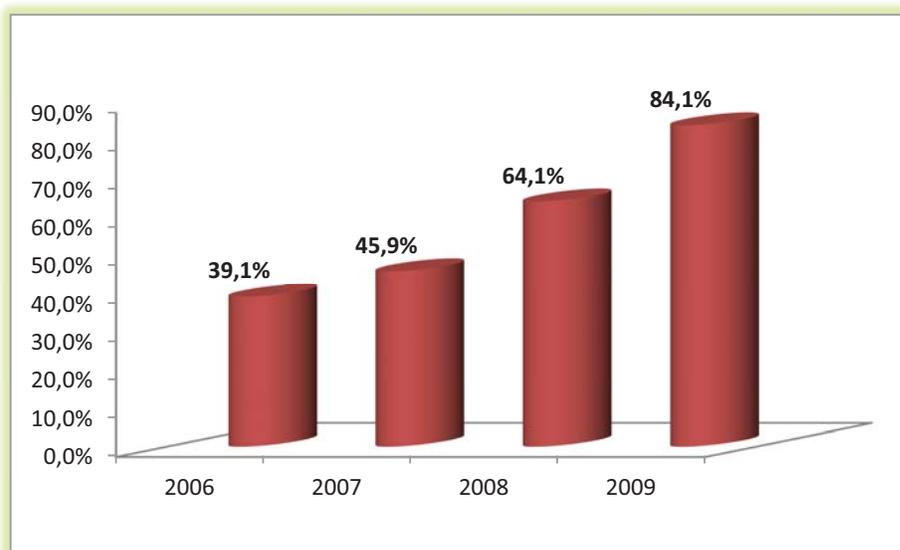


Gráfico No. 13
Bolivia: Porcentaje de personas VIH (+) que reciben TARV respecto al total de casos SIDA notificados
 Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Se puede observar que en comparación con el reporte 2006-2007, tomando los mismos criterios para la construcción del indicador, los porcentajes son altos, ya que se han tomado como referencia el total de casos de Sida, que representaría el número de personas que necesitan TARV.

Las estimaciones del Spectrum no varían en los últimos años y oscilan entre 4500 y 4700 en los últimos 4 años. Se debe considerar que en la gestión 2008, el criterio de recuento de CD4 menor a 350, se consideraba como inicio de TARV, mientras que en la gestión de 2009, los criterios para iniciar con tratamiento de ARV, incluye a las PVVS que tienen el recuento de CD4 inferior a 500, en consecuencia más personas han ingresado a TARV.



Para hacer el informe más consistente, se ha decidido utilizar el programa Spectrum, recomendado por las Directrices, para reportar los indicadores que requieren estimaciones. Se debe aclarar que existe subregistro de los casos detectados, se hizo el ejercicio comparativo, pero en la actualidad no se puede aplicar este criterio, en vista que la detección de casos de Sida ha disminuido, pero se puede observar que la cobertura está en aumento, se debe resaltar este incremento.

3.3. Prevención de la transmisión vertical materno-infantil

Los esfuerzos realizados en las últimas gestiones han permitido ampliar la cobertura de pruebas rápidas en los centros de salud materno- infantiles, permitiendo de esta manera una detección oportuna de mujeres embarazadas VIH (+), lo que ha relevado la necesidad de reforzar la vigilancia centinela que se ha planificado para la gestión 2010, en coordinación con UNICEF.

Con relación a la gestión 2008 se registra un aumento de 54% en el número de embarazadas VIH(+) con TARV. En cuanto a la cobertura desde el 2006 se ha registrado un aumento gradual en 21 puntos porcentuales entre el 2006 y 2007 y 10 puntos porcentuales entre las gestiones 2008 y 2009.

Cuadro No. 10

Bolivia: Porcentaje de embarazadas VIH (+) que recibió medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno- infantil ¹⁸

Embarazadas VIH (+) que reciben terapia antiretroviral	2006	2007	2008	2009
Número de mujeres embarazadas VIH (+) con terapia antirretroviral	27	34	68	105
Número estimado embarazadas VIH (+) necesitan terapia antiretroviral	432	413	404	387
Porcentaje de embarazadas VIH (+) que recibió medicamentos antiretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	6%	8%	17%	27%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD

Estimaciones y proyecciones, EPP - Spectrum

Se puede notar que la cobertura de detección de VIH en mujeres embarazadas estimado se incrementa en los dos últimos años de un 17% a un 27% el porcentaje de embarazadas VIH positivas recibiendo tratamiento, como se observa en el cuadro, de un total de 404 y 387 mujeres con VIH según las proyecciones del programa Spectrum.

¹⁸ El numerador es el total de mujeres que han recibido TARV en los últimos 12 meses, para prevenir la transmisión vertical. Para determinar este número se ha recolectado la información de los CDVIR a nivel nacional y se ha corroborado la información con el PR Ibis Hivos, para las gestiones 2008 y 2009.

El denominador se construye a partir de las proyecciones del Programa de modelación epidemiológica Spectrum, alimentado por datos de prevalencia de VIH en Bolivia. La prevalencia utilizada para el cálculo del denominador es de 0.24%, como la media de los sitios centinelas.



Así mismo es importante recalcar, que del total de casos diagnosticados (que incluye la pre y post consejería, con resultado confirmatorio de Western Blott) de mujeres embarazadas, el 100% han recibido TARV para prevenir la transmisión vertical en ambas gestiones, 2008 y 2009. Los partos esperados para el año 2009 reducen porque el INE calcula un índice de natalidad menor.

En los últimos años se ha logrado llegar a ofertar la prueba de VIH a muchas más mujeres embarazadas, de un 14% de pruebas de VIH de mujeres con parto esperado según proyecciones del INE para el año 2008, se ha duplicado a un 27.5% de pruebas de VIH al total de mujeres con parto esperado según el INE para la gestión 2009, esto respalda los esfuerzos de ampliación de la oferta de la prueba de VIH en mujeres embarazadas (de 33,638 a 73,369 pruebas el año 2008 y 2009 respectivamente).

El Plan Estratégico Multisectorial (PEM) para la Respuesta a VIH SIDA en Bolivia, del Programa Nacional de ITS VIH SIDA, tiene como objetivo 5 “Reducir la Transmisión de ITS VIH de madre a hijo”, es un objetivo que seguirá siendo fortalecido dentro de las actividades del Programa, así mismo se hará el esfuerzo por mantener y ampliar el número de pruebas de VIH para mujeres embarazadas, dada la situación actual donde 250 centros de salud a nivel nacional reportan los casos de VIH y se realizan las pruebas voluntarias de acuerdo a norma nacional, con consentimiento informado y pre y post consejería.

Los CDVIR y Programas Departamentales, deben mejorar el registro de las mujeres gestantes incluyendo datos de edad y esquema de ARV de profilaxis que toman, para poder hacer el seguimiento y la efectividad de los procedimientos establecidos por la norma nacional.

Involucrar al SUMI Seguro Universal Materno Infantil, a esta tarea para ampliar la cobertura en áreas urbanas y rurales.

Por otro lado es importante retomar los sitios de vigilancia centinela en mujeres embarazadas para actualizar la información acerca de la prevalencia, la cual data del último estudio de sitios centinela realizado en el 2005.

De acuerdo a estimaciones estadísticas se espera que para el año 2008 podrían estar viviendo con VIH 404 mujeres embarazadas, para la gestión 2009 se asume el número de 387. Esta disminución numérica, podría explicarse por la reducción del índice de natalidad proyectado por el INE (Instituto Nacional de Estadística) y no así a una reducción en la prevalencia estimada para mujeres con VIH; sin embargo se espera contar con evidencia nueva después de los resultados de vigilancia centinela a implementarse durante la gestión 2010.



3.4. Co-infección TB – VIH

Los programas departamentales de ITS/VIH/SIDA tienen definidas las líneas de acción para la atención de personas con VIH afectadas por la tuberculosis. De acuerdo con el sistema de vigilancia para el año 2009 se han reportado 94 personas con co-infección TB-VIH en tratamiento, aunque las proyecciones muestran un número relativamente mayor según estimaciones de la OPS/OMS.

Cuadro No. 11

Bolivia: Porcentaje de casos estimados de co – infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH¹⁹

Casos de co-infección TB-VIH que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH	2006	2007	2008	2009
Número de personas notificadas con co-infección TB-VIH	28	60	65	94
Número estimado de personas con co-infección TB-VIH	136	148	173	185
Porcentaje de casos estimados de co – infección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	21%	41%	38%	51%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - MSD
Estimaciones y proyecciones OPS/OMS

Dado el número de casos de TB en Bolivia (24.906 casos por año) la OPS estima que un 10% de las personas con TB tienen la coinfección de VIH, y en contraposición el 20% de PVVS puede presentar TB.

Para el año 2007 se estima que el total de personas con TBC que tienen VIH es de 217(dato de OPS/OMS)²⁰.

Si bien en el indicador podemos observar un incremento de la cobertura de tratamiento a las PVVS con TB comparando la gestión 2008 con el año 2009, se deben hacer mayores esfuerzos para detectar oportunamente la TB, siendo una de las primeras causas de mortalidad de PVVS, del mismo modo se debe ofrecer la prueba voluntaria con consejería a toda persona que tenga un diagnóstico de TB.

¹⁹ El numerador se ha obtenido de la recolección de datos de los 9 CDVIR y 1 CRVIR a nivel nacional.

El denominador se ha obtenido a partir de un cálculo utilizado en el reporte UNGASS 2008, se ha tomado el 14% del total de casos de Sida acumulados para los años 2008 y 2009, resultado de este ejercicio podemos estimar el número de personas que tendrían la coinfección de TB VIH.

²⁰ <http://apps.who.int/globalatlas/dataQuery/reportData.asp?rptType=1>



Se ha conformado el comité Interprogramático TB VIH, para mejorar el acceso a la prueba de VIH en personas con TBC y detectar oportunamente a PVVS con TBC, este esfuerzo se enfocará en la salud de las personas.

Es importante que el Programa de Control de la TB en el país, incorpore dentro de sus líneas estratégicas la temática del VIH, para que este programa también haga la recopilación de datos de personas con TB, que se les diagnosticó el VIH.

Cabe notar que las estimaciones de coinfección suben por año, pero también la notificación y tratamiento para PVVS con TB sube de 65 para 2008 a 93 para 2009.

En el informe UNGASS 2008, no se contaban con las estimaciones de OPS/OMS, por lo que se utilizó el 14% de PVVS para obtener el denominador, que arrojó el número de 136 para 2006 y 148 para 2007, estimación menor a 217 que ONUSIDA recomienda en las Directrices.

3.5. Acceso y cobertura de las pruebas de VIH

Desde el año 2007, el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha ido introduciendo de forma gradual la prueba rápida en los establecimientos de salud. Actualmente se tiene constancia que existen 250 establecimientos de salud que tienen la capacidad de realizar la prueba de detección del VIH, lo que representa 7% de la red de establecimientos de salud.

Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.

Cuadro No. 12

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados²¹

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
15-19	15	1.110	1,4 %	36	3.518	1,0 %
20-24	21	795	2,7 %	94	2.737	3,4 %
25-49	58	3.192	1,8 %	238	10.683	2,2 %
Total 15 - 49	95	5.096	1,9 %	368	16.939	2,2 %

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

²¹ El numerador se ha obtenido de las personas que respondían a dos preguntas: "No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?" y "Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?"

