



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes
Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

A large, stylized red awareness ribbon is positioned in the background, partially overlapping the text.

BOLIVIA: INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN LA RESPUESTA AL VIH/SIDA

Seguimiento a la Declaración Política sobre el VIH/sida 2011

31 de marzo de 2012

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

FICHA TÉCNICA

Autoridades Nacionales:

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo	Ministro de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia
Dr. Martín Maturano Trigo	Viceministro de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia
Dr. Johnny Vedia Rodriguez	Director General de Servicios de Salud Ministerio de Salud y Deportes
Dr. Max Enriquez	Jefe de la Unidad Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud y Deportes
Dra. Carola Valencia Rivero	Coordinadora Nacional Programa ITS/VIH/SIDA Ministerio de Salud y Deportes

Documento elaborado por:

Lic. Jorge Luis Medrano Llano	Consultor Principal del Informe de Progreso
Lic. Werner Valdés Romero	Consultor Asociado del Informe de Progreso

Revisión Técnica

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

© Ministerio de Salud y Deportes 2012

Documento elaborado bajo la asistencia técnica y financiera del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)

Este informe es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial a condición de citar fuente y propiedad.

Ni el ministerio de Salud y Deportes, y ninguna persona que actué en su nombre se responsabilizara del uso que pudiera darse a esta información.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

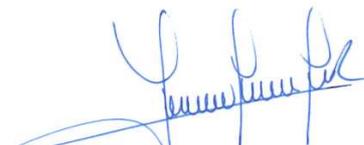
Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia tiene como mandato político y social *"Garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la política sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, erradicando la pobreza e inequidad para vivir bien"*

La Política Sectorial de Salud se define en tres ejes articulados e integrales: Acceso Universal al Sistema Único SAFCI, Promoción de la Salud y Movilización Social y Soberanía y Rectoría en Salud, es en este contexto que se desarrollan las acciones de Respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA bajo un enfoque de prevención, tratamiento y atención, como eje transversal para la evaluación del efecto e impacto de las políticas. La generación de información oportuna y clave es un insumo fundamental para la toma de decisiones tanto para el diseño de nuevas estrategias como para el mejoramiento de las ya existentes.

En este marco el **Informe de Progreso de la Respuesta Nacional a las ITS/VIH/SIDA** estructurado con información de las tres últimas gestiones tiene como objetivo promover el conocimiento del estado actual de la epidemia, los logros, obstáculos y lecciones aprendidas para orientar la política nacional tendente a concretar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo integral del VIH/SIDA en los diferentes contextos económicos, sociales y culturales del país.


Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Contenido	Pg.
Presentación	3
Glosario	5
Situación actual	8
1. El VIH/SIDA en Bolivia: una mirada general	8
2. Tabla de Indicadores Seleccionados de Respuesta Nacional	9
3. La Respuesta Nacional: Política y Pragmatica	12
4. El informe de Progreso: Proceso de elaboración del informe y la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe	17
Panorama general de la epidemia de sida	19
Respuesta nacional a la epidemia de sida	24
1. Antecedentes	24
2. Metodología y fuentes de información	26
3. Objetivo 1	29
4. Objetivo 2	41
5. Objetivo 3	41
6. Objetivo 4	44
7. Objetivo 5	45
8. Objetivo 6	46
9. Objetivo 7	61
Prácticas óptimas	70
Principales problemas y acciones correctoras	71
Apoyo de los asociados para el desarrollo del país	73
Entorno de vigilancia y evaluación	74
Bibliografía	75

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

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

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

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
PREVETS Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales 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

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA
Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

CAPITULO I

SITUACIÓN ACTUAL

Contenido

- 1.1. **El VIH/sida en Bolivia: una mirada general**
 - 1.2. **Tabla de Indicadores seleccionados**
 - 1.3. **La Respuesta Nacional**
 - 1.4. **El informe de Progreso: proceso de elaboración y participación de las partes interesadas**
-

1.1. El VIH/sida en Bolivia: una mirada general

Bolivia con una población estimada de 10.624.495 para el año 2011, presenta una de VIH con una prevalencia estimada de 0,20%, con un total de 6.835 personas viviendo con VIH/sida notificadas en el sistema de salud, lo que significaría que 6 de cada 10.000 personas en el país habrían sido notificadas como casos de VIH/sida.

El sistema de vigilancia muestra una epidemia predominantemente joven ya que 67% de los casos notificados fueron en las edades menores de 35 años, principalmente en la población masculina encontrándose un razón de masculinidad de 1,8 es decir que por cada 10 mujeres existen 18 hombres con VIH/sida.