En denominador es el total de la muestra que comprenda las edades mencionadas

En la ENDSA 2008, se ha podido incluir estas dos preguntas, resultado de esta encuesta es que: en promedio el 2,05% de la población general se ha realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce su resultado, y por ende podría conocer su estatus serológico; 1.9% en el caso de los hombres y 2.2% en el caso de las mujeres. Es importante denotar que en el rango de edad entre 20 a 24 años el porcentaje de personas que se sometieron a la prueba y conocen el resultado es mayor al promedio en el caso de varones es un 2.7% y en las mujeres 3.4%

Podemos interpretar que el porcentaje de 2% de personas que se someten a la prueba y además conocen los resultados, a pesar del incremento significativo del número de pruebas voluntarias de VIH con consejería, nos podría indicar que la oferta de pruebas voluntarias de VIH se puede mejorar. Por ejemplo en la gestión del 2008 se ha podido realizar un total de 54.371 pruebas a población general, que no incluye a mujeres embarazadas. En la gestión de 2009 se superó el número del 2008 con un total de 63.283 pruebas de VIH a población general. Instituciones tales como el CIES, Prosalud, Sexalud, Redvihda, Vivo en Positivo, ASUNCAMI, así como las dependencias estatales como los CDVIR a nivel nacional, han ampliado la oferta de la prueba en el último año, motivo por el cual, se han detectado más personas con VIH, confirmados por el examen Western Blott, de acuerdo al algoritmo nacional.

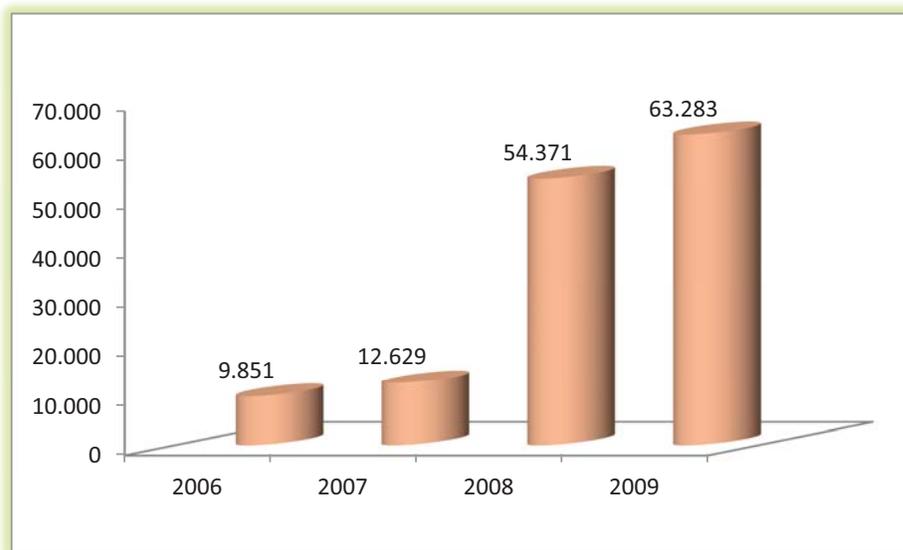


Gráfico No. 14
Bolivia: Número de personas (población general) que se ha sometido a la prueba rápida de VIH
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

La ampliación de la oferta de la prueba voluntaria de VIH, puede mejorar el indicador en particular, poniendo al alcance oportunamente, la prueba a la población general.



Cabe denotar que la muestra es representativa llegando a un total de 22,993 encuestados a nivel nacional, un número mayor de las personas que se sometieron la prueba en las gestiones 2006 y 2007, es por este motivo que en el Informe UNGASS 2008, se reportó este indicador basado en el número de pruebas de VIH a nivel nacional, mostrando un sesgo de personas que se sometían voluntariamente a la prueba, en este caso para este informe de País UNGASS 2010 se siguieron las directrices.

En cuanto a los grupos de mayor vulnerabilidad, el año 2008 el estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia, SEMVBO aporta evidencia importante acerca de la epidemia.

Cuadro No. 13.1

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados²²

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
Menos de 25 años	208	574	36%
De 25 o más años	145	445	33%
Total	353	1019	35%

Fuente: Estudio Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) – 2008

Cuadro No. 13.2

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados²³

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
Menos de 25 años	23	165	14%	106	178	60%
De 25 o más años	19	54	35%	35	63	56%
Total	42	219	19%	106	178	60%

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS

²² Para la realización del indicador las Directrices plantean 2 preguntas: ¿Se ha sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses? Si la respuesta es afirmativa: No quiero saber los resultados de la prueba, pero ¿los conoce usted? En el caso del SEMVBO, las preguntas planteadas son: ¿Se ha hecho alguna vez la prueba de VIH (antes de hoy)?, ¿Cuándo se realizó la última prueba de VIH? (dentro de las opciones existe la respuesta de menos de un mes atrás hasta 11 meses), ¿Conoce el resultado de su última prueba de VIH? Las 3 preguntas son muy similares a la Directriz.

²³ Las encuestas CAP del RP, ofrecen también una buena aproximación aunque su objetivo es evaluar el grado de avance de los subreceptores de recursos del Fondo Mundial.



En el caso de las encuestas CAP, las preguntas son: ¿Cuántas veces se realizó la prueba de VIH en el último año? (Si la respuesta afirmativa pasa al filtro)¿Al realizarse la prueba para VIH usted recibió post-consejería? Ambas debían responderse afirmativamente para determinar el numerador.

El denominador es el total de la muestra

El cuadro 13.2. construido con información de las encuestas CAP permite ver la tendencia del indicador, aunque puede existir cierto sesgos de información, ya que las personas entrevistadas han participado de los programas de capacitación para la prevención del VIH.

Las recomendaciones para reportar este indicador, se refieren a las encuestas que se pueden realizar a esta población que es de difícil acceso. Resultado del procesamiento de los datos del Estudio SEMVBO, se pudo observar que el 35% (uno de cada 3 encuestados), se ha sometido a la prueba de VIH y conoce el resultado de su prueba. Es un porcentaje se puede considerar superior al reportado de la población general, pero en el contexto de la epidemia concentrada en la población GBT y HSH, considerando que es la primera vez que se reporta este indicador de acuerdo a las “Directrices Para el Desarrollo de Indicadores”, es importante instar para que las instituciones que trabajan en con esta población haga un esfuerzo por dar seguimiento al avance respecto a este indicador en particular. El indicador quiere reflejar el conocimiento del estatus serológico de la población en particular, a mayor conocimiento se asume que la persona puede tomar acciones de protección en su salud y la de sus parejas. Podemos observar sin embargo que el acceso a la prueba de VIH en esta población está aumentando, debido principalmente a los programas de prevención.

En el caso de los indicadores construidos en base a las encuestas CAP del Receptor Principal del Fondo Mundial (RP del FM), se ve una diferencia entre los años 2008 al 2009, incrementándose de manera considerable, lo interesante que el Estudio SEMVBO nos muestra el dato más cercano a la realidad en vista que la muestra es considerablemente mayor. Se ha visto que el trabajo que realiza la sociedad civil para facilitar el acceso a la prueba de VIH es muy importante, por lo que se ve reflejado en el indicador.

Finalmente con relación a las trabajadoras sexuales, las encuestas CAP del RP asociación IBIS-HIVOS muestran una cobertura de 45% tomando como referente a personas usuarias de los servicios de salud.



Cuadro No. 14

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados²⁴

Población TS por Grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%	Se sometieron a la prueba	Muestra total	%
Menos de 25 años	14	86	16%	30	74	41%
De 25 o más años	43	93	46%	52	109	48%
Total	57	179	32%	82	183	45%

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS

En la comparación de ambos años el porcentaje de TS que se sometieron a la prueba de VIH y conocen su resultado, para el 2008 es de 32%, incrementándose para el año 2009 a 45%. En el primer caso vemos que la diferencia por edad es de un 20%, es decir las TS femeninas, menores de 25 años no se conocen el resultado de sus pruebas, vemos este cambio en la gestión 2009, donde las TS en general tienen un conocimiento sobre su estatus serológico sobre el 40%.

El Programa Nacional de ITS VIH SIDA, para el año 2008 atendió un promedio de 5.802 TS, todas ellas han tenido acceso a la prueba de VIH ya que forma parte del control que se realiza a las TS de manera regular. En el año 2009 un promedio de 6.993 TS asistieron a consulta médica, y por ende realizaron la prueba del VIH, en ambas gestiones podemos afirmar que el 100% de TS registradas conoce el resultado de sus pruebas.

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” señala en su artículo 19. “(Pruebas para el Diagnóstico de VIH – SIDA) que: ninguna persona será sometida a pruebas obligatorias para el diagnóstico de VIH SIDA, salvo en los casos que se establecen e la misma ley, sujetas a normas de atención: b) Para la emisión del carnet sanitario a personas de ambos sexos que se dedican al comercio sexual”.

La construcción del indicador se basa en las mismas preguntas que establece las Directrices. En el caso de las encuestas CAP del RP del FM, las preguntas son: ¿Cuántas veces se realizó la prueba de VIH en el último año? (Si la respuesta afirmativa pasa al filtro) ¿Al realizarse la prueba para VIH usted recibió post-consejería? Ambas debían responderse afirmativamente para determinar el numerador.

²⁴ La construcción del indicador se basa en las mismas preguntas que establece las Directrices.

En el caso de las encuestas CAP del RP del FM, las preguntas son: ¿Cuántas veces se realizó la prueba de VIH en el último año? (Si la respuesta afirmativa pasa al filtro) ¿Al realizarse la prueba para VIH usted recibió post-consejería? Ambas debían responderse afirmativamente para determinar el numerador.

El denominador es el total de la muestra.

De acuerdo a estimaciones solamente el 29.9% del TS son registradas²⁵, en este sentido se debe promocionar el servicio que ofrece cada uno de los CDVIR a nivel nacional, para que las TS accedan a la atención médica y prevención de las ITS VIH, prueba voluntaria de VIH.

Existen barreras para que el acceso a la prueba en TS sea mayor, porque muchas TS no registradas, no asisten a los CDVIR a realizarse ninguna prueba, en este sentido las organizaciones que trabajan con esta población deben enfocar el trabajo de prevención especialmente en TS que no están registradas.

Con un grupo muestral de 179, para el año 2008 y 183 personas para el 2009, a nivel nacional, (9 departamentos), que incluye a TS que no están registradas en los CDVIR, se ha logrado construir el indicador que responden de manera similar a las Directrices. Se basan en 2 preguntas: “¿Cuántas veces se ha realizado la prueba del VIH el último año?, con 2 opciones, las personas que contestaron “Si” se filtran y pasan a otra pregunta que se refiere a “Al realizarse la prueba de VIH usted recibió post-consejería”, que equivale a que verdaderamente conoce sus resultados.

El estudio “**Diagnóstico en una de las poblaciones más vulnerables al VIH: La Población Trans que se dedica al Trabajo Sexual**”, revela que el **84,7%** de la población trans entrevistada indica haberse realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses²⁶ (no se ha indagado por el conocimiento de los resultados). Es interesante saber que el porcentaje es bastante alto, al parecer las mujeres trans tienen más información y acceden a la prueba de mejor manera que las TS femeninas (87% en trans versus 45% en TS mujeres en el mismo año)

El conocimiento del resultado y acceso a la prueba de VIH es alto, no obstante la población trans es una de las más vulnerables al VIH, ya que la discriminación hacia la expresión genérica es sentida y fuerza a que muchas de las personas trans ejerzan el trabajo sexual. También han sido expulsadas de sus hogares y rechazadas por la familia, por lo que la pobreza se suma a la violencia que existe en las calles. Se debe abogar para que se reduzca la discriminación hacia esta población a través de instancias como el Ministerio de Justicia, la Defensoría del Pueblo.