La distribución geográfica da cuenta que los casos se concentran en los departamentos de mayor proporción poblacional en lo que se denominan las ciudades del eje: La Paz, Santa Cruz y Cochabamba que en conjunto representan 71% de la población total del país y 90% de los casos notificados de VIH/sida que a su vez se distribuyen principalmente en las ciudades capitales y ciudades intermedias de los mencionados departamentos; sin embargo en los últimos años entre 15% y 20% de los casos son referidos del área rural.

La principal vía de transmisión es la sexual que corresponde a más del 90% de los casos, encontrándose un 3% en transmisión vertical y alrededor de 1% en cuanto a transmisión sanguínea, la cual prácticamente habría sido eliminada en los últimos años debido al control que se realiza en los bancos de sangre.

Los estudios de vigilancia de segunda generación realizados en los últimos años, tanto para población gay, bisexual, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres así como mujeres que se dedican al trabajo sexual y la reciente línea de base de VIH y sífilis en mujeres parturientas y puérperas, permiten inferir que la epidemia en Bolivia es de tipo concentrada en las poblaciones vulnerables que presentan prevalencias del orden del 12% en la población GBT-HSH y 0.6% en trabajadoras sexuales; sin embargo se ha registrado un incremento considerable en la población general que se manifiesta en una prevalencia de 0.12% en las mujeres embarazadas de 15 a 24 años.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

1.2. Tabla de indicadores seleccionados de respuesta nacional

Objetivo 1:

Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para el 2015

Población General

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH	23,63	-	-	-	ENDSA - 2008
Hombres	27,72	-	-	-	ENDSA - 2008
Mujeres	22,38	-	-	-	ENDSA - 2008
1.2. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	8,27	-	-	-	ENDSA - 2008
Hombres	12,50	-	-	-	ENDSA - 2008
Mujeres	7,00	-	-	-	ENDSA - 2008
1.3. Porcentaje de adultos de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja sexual en los últimos doce meses	12,11	-	-	-	ENDSA - 2008
Hombres	12,11	-	-	-	ENDSA - 2008
Mujeres	-	-	-	-	ENDSA - 2008
1.4. Porcentaje de adultos 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	35,30	-	-	-	ENDSA - 2008
Hombres	35,30	-	-	-	ENDSA - 2008
Mujeres	-	-	-	-	ENDSA - 2008
1.5. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometido a una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	2,10	-	-	-	ENDSA - 2008
Hombres	1,90	-	-	-	ENDSA - 2008
Mujeres	2,20	-	-	-	ENDSA - 2008
1.6. Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH Porcentaje de personas (mujeres embarazadas) que acuden a un centro de asistencia prenatal cuyos resultados en la prueba de VIH son positivos	0,22	0,16	0,14	0,12	M&E - VE P.N.S.

Trabajadoras sexuales

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
1.7. Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado los programas de prevención	-	-	47,04	-	PREVETS
1.8. Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado preservativo con su último cliente	-	-	95,68	-	PREVETS
1.9. Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba de VIH en los últimos doce meses y conoce los resultados	-	-	31,41	-	PREVETS
1.10. Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	-	-	0,56	-	PREVETS

El estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) fue realizado en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz en un universo total de 1.990 trabajadoras sexuales femeninas, incluyendo las registradas y no registradas.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Población gay, bisexual, travesti, transexual, transgenero y otros hombres

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
1.11. Porcentaje de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres al que han llegado programas de prevención del VIH	55,57	-	-	-	SEMVBO
1.12. Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	68,74	-	-	-	SEMVBO
1.13. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba de VIH en los últimos doce meses y conoce los resultados	36,64	-	-	-	SEMVBO
1.14. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	11,60	-	-	-	SEMVBO

El estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) fue realizado en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz en un universo total de 1.019 personas de la población GBT, utilizando muestreo RDS.

Objetivo 2:

Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables para el 2015

Indicador	Observaciones
2.1. Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	Indicador no relevante para la epidemia del país
2.2. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Indicador no relevante para la epidemia del país
2.3. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Indicador no relevante para la epidemia del país
2.4. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que se sometió a una prueba de VIH en los últimos doce meses y conoce los resultados	Indicador no relevante para la epidemia del país
2.5. Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH	Indicador no relevante para la epidemia del país

Objetivo 3:

Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
3.1. Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil	9,59	30,61	60,30	52,17	M&E – VE P.N.S. Spectrum
3.2. Porcentaje de niños que nacieron de mujeres viviendo con VIH y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	Indicador relevante para el país pero no se disponen de datos para el reporte				
3.3. Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses	37,26	34,99	33,33	21,79	M&E – VE P.N.S. Spectrum

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Objetivo 4:

Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antiretroviral para 2015

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antiretroviral	14,97	22,55	17,50	27,44 ^(a)	M&E – VE P.N.S. Spectrum
4.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antiretroviral	-	-	60% ^(b)	-	M&E – VE I.A.T.

(a) Los datos de TARV para 2011 son preliminares por lo que se considera los datos de 2010 como la información de mayor relevancia.

(b) El año 2011 se implementó un Sistema de Indicadores de Alerta Temprana para la farmacoresistencia a los ARV, el análisis de la primera cohorte de pacientes que iniciaron TARV entre enero y junio de 2010, permitió inferir el dato hasta junio de 2011.

Objetivo 5:

Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
5.1. Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que reciben tratamiento tanto para la TB como para el VIH	21,39	25,41	31,33	46,67	Línea de Base TB/VIH 2011

El estudio de Línea de Base de Co-infección TB-VIH fue realizado en todos los Programas Departamentales de TB y VIH, mediante un análisis retrospectivo considerando el total de pacientes con TB que se realizaron la prueba de VIH.

Objetivo 6:

Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000 – 24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
6.1. Gasto Nacional e Internacional relativo al sida por categoría de gasto y fuente de financiación (En millones de USD)	-	9,7	6,2	9,2	Medición de Gasto

Objetivo 7:

Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
7.1. Instrumento de observación de los compromisos y políticas	Ver Anexos ICPN (A) e ICPN (B)				ICPN
7.2. Proporción de mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.	23,64	-	-	-	ENDSA 2008
7.3. Asistencia escolar actual entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Indicador relevante para el país pero no se disponen de datos para el reporte				
7.4. Proporción de hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos doce meses	El indicador es relevante aunque la información data de la Encuesta Continua de Hogares 2003 - 2004				

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

1.3. La Respuesta Nacional: Política y pragmática

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, lo que sitúa a Bolivia 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.

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

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

De acuerdo con la Constitución Política del Estado, 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 país.

Actualmente cuenta con una población de 10,6 millones distribuía en 9 departamentos. Desde el año 2004 se han iniciado una serie de reformas y la implementación de un modelo social de desarrollo, cuya propuesta se expresa en el Plan Nacional de Desarrollo basado en la concepción del Vivir Bien que articula el encuentro entre pueblos y comunidades, respetando la diversidad e identidad cultural; es decir, 'vivir bien entre las personas'.

Esta concepción de desarrollo 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”*

En el contexto de la política de salud, el modelo actual promueve el acceso universal, condensando las estrategias en El Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020 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, en este entendido el mandato político y social del sector salud es el de *“garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, la construcción del Sistema Único de Salud en el marco de la Política Sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), erradicando la pobreza e inequidad para Vivir Bien”*

La estructura programática de la política de salud se edifica en tres ejes:

- Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único SAFCI
- Eje 2: Promoción de la salud y movilización social
- Eje 3: Soberanía y rectoría en salud

Estos ejes definen el accionar de las diferentes estrategias de respuesta a los problemas sanitarios, entre ellos las ITS/VIH/sida que se articulan desde el Programa Nacional y se operativizan en los ámbitos locales por cada uno de los Programas Departamentales.

El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, inicia sus actividades el año 1986. Actualmente forma parte de la Unidad de Epidemiología dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud. A partir del año 1990 el Programa desarrolla Planes Estratégicos enmarcados a su vez

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

en la Estrategia Sectorial de Salud, hacia 1992 se consolidan los Centros Departamentales/Regionales de Información Vigilancia y Referencia (CDVIR/CRVIR), ingresando desde 2004 al financiamiento del Fondo Mundial. Actualmente el país recibe el financiamiento de la Novena Ronda que contextualiza sus acciones en el marco del Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012 y 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”

Visión del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

“En Bolivia, para el 2012, se habrá controlado la incidencia de ITS/VIH/SIDA y la morbi-mortalidad 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”¹

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 Acciones 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.