²⁵Informe de Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Compromiso UNGASS sobre VIH/SIDA, Bolivia , marzo 2006: 22

²⁶ Dentro del cuestionario se establecen las siguientes preguntas: ¿Se ha hecho el examen para saber si tiene el VIH? Y ¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se hizo el examen?, sólo las Trans que respondían que la prueba de VIH se la han realizado dentro de los últimos 12 meses ingresan al indicador. En la batería de preguntas no se incluye la pregunta “No quiero saber los resultados, pero ¿conoce los resultados de la prueba?”.



También es recomendable que los Programas Departamentales y CDVIR a nivel nacional, incluyan esta identidad, para evitar que se reporten como HSH, respetando la auto identificación de esta población.

3.6. Acceso y cobertura de los programas de prevención en poblaciones más expuestas

Cuadro No. 15

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que llegan a los programas de prevención del VIH ²⁷

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Llegan a los programas de prevención	Muestra total	%
Menos de 25 años	374	574	65 %
De 25 o más años	145	445	33 %
Total	519	1019	51 %

Fuente: Estudio Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) – 2008

Del total de encuestados, un 51 % sabe dónde dirigirse para realizarse la prueba de VIH, que es un conocimiento alto. Considerando que la epidemia está concentrada en la población GBT y HSH, se debe ampliar la cobertura de programas de prevención, para que este porcentaje aumente y más personas pertenecientes a esta población sepan el lugar donde se realizan las pruebas.

En la actualidad el Programa Nacional de ITS VIH SIDA, está elaborando estrategias para abordar la prevención del VIH en población GBT y otros HSH, con ayuda de las agencias de cooperación y coordinando estrechamente con las instituciones que realizan la prevención en este sector, así como con los colectivos que representan a esta población, con el fin de mejorar el acceso de esta población a los programas de prevención.

Se recomienda un trabajo coordinado a nivel departamental entre el sector público, ONGs y la sociedad civil en cuanto a la recolección de datos sobre este indicador.

²⁷Si bien el indicador hace referencia a los Programas de Prevención del VIH, se basa principalmente en una encuesta que responde a estas preguntas “¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH? y ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (por ejemplo a través de un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual)?

En el Estudio SEMVBO sólo se incluye la siguiente pregunta “¿Es posible hacerse una prueba confidencial para saber si se está infectado con el VIH (el virus que causa el SIDA) donde reside actualmente?”. A todas las personas participantes se les ha provisto de condones, por lo que responderían en un 100% a la segunda pregunta de las Directrices.

En reunión de Validación de Estimación de Poblaciones se acordó que la estimación de GBT y HSH es alrededor de 75,000 personas. Los programas de prevención llegan a un porcentaje mínimo de esta población y se recomienda fuertemente que existan servicios de salud especializados para la población GBT y HSH.

Existe un sesgo en el reporte del indicador, en vista que todos los entrevistados, al participar del estudio han recibido preservativos como incentivo, también existen otras acciones de prevención que no están reflejadas en este indicador, pero por otro lado las Directrices recomiendan reportar con una encuesta la mayor cantidad de indicadores en base a encuestas demográficas, en vista que estas poblaciones son difíciles de alcanzar. Al ser este estudio basado en estas encuestas, es el dato más cercano que se puede obtener, pero nos ayuda a tener estrategias para ampliar los programas de prevención en HSH.

En el caso de las **Trabajadoras Sexuales**, no se ha podido determinar a través de una encuesta, el número de TS que llega a un programa de prevención. Sin embargo se conoce que en promedio 5.802 TS asistieron a consultas médicas en los CDVIR. En el año 2009, el promedio de 6.993 TS asiste a consultas médicas, donde reciben dotación de condones a solicitud, provistos por el FM.

El MCP ha logrado insertar en la 9na ronda del FM, un proyecto para VIH, esto quiere decir que algunas actividades para prevención del VIH se mantendrán, como el suministro de condones de manera regular.

Se recomienda además que la entrega de condones a TS no es por solicitud de ellas sino según la norma vigente y que existan estrategias para incluir a más TS no registradas en acciones de prevención. Es importante reportar el número de TS que está siendo alcanzada por distintas actividades ya sea la atención médica primaria, o a través de capacitaciones formales e informales.

3.7. Huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil²⁸.

Este indicador hace referencia al apoyo que una familia o niño afectado por el VIH recibe en el último año. Debe ser medido a través de una encuesta demográfica. En la actualidad a través de los esfuerzos de distintas organizaciones se ha podido responder a la demanda creciente de niños que por la situación de los padres viviendo con VIH o por la orfandad a causa del sida, se ven en situación de vulnerabilidad.

²⁸ En el caso de niños vulnerables, no existe evidencia nacional; sin embargo la asociación Vivo en Positivo se cuenta con información local, que puede permitir un análisis de contexto.



En la gestión 2009 se han alcanzado a **47** familias afectadas y **71** niños viviendo con VIH y afectados por el VIH, nuevos contactados, (39 niños/as el 1er semestre y 32 niños/as el 2do Semestre), en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Oruro.

La epidemia del VIH sigue en aumento, con ello también los niños y niñas se ven afectados, ya que algunos adquieren el VIH por transmisión materna, el número sigue creciendo, del mismo modo cuando el VIH llega a la familia, los padres que viven con VIH pueden quedar debilitados por la infección y dejan de trabajar, en muchos casos los padres mueren a causa de un diagnóstico tardío de VIH, dejando a la esposa que también vive con VIH a cargo de los hijos, este peso es una problemática que recién estamos empezando a entender y estudiar, por lo que hay que diseñar programas que puedan responder a la creciente demanda.

Se debe incluir en el PEM, la situación de los niños nacidos de madres con VIH y los huérfanos por Sida.

En el taller de validación de los resultados parciales del Informe UNGASS 2010 se ha podido evidenciar la necesidad de visibilizar la niñez afectada y viviendo con VIH, que es un número en crecimiento en el país. Pero de manera enunciativa incluimos el indicador, ya que como país no reportamos este indicador por no contar con datos.

3.8. Escuelas que imparten educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico.

En Bolivia, a través de la Ley 3729 se establece que el Ministerio de Educación debe hacerse cargo de la educación para la prevención del VIH en el sistema educativo. En la actualidad la sociedad civil cubre esta demanda instituciones como IDH, Asociación Cristiana Femenina, Visión Mundial, CIES, ASUNCAMI, Redvihda, Vivo en Positivo, MAN B, Fundación Cuerpo de Cristo, JLU, Colmena Juvenil, llegan a población en edad escolar (colegios y escuelas).

En la actualidad del Ministerio de Educación y Culturas, está incorporando de manera sistemática el tema de la sexualidad con un componente de prevención del VIH, por lo que pronto podremos determinar el número de establecimientos de educación que han impartido enseñanza relacionada a la prevención del VIH.



4. Conocimiento y Comportamiento

4.1. Conocimiento acerca de las formas de prevención de la transmisión del VIH

Los conocimientos de los jóvenes respecto al VIH son altos en la población general. En los últimos años se ha incrementado la información para los jóvenes, a través de acciones de prevención de los Programas Departamentales de ITS VIH SIDA e instituciones que brindan información sobre el VIH en centros educativos. Si bien un 23,6% de un grupo total representa un porcentaje que debe incrementarse, debemos notar que del total de personas encuestadas el 23,6% responde satisfactoriamente a las 5 preguntas planteadas en la ENDSA, similares a las descritas en las Directrices. Podemos asumir que existe conocimiento respecto a las formas correctas de prevención del VIH y el rechazo a las ideas erróneas de transmisión del virus, es un punto de partida para incrementar la cantidad de personas con conocimientos de VIH, difundiendo masivamente la información. Se destaca que se rechaza la idea que “el VIH se trasmite por la picadura de mosquito” y “si el VIH se trasmite por compartir comida con una persona con VIH”, no obstante se debe trabajar más para que la población general rechace las ideas erróneas, que alimentan el estigma y la discriminación hacia las PVVS.

Cuadro No. 16

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus²⁹

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	264	1.110	23,8 %	702	3.518	20,0 %
20-24	264	795	33,2%	698	2.737	25,5 %
Total 15 - 49	528	1.904	27,7%	1.400	6.256	22,4 %

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

²⁹En las Directrices las preguntas que se deben formular son: 1. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada? Para realizar este indicador, en la ENDSA se han planteado las siguientes preguntas: ¿Pueden las personas evitar contraer el virus que causa el SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel que no esté transmitida?, ¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA por la picadura de mosquitos?, ¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?, ¿Puede una persona contraer el virus que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene Sida?, ¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus del SIDA?. El numerador se obtiene del total de las personas que responden correctamente a las 5 preguntas, el denominador lo constituyen todas las personas encuestadas (que incluye a aquellas que respondieron “no se” a alguna o todas las preguntas planteadas)

En la ENDSA 2003 se plantearon sólo 2 preguntas que son: ¿Se puede reducir la probabilidad de infección de VIH teniendo una sola pareja fiel no infectada? y ¿Los condones son un método efectivo para reducir la transmisión del VIH SIDA?, por lo que en anteriores informes de país, no se pudo reportar este indicador.



Si bien el porcentaje de personas que conocen el resultado de la prueba de VIH es bajo (indicador N° 7 del presente informe), en este indicador se puede observar un resultado distinto en términos numéricos, podemos presumir que en los últimos años se ha incrementado el conocimiento en jóvenes porque hay más información disponible.

Los jóvenes tienen mayor información respecto al VIH, esto puede deberse a las acciones de sensibilización y capacitación que los Programas Departamentales de ITS VIH SIDA y de otras instituciones locales, por lo que estas acciones deben mantenerse e incrementarse. Un área de intervención importante para aumentar el conocimiento en la población son las escuelas y colegios, donde el Ministerio de Educación debe responsabilizarse por incluir en el currículo, el tema de VIH de manera efectiva.

Es muy importante poder contar en las ENDSAs futuras con las mismas preguntas referidas al tema de VIH. También es importante poder mejorar las preguntas para referirse exclusivamente al VIH en vez de sida, para empezar a diferenciar ambos términos.

Cabe notar que gracias a los esfuerzos del Programa Nacional de ITS VIH SIDA, se ha logrado incluir estas preguntas de conocimiento sobre el VIH en la ENDSA 2008, motivo por el cual se puede reportar este indicador, Del mismo modo otras instituciones como el UNFPA han ayudado a que el INE tenga más apertura para mejorar la boleta.

El análisis de conocimiento en las poblaciones más expuestas se realiza a partir de los resultados del estudio SEMVBO y las encuestas CAP.

El conocimiento de la población GBT y HSH respecto al VIH es alto, en comparación con el dato obtenido en población general de 15 a 24 años, llegando a un 55% en promedio, en jóvenes menores de 25 años el indicador desciende a 53%, mientras que en personas mayores de 25 años el indicador es de 58%, principalmente hay que destacar que dentro de las 5 preguntas 2 se refieren a la actitud respecto al VIH rechazando la idea errónea que el VIH se transmite por el mosquito y por compartir alimentos con una PVVS. En el caso de la población GBT y HSH participante del Estudio SEMVBO, se puede decir que más de la mitad tiene conocimientos sobre el VIH, principalmente las formas de prevención, que puede repercutir en la forma en que se protegen contra el VIH. También en la pregunta sobre la posibilidad de transmisión de VIH compartiendo comida, las personas tienen una buena información y a través de este resultado podemos trabajar de mejor manera el estigma hacia las personas con VIH.



Cuadro No. 17

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH³⁰

Población GBT y otros HSHS por grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Identifica correctamente las formas de prevención y rechaza ideas erróneas	Muestra total	%
Menos de 25 años	306	574	53 %
De 25 o más años	257	445	58 %
Total	563	1019	55 %

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) – 2008

La información con la que cuentan los participantes de esta muestra en particular es buena. Se debería mantener esa misma calidad de información y convertir el conocimiento en actitudes y prácticas.

Se debe diseñar una estrategia para incrementar los conocimientos en los GBT Y HSH, porque por ejemplo, si una persona cree que el VIH se trasmite por la picadura de mosquito puede debilitar la motivación para adoptar comportamientos sexuales seguros (Directrices para el Desarrollo de Indicadores UNGASS). La información sobre VIH que se difunda a esta población debe tomar en cuenta estos aspectos, incluyendo el aspecto del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH, puesto que una persona sensibilizada tiene más predisposición de realizarse la prueba de VIH y tomar acciones de protección en su salud.

Para el caso de la población trabajadoras sexuales, se observa a partir de las encuestas CAP del RP que casi la mitad de las entrevistadas conoce las formas de prevención del VIH a nivel nacional y principalmente rechaza ideas erróneas.

³⁰Para la obtención de este indicador se debe realizar las siguientes preguntas a la población objetivo: 1 ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada? El Estudio SEMVBO la pregunta que difiere algo es la 5 ¿Se puede contraer el VIH compartiendo comida con una persona infectada?, pero la diferencia es semántica.

El numerador se obtiene del total de las personas que responden correctamente a las 5 preguntas, el denominador lo constituyen todas las personas encuestadas (que incluye a aquellas que respondieron “no se” a alguna o todas las preguntas planteadas)

En las directrices se recomienda basarse en una encuesta demográfica en la población objetivo, en este caso el Estudio SEMVBO ha sido llevado a cabo en 3 de las ciudades más grandes de Bolivia, que concentran casi el 90% de los casos registrados de VIH, por lo que podemos afirmar que la muestra es representativa



Cuadro No. 18

Bolivia: Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH³¹

Población TS por Grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
Menos de 25 años	41	86	48 %	30	74	41 %
De 25 o más años	38	93	41 %	57	109	52 %
Total	79	179	44 %	87	183	48 %

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS

La tendencia para ambas gestiones es similar, y esto puede ser alentador viendo que la información está presente, pero también este indicador como se ha observado a lo largo del informe, ha subido, por lo que las acciones de prevención e información están teniendo resultado.

Llama la atención que el conocimiento en poblaciones vulnerables, es mayor que en población general, duplicando el número de personas que responden correctamente a las 5 preguntas planteadas, esto nos muestra que el trabajo de prevención que se está haciendo es bueno, pero no se debe descuidar de seguir realizando mayores esfuerzos para que el porcentaje de personas con conocimientos correctos sobre la prevención del VIH y que rechace las ideas erróneas, se incremente.

Dentro de las líneas estratégicas comunicacionales se debe incluir a esta población, elaborando material informativo para el cambio de conductas y comportamientos, la información que debe llegar a esta población tiene que incluir el aspecto sobre los mitos, que desmotivan la toma de acciones de protección en las relaciones sexuales, por ejemplo “el reconocer el VIH por el aspecto de la persona”

Las capacitaciones deben ser más personalizadas para asegurar la participación de las TS.

Se debe alcanzar a las TS no registradas, por estar en mayor vulnerabilidad que las TS registradas en los CDVIR.

³¹ Para la obtención de este indicador se debe realizar las siguientes preguntas a la población objetivo: 1 ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada? 2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos? 3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH? 4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito? 5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?. Las preguntas de las encuestas CAP del PR del FM, son similares, se las enuncia a continuación: ¿Puede una persona adquirir el VIH por una picadura de mosquito? ¿Puede una persona adquirir el VIH por compartir una comida con alguien que vive con VIH/SIDA? ¿A una persona que vive con el VIH se la puede reconocer por su aspecto? ¿Los métodos de prevención para el VIH son: fidelidad mutua, abstinencia, uso correcto y sistemático del condón? ¿El uso correcto y consistente del condón de látex es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH?



En el caso de la pregunta sobre la pareja fiel no infectada, no existe una pregunta similar, pero en la entrevista se pregunta si la fidelidad mutua es un método para prevención del VIH..

Del mismo modo se debe enfocar la información a las TS más jóvenes (menores de 25 años) quienes manifiestan un conocimiento del VIH menor al de las TS mayores de 25.

Como se ha mencionado el total de entrevistados asciende a 183 TS, que representa a los 9 departamentos de Bolivia. Las preguntas son bastante similares a las planteadas en las Directrices, pero nótese que las personas que han respondido a esta encuesta han participado en programas de prevención de VIH, que de algún modo tienen mayor información que alguien que no ha participado de ningún programa.

El estudio “**Diagnóstico en una de las poblaciones más vulnerables al VIH: la población Trans que se dedica al trabajo sexual**”³² muestra que el 32,6% de la población entrevistada identificó correctamente las formas de prevenir la transmisión de VIH y rechazó los conceptos erróneos sobre la transmisión del virus. Haciendo la diferencia por edades, tan sólo el 27,6% de la población trans menor de 25 años conoce estos conceptos; mientras que el 36,7% de las personas mayores de 25 años respondió correctamente (porque no son todas formas de prevención). Pocas entrevistadas mencionaron la fidelidad y abstinencia, esto posiblemente se debe al ejercicio del trabajo sexual y por esta razón respondieron que estas medidas de prevención no era aplicable para ellas (Formas de prevención del VIH: uso del condón: 96%, abstinencia: 45,3%, fidelidad: 38,7%)

Para obtener los porcentajes y contar con datos que nos sean útiles se ha utilizado la encuesta disponible que se realizó en población trans, dentro de estas preguntas señalamos las que se ha escogido y son lo más similares a las encuestas que las Directrices recomiendan, estas son: ¿Con sólo ver a un cliente, usted sabe si él tiene o no VIH?, Sabe cómo se transmite el VIH/sida? (por...Por relaciones sexuales vaginales, Por relaciones sexuales anales, Por la picadura de mosquitos, Por compartir vasos y platos), Qué puede hacer una persona para evitar adquirir el VIH? (Usar condón, Fidelidad, abstinencia). Las personas que contestaron correctamente a todas las preguntas son el numerador. El denominador es el total de la muestra.

Es notable la diferencia de conocimientos que existe de acuerdo a la edad, las personas mayores de 25 años tienen más conocimientos, por lo que las acciones deben estar orientadas a trans más jóvenes, esto implica estrategias para personas jóvenes.

³² Aunque la muestra no es representativa a nivel nacional, sin embargo por el interés con el que se ha realizado esta investigación y la disponibilidad de los datos es que se incluye en el informe narrativo.



4.2. Inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años.

En promedio el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años en población general es de 9,8%. Esto representa que una de cada 10 personas ha tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. Esto es un buen indicador para trabajar la prevención, puesto que mientras retrasamos más el inicio de las relaciones sexuales, podemos llegar a esa población joven con información sobre los derechos sexuales y reproductivos, para que puedan tomar decisiones responsables, ya que la educación sexual es muy importante para la prevención del VIH. Es importante remarcar que los jóvenes de 20 a 24 años han iniciado su actividad sexual antes de los 15 años en un 15,4%, bastante más alto que el caso de las mujeres que en el mismo rango de edad el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años es de 6,6%, algo menos de la mitad con respecto al resultado de los hombres. Esto puede deberse principalmente a la presión social con una tendencia machista que induce a los hombres a adelantar el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, mientras que a la mujer se le obliga a mantener un tipo de comportamiento aceptado en la sociedad.

Cuadro No. 19

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años de edad³³

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Inicio antes de los 15 años	Muestra total	%	Inicio antes de los 15 años	Muestra total	%
15-19	116	1110	10,4 %	255	3.518	7,3 %
20-24	122	795	15,4 %	182	2.737	6,6 %
Total 15 - 49	238	1904	12,5 %	437	6.256	7,0 %

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

De acuerdo al análisis de los indicadores de la ENDSA 2008, en promedio, las personas han iniciado sus relaciones sexuales a los 18 años, en hombres en promedio el inicio de la actividad sexual es a los 17,1 años y en las mujeres 19,7. Los hombres inician su actividad sexual antes que las mujeres.

Si bien es importante el retraso en el inicio en las relaciones sexuales, vemos que los varones se exponen más a las ITS y el VIH en relación a las mujeres.

³³ Para obtener el indicador las Directrices establecen una pregunta: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad. Las personas que responde son el numerador, el denominador es el total de entrevistados.

Se debe enfocar el trabajo de prevención en mujeres jóvenes, ya que a más temprana edad tienen mayores posibilidades de una infección con el VIH porque fisiológicamente sus cuerpos no están listos para una relación sexual lo cual causa más heridas pequeñas a esta edad y son receptoras, en cambio los varones no. Además son más vulnerables por el machismo, violencia sexual, menores posibilidades de negociación del uso del condón.

Para el trabajo de prevención con la población joven, es importante considerar educación en la sexualidad con enfoque de género, es decir que se incluya los temas que nos “hacen ser hombres y mujeres”, para que los jóvenes comprendan que los roles de género se convierten en una barrera al momento de tomar decisiones.

Es muy importante hacer el análisis de la edad de inicio de las relaciones sexuales, ya que podemos mejorar la educación sexual responsable, considerando que la mayoría de las personas puede inferirse que inician su actividad sexual luego de concluir la enseñanza secundaria, esto nos posibilita diseñar mejores estrategias de intervención en educación sexual para la prevención del VIH.

Como dato referente, en Bolivia, el 15% de las mujeres y el 18% de los hombres han tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, de acuerdo a la ENDSA 2003. Es importante que se haga esta comparación para conocer que el porcentaje de inicio de actividad sexual antes de los 15 años, pero en la encuesta de salud 2003, no se ha disgregado por rango de edades, por lo que se entiende que del total de hombres y mujeres de 15 a 49 años representan el total de la muestra.

4.3. Uso del condón en relaciones sexuales de alto riesgo

Este indicador permite medir el riesgo de adquirir el VIH, ya que con mayor número de parejas sexuales se incrementa la probabilidad de infección por VIH si no se toman las medidas adecuadas, para lo cual se plantea el indicador 17.

El promedio de hombres de 15 a 49 años, que ha tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses es de 12.1%, que es un porcentaje bajo, pero debemos observar que en el rango etáreo de 20 a 24 años, el porcentaje aumenta, mostrando que 2 de cada 10 hombres de esas edades han mantenido relaciones sexuales con más de una pareja sexual. En este contexto es importante llegar con actividades dirigidas a jóvenes varones para que puedan acceder a programas de prevención de VIH e ITS.



Cuadro No. 20

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses ³⁴

Grupos de edad	Hombres			Mujeres ⁽¹⁾		
	Tuvo más de una pareja	Muestra total	%	Tuvo más de una pareja	Muestra total	%
15-19	107	1.110	9,7 %	ND	ND	ND
20-24	168	795	21,1 %	ND	ND	ND
25-49	342	3.192	10,7 %	ND	ND	ND
Total 15 - 49	617	5096	12,1 %	ND	ND	ND

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

⁽¹⁾La ENDSA 2008, no incluye esta información en mujeres.

Se puede concluir que los varones se exponen más ante conductas de riesgo de adquirir el VIH, es importante motivar a las instituciones a que desarrollen programas y acciones dirigidas a hombres, en especial varones jóvenes. Se debe desmitificar la creencia popular y el refuerzo social que alienta a un varón para que tenga más de una pareja sexual.

Del mismo modo se debe trabajar en el empoderamiento de la mujer, para evitar que se perpetúe esta situación, que también la mujer tiene el derecho de decidir no tener o no, relaciones sexuales, bajo las condiciones del uso del condón, en la educación de los hijos, influir con valores positivos de autocuidado, del ejercicio pleno de los derechos sexuales sin que el medio social fuerce situaciones que ponen en riesgo la salud de las personas.