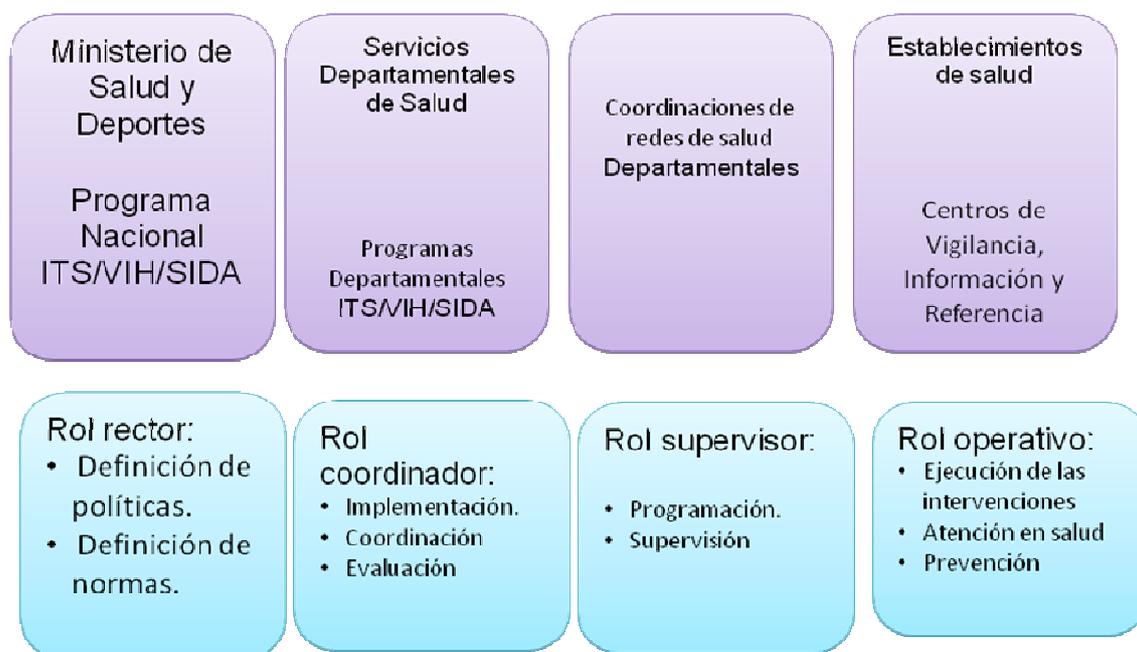
El sistema está conformado por 9 Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIRs), 4 Centros Regionales de Vigilancia y Referencia (CRVIRs) y centros de apoyo que se encargan de las acciones de prevención y tratamiento definidas mediante la política de salud del Programa Nacional, que se rige mediante los siguientes principios:

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

¹ Plan Estratégico Multisectorial. 2008 - 2012

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Según la estructura del Sistema de Salud se definen los siguientes roles en el marco de la Respuesta Nacional:



La Respuesta Nacional por lo tanto se entiende como el “Conjunto de acciones y esfuerzos multisectoriales desde la política pública, la cooperación para el desarrollo y las IPSFL, para la prevención y el control de las ITS y el VIH/sida, respetando los Derechos Humanos”²

Por tratarse de un esfuerzo integral y multisectorial se identifican 4 involucrados principales:

- Sector salud: Nacional, Departamental y Local
- Resto del Sector Público: Educación, Justicia y Trabajo
- Cooperación para el Desarrollo: Multilateral y Bilateral
- Instituciones Privadas Sin Fines de Lucro: ONGs, Asociaciones, Fundaciones y Organizaciones de la Sociedad Civil.

El conjunto de involucrados desarrolla sus acciones en las áreas de prevención y promoción y diagnóstico, tratamiento y atención integral, mediante componentes transversales de investigación, monitoreo-vigilancia y el desarrollo de la política pública orientada a generar la sostenibilidad de la Respuesta Nacional en el marco del respeto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)

² MSD – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA “Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación” 2010-2012.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Componente: Prevención y promoción de la salud

Este componente tiene como finalidad desarrollar y articular estrategias de prevención primaria y secundaria con la finalidad de brindar conocimientos para el cambio de comportamientos en la población. Durante estas últimas gestiones se han desarrollado las siguientes actividades:

- ✂ Trabajo focalizado con poblaciones vulnerables (GBT-HSH, TS, jóvenes y adolescentes y mujeres embarazadas).
- ✂ IEC con líderes pares, comunicación interpersonal, uso de medios masivos y alternativos para mejorar los conocimientos para el cambio de conductas, mediante abogacía y movilización social.
- ✂ Campañas masivas de comunicaciones diseñadas por el Programa Nacional y ejecutadas por los Programas Departamentales y Regionales.
- ✂ Producción de material de comunicación dirigida a la población general y poblaciones vulnerables.
- ✂ Participación en ferias de salud y capacitaciones sectoriales mediante la transmisión de información directa.
- ✂ Actividades coordinadas CRVIR, Redes de Niños, niñas y adolescentes en situación de calle y SEDEGES.
- ✂ En el marco de las acciones de la Novena Ronda se ha fortalecido el trabajo de los Promotores Educadores Pares, los Grupos de Auto-apoyo Mutuo y el trabajo con otras poblaciones vulnerables, como es el caso de la Población en Situación de Calle. Por otro lado una coordinación con los CDVIR ha permitido desarrollar acciones con la Población Privada de Libertad.