Dado el contexto de inequidad de género, estas preguntas sólo se pudieron proponer para la entrevista de los varones.

En el área rural o periurbana la mujer debe responder a la encuesta en presencia del esposo, por lo que esta pregunta no se la propuso para el cuestionario de la mujer. También el resultado puede contener el sesgo de deseabilidad social, que se refiere a que las personas (en este caso varones) responderán a la pregunta, como socialmente se espera (no he tenido más de una pareja), es por eso que el grupo muestral es de 617 varones que responden a la pregunta.

Es un logro el haber incluido estas preguntas dentro de la ENDSA, puesto que nos ayuda a analizar el contexto de la epidemia en Bolivia.

³⁴ Las Directrices plantean indagar si la persona ha tenido más de una pareja sexual en el último año que se representa en el número de entrevistados de 15 a 49 años de edad que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses. En el ENDSA se pregunta: Durante los últimos 12 meses ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente (a la pareja estable)? El total de hombres que respondieron a la pregunta afirmativamente son el numerador, el denominador es el total de la muestra



El uso del condón en hombres que han tenido más de una pareja sexual no es óptimo, alrededor de 35%, lo que significa que un 65% de hombres han estado en situación de riesgo. Pero además se observa que entre las edades de 15 a 19 y de 20 a 24 años, cuatro de cada 10 varones ha tenido una situación de riesgo ante el VIH, este porcentaje sube llegando casi a una diferencia de 10% con respecto al rango de 25 a 49 años. El condón es eficaz siempre y cuando se utilice sistemáticamente, el error radica cuando uno lo hace ocasionalmente, exponiéndose a las ITS o al VIH, por eso este indicador mide de alguna forma la tendencia de la consistencia del uso del condón, es decir cuando una persona declara que en su última relación sexual utilizó el preservativo, es más probable que lo haga frecuentemente.

Es importante dejar claro que, si bien el indicador muestra un bajo porcentaje de uso de condón, el tamaño de la muestra es pequeño llegando a un total de 617 hombres.

Cuadro No. 21

Bolivia: Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual³⁵

Grupos de edad	Hombres			Mujeres ⁽¹⁾		
	Uso condón	Muestra total	%	Uso condón	Muestra total	%
15-19	47	107	44,2%	ND	ND	ND
20-24	66	168	39,1%	ND	ND	ND
25-49	105	342	30,6%	ND	ND	ND
Total 15 - 49	218	617	35,3 %	ND	ND	ND

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)- 2008

(1) La ENDSA 2008, no incluye esta información en mujeres.

En los anteriores indicadores hemos observado que existe el conocimiento en la población más joven, pero también este resultado nos orienta a que la epidemia está en manos de los varones, dado el contexto de machismo e inequidad de género, por lo que hay que volcar los programas de prevención a mejorar la comprensión del VIH, con enfoque de género y del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Al igual que el indicador 16 reportado en el presente informe, sólo se ha podido formular las preguntas correspondientes a los varones.

³⁵ Para obtener el denominador las Directrices plantean 2 preguntas: “en los últimos 12 meses, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones Sexuales? (si la respuesta es afirmativa se indaga la siguiente pregunta. ¿Usted o su pareja usaron un preservativo durante la última relación sexual?”. Sin embargo en el ENDSA se pregunta: ¿La última vez que pagó por tener relaciones sexuales usaron condón? Lo importante es que se puede indagar el uso del condón en una relación de alto riesgo.



La importancia del dato radica en que se entiende que los varones pueden exponerse a sí mismos, a situaciones de riesgo de adquirir el VIH, aunque las preguntas de las Directrices no son exactas a las de la ENDSA, pero nos ayudan a analizar este contexto en el cual los varones se exponen a situaciones de riesgo.

En el caso de poblaciones vulnerables el uso del condón en la última relación sexual de alto riesgo se analiza los datos de las encuestas CAP y el estudio SEMVBO.

Cuadro No. 22.1

Bolivia: Porcentaje de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente³⁶

Población TS por Grupos de edad	Encuesta CAP - 2008			Encuesta CAP - 2009		
	Uso condón	Muestra total	%	Uso condón	Muestra total	%
Menos de 25 años	67	86	78 %	65	74	88 %
De 25 o más años	63	93	68 %	94	109	86 %
Total	130	179	73 %	159	183	87 %

Fuente: Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas RP, asociación IBIS - HIVOS

Observamos a través de ambos años, como se ha incrementado el uso del condón, para el año 2008 teníamos un 73%, mientras que para el año 2009 este porcentaje sube en 14% llegando a ser un 87%.

Las acciones en esta población respecto al uso del condón parecen ser adecuadas, puesto que se refleja en los datos y el incremento de declarar el uso del condón con el cliente más reciente.

Existe un porcentaje alto de uso de condón, en números enteros 8 de cada 10 TS utilizaron condón con su último cliente. Este dato es muy importante, ya que el porcentaje es de 87% en promedio, diferenciándose en ambas edades sólo en un 2% en mayores de 25 años 88% y en menores 86%.

De acuerdo al análisis se puede observar el alto uso de preservativo en esta población, ya sean TS varones o mujeres, al parecer las acciones de sensibilización al uso del condón están siendo efectivas, por lo que hay que revisar las prácticas respecto a este tema, para tener un bagaje de lecciones aprendidas, que puedan ser replicadas en otras poblaciones. Sin embargo se debe apuntar a lograr que el 100% de los y las entrevistadas declaren el uso del condón.

³⁶ La pregunta que se realiza para determinar este indicador es: "¿Ha usado un preservativo con su cliente más reciente?". En el caso de las encuestas CAP, la pregunta planteada es: ¿la última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente uso condón? Las personas que responden afirmativamente entran en el numerador, el total de la muestra es el denominador.

La muestra de esta encuesta es de 183 TS mujeres, podría pensarse también que el uso de condón está relacionado con la disponibilidad del mismo, ya que muchas de las personas entrevistadas participaron de programas de prevención, por lo que se deben mantener y ampliar los programas para esta población.

En el caso de trabajadores sexuales hombres, el estudio SEMVBO, incluye una pequeña submuestra según la cual un 81% de los GBT y HSH declara el uso del preservativo. Podemos observar que el uso del condón es alto, pero el indicador debiera subir a medida que se informa a la población GBT y HSH sobre las formas de protegerse del VIH. Este es un indicador que nos muestra el riesgo al que se exponen las personas frente al VIH, lo más apropiado para reducir este riesgo, es que el resultado se vaya incrementando y el uso del condón se acerque al 100%, esto disminuiría significativamente la incidencia de VIH en población que ejerce el comercio sexual y los clientes.

Cuadro No. 22.2

Bolivia: Porcentaje de varones y mujeres profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente³⁷

Población TS (varones) por Grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Uso condón	Muestra total	%
Menos de 25 años	85	103	83 %
De 25 o más años	62	79	78 %
Total	147	182	81%

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) - 2008

Los TS varones pueden estar expuestos a más riesgo de adquirir el VIH y otras ITS, puesto que los servicios de atención en salud CDVIR, están estigmatizados, y las persona prefieren no recurrir a estos servicios. La forma de llegar a esta población es a través de servicios de capacitación ofrecidos por instituciones que trabajan en la prevención de VIH para población GBT.

El subgrupo identificado como TS varones, hacen un total de 182 personas. La pregunta a la que se hace referencia es “¿En su última relación sexual remunerada ha utilizado el condón?”. Bastante similar a la pregunta planteada por las Directrices UNGASS 2010. Si bien el grupo muestral no es representativo, se ha considerado importante visibilizar a los TS varones dentro de los indicadores UNGASS 2010.

³⁷ La pregunta que se realiza para determinar este indicador es: “¿Ha usado un preservativo con su cliente más reciente?”, el denominador es el total de encuestados que declara haber recibido remuneración a cambio de tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses. En el Estudio SEMVBO existen 2 preguntas que son equivalentes a las planteadas en el indicador: en los últimos 12 meses ¿ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero?, y “En la última relación sexual a cambio de dinero con su cliente hombre, ¿ha utilizado condón?..”.



El “**Diagnóstico en una de las poblaciones más vulnerables al VIH: la población Trans que se dedica al trabajo sexual**”, revela que el 94,7% indica haber usado condón en la última relación sexual con un cliente.

Es un porcentaje bastante similar al arrojado por las TS mujeres, solamente que se incrementa en un 6.7%, esto representa que muy pocas de las trans en situación de trabajo sexual no usan condón, en números podemos decir que 19 de cada 20 trans usan condón.

Como se mencionó anteriormente, la población trans es altamente vulnerable al VIH, al parecer existe esa conciencia y se refleja en el uso del preservativo, pero se debe mantener las acciones en estas poblaciones para mantener y mejorar este porcentaje.

Dentro del Estudio, se ha determinado que las trans no utilizan el condón regularmente con clientes que son habituales, por lo que demuestra la importancia de extender el servicio de prevención a los clientes.

El reporte de este indicador, permite un análisis comparativo entre las distintas poblaciones, con el fin de evaluar el trabajo que se hace en las intervenciones para prevenir el VIH.

En cuanto a la población GBT y otros HSH, el estudio SEMVBO muestra que sólo un 69% del grupo poblacional ha utilizado condón con su última pareja sexual varón, es decir 3 de cada 10 GBT Y HSH no utilizaron condón en su última relación sexual anal. Se debe mantener los programas actuales de prevención en esta población, dado que el porcentaje puede mantenerse e incrementarse.

Cuadro No. 23

Bolivia: Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual anal con una pareja masculina³⁸

Población GBT y otros HSH por Grupos de edad	Estudio SEMVBO		
	Uso condón	Muestra total	%
Menos de 25 años	354	532	67 %
De 25 o más años	288	402	72 %
Total	642	934	69 %

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) - 2008

³⁸ Las Directrices señalan indagar: “Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal”, en el Estudio SEMVBO la pregunta establecida es: “En los últimos 6 meses ¿qué tipo de relaciones sexuales tiene con pareja ocasional?”, la segunda pregunta es: La última vez que tuvo relaciones sexuales anales con una pareja masculina ¿utilizaron condón?

Las relaciones sexuales anales son de alto riesgo para adquirir el VIH, se debe seguir diseñando nuevas estrategias, novedosas que generen impacto y que apunten a que las personas que tienen relaciones sexuales anales utilicen el preservativo.

Para el país es muy importante informar este indicador, considerando que la epidemia está concentrada en GBT Y HSH. Se debe seguir la tendencia del uso del preservativo y relacionar este indicador con la prevalencia de VIH en GBT Y HSH dado el contexto nacional.

5. Impacto de las políticas y programas de respuesta a la epidemia

5.1. Prevalencia de VIH en la población de 20 -24 años

El indicador muestra que para el año 2009, se reduce esta prevalencia parcial que se mide en un grupo etáreo específico y que representa a toda la población general.

Este indicador en particular, mide la tendencia del VIH en la población más joven (de 15 a 24 años), podemos comparar las distintas cifras arrojadas por año para poder analizar la tendencia del VIH, de alguna manera el indicador mide las nuevas infecciones por VIH en el año, considerando que la población joven está más expuesta y que a mayor edad el comportamiento del VIH se mantiene constante porque la duración promedio de la infección es prolongada. Este indicador es aplicable para epidemias generalizadas, pero en el contexto Boliviano nos sirve para observar el comportamiento de VIH en población general, este dato no puede considerarse como la prevalencia del VIH a nivel nacional.

También es importante notar que se muestran tanto el numerador como el denominador, esto con el fin de contextualizar la situación. En los dos últimos años se ha incrementado la oferta de las pruebas de VIH a mujeres embarazadas, en la comparación vemos que las pruebas no superaban las 4 mil, pero en los dos últimos años esta cifra se incrementa a 15 mil y 39 mil para el 2008 y 2009 respectivamente, esto es sin duda un gran avance en la detección oportuna de casos de VIH a nivel nacional.



Cuadro No. 24

Bolivia: Porcentaje de mujeres embarazadas VIH (+) de 15 a 24 años respecto al total de pruebas de VIH realizadas en ese grupo poblacional, 2006 - 2009 ³⁹

Porcentaje de mujeres embarazadas VIH (+) por grupo de edad	2006	2007	2008	2009
-------------------------------------------------------------	------	------	------	------

Numerador: Mujeres embarazadas VIH (+) de 15 a 24 años de edad

15 – 19 años	5	6	12	14
20 – 24 años	7	7	22	32
Total	12	13	34	46

Denominador: Mujeres embarazadas con prueba de VIH en centros materno infantiles

15 – 19 años	1099	1652	5425	8840
20 – 24 años	1089	1791	10015	20811
Total	2188	3443	15440	29651

Porcentaje de mujeres embarazadas VIH (+) por grupo de edad

15 – 19 años	0,45%	0,36%	0,22%	0,16%
20 – 24 años	0,64%	0,39%	0,22%	0,15%
Total	0,55%	0,38%	0,22%	0,16%

Fuente: Programa Nacional de ITS/ VIH/SIDA - MSD

Es necesario establecer centros de vigilancia centinela de acuerdo a protocolos internacionales y en el marco de la Ley 3729, con el fin de poder controlar el avance del VIH, que se mide a través de las pruebas de VIH en mujeres gestantes que asisten a controles prenatales. Los CDVIR podrían reportar el género y la edad de los usuarios que se someten a la prueba del VIH, para poder analizar la tendencia de las personas que se realizan la prueba del VIH.

El indicador no mide la prevalencia de VIH por año, como tal, lo que se pretende al reportar este indicador, es analizar el cambio que existe del VIH en la prevalencia nacional, si existe consistencia y también medir indirectamente una aproximación a la incidencia.

Cabe notar que en el país en la actualidad no existen sitios centinelas para realizar este control en población más joven, pero se ha podido obtener los datos de las mujeres que asisten a los hospitales para el control prenatal donde se les ha ofrecido la prueba voluntaria de VIH, pudiendo separar al total de las mujeres con la prueba de VIH (36 mil y 79 mil para las gestiones 2008 y 2009 respectivamente), por grupos etáreos de 15 a 19 y de 20 a 24 años, para obtener el indicador.

³⁹ Para construir el indicador se necesita contar con datos de centros de vigilancia centinela, y se toma en cuenta como numerador el número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) cuyos resultados en la prueba del VIH son positivos. El denominador es el número de asistentes a dispensarios de atención prenatal (de 15 a 24 años) que se sometió a la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.

En general en los centros de atención prenatal a nivel nacional se atienden exclusivamente a mujeres embarazadas y el indicador no toma en cuenta a varones comprendidos en esa edad.

Este indicador no representa una reducción de la prevalencia de VIH en población general, los datos obtenidos pueden haber variado por el volumen de pruebas ofertadas a mujeres embarazadas.

El indicador de prevalencia en el grupo de 20 a 24 años permite medir los objetivos de desarrollo del milenio, en este contexto la prevalencia estimada en este grupo es de 0,02% para la gestión 2009.

5.2. Prevalencia de VIH en poblaciones vulnerables

En el año 2003 se determinó la prevalencia del VIH en HSH en un 12.8%⁴⁰, desde entonces sólo se había reportado los casos con las fichas de notificación que no respondían a las Directrices UNGASS, sin embargo en la actualidad podemos reportar el indicador, para fines prácticos y estadísticos se utiliza la proporción ajustada para denotar que a nivel nacional la prevalencia del VIH en GBT Y HSH es de un **11.6%**, algo menor respecto al dato de 2003.

Cuadro No. 25

Bolivia: Porcentaje de población GBT y otros HSH VIH (+) reportados en el estudio SEMVBO⁴¹

Población GBT y otros HSH, VIH (+)	Cochabamba	Santa Cruz	La Paz - El Alto	Nacional
Pruebas Seropositivas	35	60	13	108
Pruebas realizadas	232	361	203	796
Proporción ajustada	10,20%	15,00%	9,60%	11,60%

Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia

Podemos estar seguros que la epidemia sigue con una alta prevalencia en GBT Y HSH, por lo que los esfuerzos deben incrementarse para atender a esta población.

Es importante notar que existen diferencias sustanciales entre los distintos departamentos, en el caso de Santa Cruz, la prevalencia alcanza un 16.6%, la más alta del país, seguido de Cochabamba con un 15.1%, y La Paz, que tiene una prevalencia baja de 6.4% bastante menor (algo menos de la mitad) con respecto a los otros departamentos.

⁴⁰Informe de Recopilación de datos de César Cárcamo 1987-2002 (OPS)

⁴¹ El indicador se construye a partir de un estudio de vigilancia de segunda generación que incluye datos de comportamiento y de muestras biológicas para la prevalencia de ITS y VIH y la incidencia del VIH (SEMVBO) Se establece el número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH, se divide entre el total de los miembros de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba en el último año.

En el Estudio SEMVBO, uno de los objetivos ha sido determinar la prevalencia del VIH en población GBT y HSH, a través de la investigación. Resultado de este Estudio, es que se pudo obtener la prevalencia, que sólo se puede aplicar a los departamentos en los cuales se ha realizado la investigación.



La prevalencia en GBT y HSH es alta, por lo que se están realizando esfuerzos por revertir esta situación. Uno de estos esfuerzos es la Planificación de estrategias de intervención para la población GBT y HSH, con el apoyo de instituciones interesadas en la temática y el PNS.

Se ha tomado la proporción ajustada para determinar la prevalencia de VIH. Este dato confirma que la prevalencia está en los GBT Y HSH. Es importante revisar si los programas de prevención dirigidos a esta población han tenido el efecto deseado o si se debe diseñar una estrategia conjunta que pueda mejorar el desempeño de los programas de prevención a nivel nacional.

El estudio se realizó con la metodología RDS, por lo cual la referencia a "prevalencia ajustada" o "proporción ajustada" responde al factor de ajuste definido en el RDSAT para las muestras aplicadas en cada ciudad.

Cuadro No. 26

Bolivia: Porcentaje de trabajadoras sexuales VIH (+)⁴²

Gestión	2008	2009
Casos de VIH en TS	41	27
TS usuarias de los CDVIRS	5802	6993
Porcentaje de TS VIH(+)	0,71%	0,39%

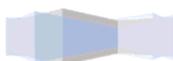
Fuente: Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia

Desde la creación de los CDVIR, los centros han cumplido la función epidemiológica asignada, por lo que se puede contar con datos, en especial en TS.

Se puede observar que para la gestión 2008, la prevalencia en TS es de 0.71%, mientras que para la gestión 2009 esta prevalencia baja a un 0.39%. La prevalencia de VIH en los últimos años se ha mantenido constante, no ha sufrido variaciones que nos puedan hacer sospechar que la prevalencia sea más alta.

Los CDVIR han demostrado ser el espacio al que las TS pueden recurrir para encontrar atención médica, atención en ITS, provisión de condones, consejería y pruebas de laboratorio. Como se ha establecido en el PEM se deben mantener las acciones en el tema de capacitación y prevención en esta población.

⁴² El indicador se construye a partir de datos de centros de vigilancia centinela, se establece el número de miembros de poblaciones más expuestas con resultado positivo en la prueba del VIH, se divide entre el total de los miembros de las poblaciones más expuestas que se sometieron a la prueba en el último año.



En el caso de los CDVIR, se tiene un número total de consultas, y de ingresos nuevos de TS al CDVIR. El cálculo omite a personas que repiten la consulta, de este modo es que se calcula el total de TS.

Se debe extender el servicio de prevención a clientes de TS, que también se constituyen en riesgo por la falta de información, que no está dirigida necesariamente a ellos.

En la actualidad se está llevando a cabo el Estudio PREVETS, donde se podrán obtener otros datos importantes de prevalencia de ITS y VIH que sirven para diseñar estrategias orientadas a la prevención de las ITS y el VIH. Este estudio incluirá TS registradas y no registradas.

El indicador refleja la tendencia del VIH en TS, además de haber sido tomado de los CDVIR, donde se concentra la información. Puede existir una subestimación del número total de TS a nivel nacional ya que se calcula que sólo el 29,9% de las TS asisten a los CDVIR y están registradas, no existe un estudio reciente que pueda acercarnos a la proporción de TS en registro. El indicador refleja que se conoce la prevalencia de las TS registradas.

5.3. Tratamiento del VIH: supervivencia después de 12 meses de terapia antirretroviral

El indicador tiene como objetivo determinar la supervivencia de las PVVS en tratamiento, en cohortes de 12 meses. Si bien que las personas recojan los medicamentos regularmente no significa necesariamente que las personas que abandonan el tratamiento o se pierdan en el seguimiento hayan fallecido, por lo que se puede subestimar la supervivencia de las PVVS. Los que nos muestra el indicador es el porcentaje de personas que siguen con vida y con tratamiento antirretroviral, en un período de 12 meses, esto significa que en el año 2008 esta supervivencia llega al 63%, mientras que para el año 2009 asciende a 79%.

Idealmente se quiere llegar al 100%, pero este indicador puede esconder a las personas que han dejado el tratamiento y que siguen con vida.

La importancia de este indicador radica en el sistema de seguimiento de las PVVS en TARV, en especial de las personas que han iniciado la terapia con infección avanzada, es recomendable hacer este seguimiento exhaustivo de cada persona para determinar la efectividad del TARV.

El indicador tiene como objetivo determinar la supervivencia de las PVVS en tratamiento, en cohortes de 12 meses. Si bien que las personas recojan los medicamentos regularmente no significa necesariamente que las personas que abandonan el tratamiento o se pierdan en el seguimiento hayan fallecido, por lo que se puede subestimar la supervivencia de las PVVS. Los que nos muestra el indicador es el porcentaje de personas que siguen con vida y con tratamiento antirretroviral, en un período de 12 meses, esto significa que en el año 2008 esta supervivencia llega al 63%, mientras que para el año 2009 asciende a 79%.



Idealmente se quiere llegar al 100%, pero este indicador puede esconder a las personas que han dejado el tratamiento y que siguen con vida.

La importancia de este indicador radica en el sistema de seguimiento de las PVVS en TARV, en especial de las personas que han iniciado la terapia con infección avanzada, es recomendable hacer este seguimiento exhaustivo de cada persona para determinar la efectividad del TARV.

Indicador 24 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica.

Cuadro No. 27

Bolivia: Porcentaje de adultos y niños con VIH que sigue con vida y se tiene constancia que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral⁴³

Porcentaje de personas VIH (+) que continúa en tratamiento	2008		2009	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres

Numerador: Número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciado el tratamiento

Menores de 15 años	10	7	18	12
De 15 años o más de edad	263	112	398	195
Total	273	119	416	207

Denominador: total de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información

Menores de 15 años	19	12	24	16
De 15 años o más de edad	396	192	490	260
Total	415	204	514	276

Porcentaje de personas VIH (+) que continúa en tratamiento 12 meses después

Menores de 15 años	1,6 %	1,1 %	2,3 %	1,5 %
De 15 años o más de edad	42,5 %	18,1 %	50,4 %	24,7 %
Total	44,1 %	19,2 %	52,7 %	26,2 %

Fuente: Programa Nacional de ITS/ VIH/SIDA – MSD – RP Asociación IBIS - HIVOS

⁴³ Para obtener este indicador se debe hacer un estudio de cohorte, realizando el conteo de personas en TARV a principio de una gestión, para luego hacer el seguimiento a esas personas después de 12 meses de TARV. El numerador es el número de adultos y niños que sigue con vida y en terapia antirretroviral a los 12 meses de iniciado el tratamiento. El denominador es el total de adultos y niños que inició la terapia antirretroviral y que debía obtener los resultados de 12 meses dentro del periodo de información, incluidos los que fallecieron desde el inicio de la terapia, los que la suspendieron, y los perdidos para el seguimiento hasta el duodécimo mes.



Es importante instituir un sistema único de seguimiento de TARV a las PVVS, una base de datos donde se pueda registrar con un código único o con nombre completo a cada persona, bajo el resguardo de la confidencialidad establecida en la Ley 3729, para poder hacer el seguimiento a lo largo del tiempo. No basta con registrar cuántas veces ha recogido el TARV en el año, también es importante remarcar si ha dejado de recoger, el esquema que tiene, efectos colaterales y a largo plazo, y la adherencia, esto con el fin de determinar en el tiempo la eficacia del TARV.

También es importante implementar un sistema de seguimiento que pueda captar a las personas que han dejado el tratamiento o no asisten a los CDVIR, con el fin de cuidar la vida de la PVVS.

El indicador se ha podido realizar con los datos recolectados por el RP del FM, que ha hecho un seguimiento en los 10 CDVIR a nivel nacional, ya que es un requisito que establece el FM. El RP brindó sólo los datos numéricos desgregados por edad, por lo que se ha mantenido la confidencialidad de las personas.

Los países deben abordar específicamente los vínculos entre el entorno político existente, la ejecución de los programas del VIH, el cambio de comportamiento verificable y la prevalencia del VIH basándose en los datos de los indicadores del UNGASS. Siempre que sea pertinente, dichos datos se presentarán y analizarán por sexo y grupos de edad (15–19 años, 20–24 años y 25–49 años). Los países también emplearán los datos del Índice Compuesto de Política Nacional (véase Apéndice 4) para describir los progresos realizados en materia de desarrollo y aplicación de política y estrategia, e incluir un análisis de las tendencias de los datos clave del Índice Compuesto de Política Nacional desde 2003, siempre que estén disponibles. Se insta a los países a que informen sobre datos adicionales que respalden su análisis e interpretación de los datos del UNGASS.



PRÁCTICAS ÓPTIMAS

Las prácticas que han fortalecido al Programa de ITS VIH SIDA, enmarcados en las políticas de salud, como la rectoría son las siguientes:

- Equipamiento del Programa Nacional con financiamiento de socios para el desarrollo.
- Presentación del Informe de país UNGASS 2007-2008
- Elaboración del Plan Estratégico Multisectorial
- Recomposición y funcionamiento del Comité Fármaco Terapéutico Nacional ITS/VIH/SIDA
- Revisión, Validación, Edición y Publicación de la Guía de Tratamiento Antirretroviral para Adultos.
- Revisión, Validación, Edición y Publicación de la Guía de Tratamiento Antirretroviral para Niños.
- Capacitación a personal de salud (Médicos, Enfermeras, Administradores) sobre la temática de las ITS y el VIH/SIDA.
- Misión del Gobierno de Brasil – Comisión Lazos Sur Sur, para la evaluación técnica, consolidación del Convenio establecido.
- Supervisión, monitoreo y evaluación a los 9 Programas Departamentales de ITS/VIH/SIDA (Santa Cruz, Cochabamba, La Paz, Tarija, Beni, Pando, Potosí, Chuquisaca y Oruro)
- Validación de la Guía de Adherencia Terapéutica en proceso de Impresión y Publicación.
- Validación de la Guía para la Nutrición de PVVS, en proceso de Impresión y Publicación.
- Supervisión y Recolección de Datos para el Reporte de los Informes Q20 y Q21 del Fondo Mundial.
- Implantación de sistema administrativo para la solicitud y programación de recursos, para la ejecución de actividades programadas en el POA 2009.
- Funcionamiento del CONASIDA.
- Sesiones participativas de consenso para la aprobación del Proyecto de Decreto Supremo Reglamentario de la Ley 3729 (en proceso de aprobación por el Poder Ejecutivo).
- Conformación del Comité Interprogramático TB/VIH.



- Actividades colaborativas de atención integral TB/VIH en Centros Penitenciarios en todo el país (Supervisión a Centros Penitenciarios y formación de Responsables Populares de Salud)
- Fortalecimiento del Programa Nacional y Programas Departamentales con recursos humanos para garantizar la atención de las PVVS y población en general.
- Validación y aprobación de la Guía para Transmisión Vertical.
- Relevamiento Biomédico y Tecnológico en los 9 CDVIRs, 5 CRVIS y Laboratorios de Referencia, para detección de necesidades.
- Reunión de evaluación interprogramática TB/VIH (elaboración plan de acciones 2009) ecorregión Valle, Altiplano y Trópico.
- Reunión de Consolidación de 9 CODESIDAs.
- Taller de revisión algoritmos para el Diagnostico de VIH
- Taller elaboración POA 2010 con recursos de la cooperación externa



PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

El Informe de Compromiso de País UNGASS 2010, ha podido reflejar la realidad surgida en el contexto de país. Con el nuevo enfoque de salud que el gobierno actual ha empezado a implementar las políticas de salud se convierten en una prioridad del país.

La aprobación de la Nueva constitución política del Estado, tiene como prioridad la salud de todo habitante del suelo boliviano, en este sentido se han empezado a dar cambios respecto a la epidemia del VIH, es el caso de la reciente aprobación del Decreto Supremo que Reglamentación la Ley 3729 que dará el contexto legal para el cumplimiento y aplicación de la Ley.

Se ha puesto en marcha el funcionamiento del CONASIDA, instancia que ayudará al diseño de políticas integrales y coadyuvará a la aplicación de la Ley., así mismo los CODESIDAS, Consejos Departamentales de Sida, que se convierten en instancias regionales en el marco de las autonomías regionales de Bolivia.

Las gestiones del Programa Nacional de ITS VIH SIDA, con el Programa de VIH de Brasil, han dado como resultado un convenio donde se renueva la donación del Brasil para dotar de 100 tratamientos ARV de primera línea.

Se ha validado y publicado el Plan Estratégico Multisectorial, en el año 2008, que tiene un componente de monitoreo, lo cual brinda un marco de acción en VIH SIDA, para que el Ministerio de Salud y Deportes ejerza su rectoría a través del PNS.

El Estudio SEMVBO, ha permitido la caracterización de la epidemia en el país, mostrando la concentración de la misma en la población GBT y HSH, en este mismo sentido se ha empezado el estudio de PREVETS, Estudio de Prevalencia de VIH en Trabajadores Sexuales.

Es muy importante destacar que la prevalencia del sida ha bajado considerablemente en los últimos años, llegando a un 82 por millón de habitantes, mientras que la detección temprana se VIH, a través de campañas de oferta de la prueba voluntaria, ha permitido que registren nuevos casos en estadio temprano de infección, brindando la oportunidad de planificar mejores acciones para prevenir el sida en las personas.



El mayor logro es la gestión y presentación del Proyecto de fondo Mundial, componente de VIH para la novena ronda, donde el país podrá continuar con las acciones de prevención y atención, ampliando la cobertura, mientras se gestionan los recursos del propio país.

Se reconoce que los constantes cambio de personal dentro de los establecimientos de salud, pueden perjudicar los avances que se tienen para responder a la epidemia, en este sentido, el informe UNGASS ha podido ser desarrollado con el compromiso de los nuevos actores en los centros de salud.

La crisis económica ha golpeado al país reduciendo el PIB, por ende a la distribución de los recursos destinados a la salud.

El Informe UNGASS no es conocido por muchas instituciones, lo cual ha impedido que instituciones que cuentan con datos (por ejemplo partidas de gasto para prevención y atención de VIH), datos estadísticos respecto al alcance de las pruebas de VIH realizadas, e inclusive que los instrumentos que se les ha solicitado formalmente nos puedan hacer llegar debidamente llenado, no han sido reportados oportunamente, llegaron con retraso perjudicando el avance de la consolidación de los datos. Este compromiso puede ser mejorado en la medida que las instituciones se apropien del informe UNGASS, para que se pueda reportar rutinariamente.

Con el fin de mejorar algunas acciones en el país es que se han implementado distintas actividades para dar respuestas al VIH.

Se ha creado el Comité interprogramático del TB VIH, donde se ha aprobado un plan de acción en las siguientes gestiones con el fin de detectar oportunamente el VIH y la TB.

Se ha consolidado el comité fármaco-terapéutico, que ha reducido el criterio de prescripción de medicamentos y ha coadyuvado a la mejora en la prescripción de los fármacos ARV, y otros para enfermedades oportunistas, el comité y otras instancias han cumplido la tarea de aprobar los protocolos para la atención ARV, ARV en niños, Prevención de la transmisión vertical, que han sido publicados.

Un problema que se enfrenta en el país es el estigma y la discriminación que impiden a las personas el acceso a la información y la salud, este tema está contemplado en el PEM, pues se reconoce que la salud no sólo está relacionada con el bienestar físico, también es el bienestar psicológico y social.



Es importante hacer notar que las Directrices para el Desarrollo de Indicadores, se convierten en un obstáculo para el reporte de los indicadores, puesto que el país conoce la forma en la que responde a la epidemia, además algunos indicadores pueden esconder otros datos relevantes, respecto a la mortalidad o efectos adversos del tratamiento, el estigma y la discriminación como barreras para alcanzar el acceso universal.

Cuadro No. 28

Bolivia: Logros, dificultades y soluciones en el marco de la respuesta nacional a la epidemia del VIH/SIDA

No.	Indicadores	logros	dificultades	soluciones
3	Porcentaje de unidades de sangre donada que se analiza para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada	Cumplimiento con la Ley de Bancos de Sangre	Los bancos de Sangre de la Seguridad Social y privados no realizan control de calidad externo	Mayor compromiso desde el Ministerio de Salud y Programa de Sangre Segura para hacer cumplir la Ley de Sangre Segura
4	Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Distribución de ARV y acceso a las pruebas laboratoriales gratuitas. Protocolos de TARV nacionales vigentes	Cambio de autoridades a nivel regional que no dependen del Programa Nacional de ITS VIH SIDA	Rectoría del Ministerio de Salud a través de los CODESIDAS para evitar rotación de personal capacitado
5	Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibió medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno- infantil	Más de 250 centros de salud de atención prenatal que realizan la prueba de VIH	Mayor orden en los centros de salud para solicitar y reportar pruebas de VIH	Capacitaciones continuas de parte del Programa Nacional de ITS VIH SIDA en centros de salud
6	Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Conformación del comité interprogramático de TB VIH	El número reducido de centros de salud donde se atienden a personas con TB que no ofrecen la prueba de VIH	Incrementar el número de centros de salud con enfoque de TB VIH con apoyo del comité interprogramático TB VIH
7	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	Más de 100 mil pruebas de VIH realizadas en el año 2009	Disponibilidad de la prueba de VIH y el personal capacitado en pre y post consejería	Sensibilizar al personal de salud para que ofrezca la prueba de VIH



8	Porcentaje de poblaciones más expuestas GBT y HSH, que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	Se tiene el Estudio SEMVBO, donde se obtuvieron muchos datos relevantes	Ofertar un servicio de salud que incluya la prueba de VIH	Sensibilizar al personal de salud para que atienda sin discriminación a esta población
8	Porcentaje de poblaciones más expuestas TS que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.	Se mantiene la atención medica y ofrecimiento de prueba de VIH en los CDVIR	alcanzar a TS que no están registradas en los CDVIR	A través del estudio PREVETS, se pretende estimar el número de TS, prevalencia de VIH y tener un documento sobre el cual diseñar estrategias
9	Porcentaje de poblaciones más expuestas trans al que llegaron los programas de prevención del VIH.	Se mantiene la atención medica y ofrecimiento de prueba de VIH en los CDVIR	La población es de difícil acceso por la situación de discriminación de la que son objeto	Sensibilizar a la población para acabar con la discriminación enmarcada en la NCPE
10	Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil.	La sociedad civil ha visibilizado la problemática	La ley menciona a los huérfanos pero no existe mecanismo de acción para dar respuesta a este sector	Se debe coordinar con instancias gubernamentales como los Servicios departamentales Sociales para derivar estos casos
11	Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último año académico.	El Ministerio de Educación está comprometido en efectivizar la política en centros educativos	Actualmente no se toca el tema de VIH ni la prevención ya que no está establecido en el sistema educativo	El Reglamento de la Ley 3729 confiere la obligación de impartir educación para la vida en centros educativos
13	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	Los Programas Departamentales de ITS VIH lograron difundir la información de prevención a población general	La información debe ser difundida constantemente por medios de comunicación masiva	El CONASIDA que está establecido diseñara las políticas de difusión de información



14	Porcentaje de GBT y HSH que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	La sociedad civil ha contribuido para la sensibilización de esta población	La epidemia está concentrada en esta población con una prevalencia de 11,6%	Se ha incluido en el PEM actividades que respondan a la epidemia en GBT y HSH
14	Porcentaje de TS que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.	Las TS registradas tienen acceso a la atención médica y pruebas de VIH	El acceso a las TS no registradas es una limitante para mantener medidas de prevención	Estudio PREVETS
15	Porcentaje de mujeres y varones adolescentes y jóvenes que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.	El promedio de inicio de relaciones sexuales es de 18 años, lo cual es positivo	La educación sexual en jóvenes debe ampliarse	La educación en jóvenes debe ampliarse
16	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.	El número total que declara relaciones sexuales de alto riesgo es bajo	La inequidad de género es un tema que debe resolverse	Política de género y de reducción de la brecha entre ambos géneros
17	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	El número total que declara relaciones sexuales de alto riesgo y uso de condón es bajo	Los varones se exponen al riesgo por el machismo, falta información para las mujeres.	Campañas de sensibilización e información sobre el VIH a población general
18	Porcentaje de profesionales del sexo hombres y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente.	Las y los TS registrados acceden a condones gratuitos	Solo el 30% de los y las TS están registrados en los CDVIR	El estudio PREVETS nos proporcionará datos para mejorar las intervenciones con esta población
19	Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual anal con una pareja masculina.	El SEMVBO nos ha brindado datos importantes	La prevalencia se mantiene concentrada en esta población	Se está diseñando estrategias que apunten a la mejora del cuidado de la salud de la población GBT y HSH



22	Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH.	La prevalencia de VIH en población general es baja, pero se ha incrementado la oferta de prueba	No existen sitios centinela para hacer la vigilancia epidemiológica	Se deben establecer sitios de vigilancia centinela, para vigilar la prevalencia de VIH en población general
23	Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH.	Se logró obtener la prevalencia de VIH en GBT y HSH, la prevalencia en TS se mantiene por debajo de 1%	Son poblaciones de difícil acceso por el estigma y la discriminación de la que son objeto	Los CDVIR deben incrementar el alcance a estas poblaciones a través de nuevas estrategias
24	Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretroviral	Guía de TARV y aumento de número de personas en TARV	El estigma y discriminación hacia las personas con VIH SIDA, hace que no accedan a los servicios de salud.	Novena ronda del Fondo Mundial aprobada

Fuente: Elaboración propia en base a los resultados UNGASS 2006-2007 y 2008 - 2009



APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

En el país la respuesta del VIH ha sido sostenida principalmente por el fondo Mundial, sin embargo existe en el país la política para incrementar esta responsabilidad económica al estado. El apoyo que se ha recibido de las distintas agencias de cooperación ha permitido la mejora de procesos y de servicios ofrecidos en el país. El apoyo que genera el FM, se ha invertido principalmente en medicamentos e insumos de salud. USAID a través de Socios para el Desarrollo, apoya al PNS en prevención e investigación en VIH, la OPS/OMS brinda apoyo técnico en el país, en muchos casos a través de recursos humanos. ONUSIDA ha desarrollado acciones concretas, que se han podido canalizar con la presencia de un punto Focal en el país. UNFPA, UNICEF y PMA han colaborado con distintas actividades que apuntan a la atención y prevención del VIH.

Finalmente la GCTH de Brasil, ha brindado apoyo para la implementación de acciones en el país en el tema de atención a través de la dotación de 100 TARV.

Es importante notar que el Programa cuenta con el PEM, por lo tanto es muy importante que las agencias de cooperación se enmarquen en las acciones que el Programa Nacional lideriza.





SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

En el año 1986, se registraron dos personas infectadas con el VIH, como respuesta a esta situación se estableció en el país el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, dando inicio a la búsqueda de personas portadores del VIH e iniciando la recopilación de datos que permitiesen conocer la situación del VIH/SIDA en el país, las posibles vías de transmisión y los lugares posibles de transmisión.

Sin embargo, la organización del sistema de vigilancia epidemiológica, a evolucionado de manera lenta y con debilidades marcadas en cuanto a la recolección de datos, su análisis, la generación de información y su comunicación en los distintos niveles del sistema de salud, lo que ha debilitado al desarrollo del programa de ITS/VIH/SIDA.

La vigilancia regular

Se conoce como vigilancia regular aquella en la cual el proceso de recolección, análisis y difusión de la información de un evento o problema de salud y sus determinantes es continuo y universal, es decir que se recoge la información de la totalidad de eventos que se producen en todo lugar y en todo momento.

En la vigilancia regular los funcionarios recolectan los datos y la información de los casos que las instituciones rutinariamente atienden y registran. Esta forma de recolectar los datos y la información es considerada como pasiva.

En el país este tipo de vigilancia tiene una amplia cobertura, sin embargo no siempre responde a todas las necesidades de información de los Programas, dada la multiplicidad de eventos y problemas de salud a vigilar y la racionalidad del mismo.

Como la vigilancia regular incorpora diferentes categorías de personal: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros, cada una de las enfermedades, eventos o riesgos a informar requieren de definiciones de caso, claras y precisas, ya que los informantes pueden tener diferentes criterios sobre los procesos a vigilar.

La vigilancia centinela

La vigilancia centinela se realiza para cubrir las necesidades de información y de una mayor cantidad y calidad de datos que permitan conocer la tendencia y los factores de riesgo de un problema específico a vigilar.

100



En la vigilancia centinela se hace uso intensivo de los recursos ya que las acciones se encuentran concentradas en un tiempo definido. En este tipo de vigilancia la información

se la obtiene de una muestra lo más representativa posible de la población vigilada, lo que permite hacer inferencias con un alto nivel de confianza estadística.

A través de la vigilancia centinela, es posible tener una idea más precisa de la magnitud y evolución de los problemas. Tiene un menor costo por resultado en comparación a la vigilancia regular y en muchas ocasiones un menor costo global. Como la vigilancia centinela se realiza en menor tiempo permite coleccionar, analizar y diseminar la información, de manera oportuna. Este tipo de vigilancia permite la utilización de métodos clínicos y diagnósticos.

Cuando un programa de control emplea la vigilancia centinela debe establecer claramente la muestra poblacional, los criterios de inclusión y exclusión, la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud que participarán de la vigilancia, el recurso humano capacitado y la red de laboratorios de apoyo.

Operativamente, se basa en la información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación del sistema de salud (unidades centinelas), que se comprometen a estudiar una muestra preconcebida (muestra centinela) de individuos de un grupo poblacional específico en quienes se evalúa la presencia de un evento de interés para la vigilancia (condición centinela).

Para un ejemplo práctico, los pasos para la implementación de esta vigilancia están detallados en el Manual de Capacitación en Vigilancia Centinela del VIH, preparado por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

Las investigaciones y la vigilancia

La investigación como una estrategia de vigilancia es empleada por los diferentes programas de control para que sus intervenciones se realicen sobre la base de resultados científicamente validados, empleando para ello un protocolo de investigación que les permita ordenar el estudio y dar respuesta a la hipótesis enunciada.

Las investigaciones se realizan cuando existen vacíos en el conocimiento de un problema, de ese modo el objetivo de la investigación es “resolver” el problema (o contribuir a resolverlo), proporcionando información suficiente como para hacerlo comprensible o explicable.



El programa de ITS/VIH/SIDA, tiene interés en investigar los comportamientos de los individuos que constituyen los grupos de población más vulnerables dada su importancia en la dispersión de la epidemia o en la prevención y control de la epidemia del VIH, especialmente cuando esta se concentra en las personas cuyos comportamientos son de mayor riesgo.

Esta vigilancia denominada de segunda generación considera a los diferentes estados de la epidemia y por eso es flexible. En nuestro país se recomienda que la recolección de la información se concentre en los grupos de población expuestos al riesgo más alto de infectarse con el VIH, es decir a personas con mayor comportamiento de riesgo como son por ejemplo los jóvenes en el inicio de su actividad sexual, por tanto este tipo de vigilancia de segunda generación sirve para determinar los factores de riesgo de una infección y conocer cuáles son los comportamientos que contribuyen al riesgo

El modelo de organización del sistema de vigilancia epidemiológica para las ITS/VIH/SIDA, sigue la estructura del Ministerio de Salud y Deportes, por lo tanto es descentralizado y participativo, con cuatro niveles de gestión articulados entre sí, cada uno con funciones específicas:

Niveles gerenciales	Principales funciones
Establecimiento de Salud	Operativas
Gerencia de Red	Programar y supervisar
Programa Departamental	Coordinar y evaluar
Programa Nacional	Normar y definir políticas

El Programa, considera que ninguna institución sola o aislada podría llevar a cabo todas las acciones necesarias para abordar integralmente los problemas, de tal manera, que es necesaria la participación coordinada de las diferentes instituciones involucradas en la vigilancia.

Una forma de responder a esta inquietud es mejorando el apoyo a la gestión administrativa de la vigilancia a través de los **subcomités de coordinación de la vigilancia de las ITS/VIH/SIDA**, ubicados en cada uno de los tres niveles mencionados anteriormente y creados según R.M. 181 del 14 de abril del 2003.





BIBLIOGRAFÍA

ONUSIDA. *“Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos”* Informe 2010. Ginebra – Suiza. 2010.

Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. *“Informe sobre la respuesta nacional a la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia”* 2006 – 2007. La Paz – Bolivia. 2008

Organización Panamericana de la Salud. *“Plan regional de VIH/ITS”*. para el sector salud. 2006 – 2015. Washington D.C. – U.S.A. 2005

Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA *“Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia”*. 2008. La Paz – Bolivia 2010

Ministerio de Salud y Deportes – Instituto Nacional de Estadística. *“Encuesta Nacional de Demografía y Salud”* 2008. La Paz – Bolivia. 2006.

UNFPA – MTN. *“Diagnóstico en una de las poblaciones más vulnerables al VIH: la población Trans que se dedica al trabajo sexual”*. 2009. La Paz – Bolivia. 2009.

Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA *“Plan Estratégico Multisectorial”*. 2008. La Paz – Bolivia 2008

-:-