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, se ha fortalecido la atención mediante el desarrollo de protocolos acordes a la epidemia, desarrollando las siguientes acciones:

- ✂ A partir del Comité Farmacoterapéutico Nacional se realizó la elaboración y actualización de las guías y protocolos: TARV en niños y adultos, Diagnóstico y tratamiento de Infecciones Oportunistas, Apoyo nutricional, Adherencia terapéutica, Transmisión vertical y Manejo sindrómico de las ITS.
- ✂ Elaboración de normas y protocolos de atención: Guía de prevención primaria y secundaria, Guía de orientación para la prueba de VIH. En esta línea se ha desarrollado la Norma de Atención Integral a las PVVS.
- ✂ Fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los laboratorios y centros de atención para el VIH: mediante el relevamiento de tecnología de los laboratorios del Programa y diagnóstico de necesidades y el posterior equipamiento mayor y menor de los laboratorios de referencia, laboratorios de los y consultorios de los CDVIR/CRVIR, asimismo se ha mejorado el ciclo logístico en la entrega de insumos, reactivos y medicamentos.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

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:

- ✦ Estudio de: “Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia – SEMVBO”, entre 2007 y 2008
- ✦ Estudio de “Prevalencia de VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales Comerciales – PREVETS”, entre 2009 y 2010-
- ✦ Estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente al VIH en la Población General, en la gestión 2011.
- ✦ Estudio de Subnotificación y Subregistro entre los años 2010 y 2011
- ✦ Estudio de Línea de Base de VIH y Sífilis en Mujeres Puérperas y Parturientas, entre 2011 y 2012.
- ✦ Estudio de Línea de Base de la Co-infección TB-VIH.
- ✦ Agenda Nacional de Investigación y Evaluación.
- ✦ Ejercicio de Estimación de tamaño poblacional GBT-HSH en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
- ✦ Estudio de análisis de brechas y reformulación de estrategias de intervención basados en los indicadores UNGASS y Acceso Universal
- ✦ Como parte de las acciones de fortalecimiento institucional sea logrado la implementación del sistema de monitoreo basado en objetivos de respuesta nacional, mediante la estandarización de indicadores, definición de objetivos y metas de gestión de la Respuesta Nacional a las ITS y el VIH/SIDA y actualización del Sistema de Notificación de VIH en coordinación con el Sistema Nacional de Información en Salud.

Políticas públicas y estrategias de sostenibilidad

- ✦ Funcionamiento del CONASIDA, cuyo principal aporte fue la Incidencia en la reglamentación de la Ley 3729 y la Incidencia para Sostenibilidad Financiera y operativa, en los niveles departamentales a través de los CODESIDAS.
- ✦ Mayor asignación presupuestaria con recursos locales (10% del gasto total en SIDA), mediante la desaduanización de medicamentos, mayor asignación de presupuesto para recursos humanos en los presupuestos departamentales, ampliación de cobertura de pruebas de VIH con recursos municipales, consolidación de los CODESIDAS y formulación de líneas de trabajo intersectoriales (Educación, Justicia y Trabajo)
- ✦ Respuesta multiprogramática y multisectorial a través de la conformación, seguimiento y evaluación del Comité Farmacoterapéutico Nacional, Comité para la eliminación de la sífilis congénita y reducción de la transmisión vertical, Comité TB-VIH, Comité de Acceso Universal de la población GBT-HSH y el Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación

1.4. El informe de Progreso: proceso de elaboración y participación de las partes interesadas

En el marco del Seguimiento de la Declaración Política de 2011, el compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y las metas de Acceso Universal 2006 el informe muestra los progresos referidos a la respuesta nacional a la epidemia del VH/sida en Bolivia durante el periodo 2010 y 2011 estableciendo un análisis comparativo con los periodos 2008-2009. El proceso de elaboración básicamente fue desarrollado mediante las siguientes actividades:

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Actividad	Tareas	Resultados/logros
Identificación de las necesidades de datos conforme al perfil de la epidemia del país y las presentes directrices, así como en relación a los indicadores de los avances mundiales en la lucha contra el sida	Taller de Socialización de las directrices al equipo experto en la temática tanto del sector público, Cooperación Internacional y Sociedad Civil	Indicadores Seleccionados y Fuentes de Información
Identificación de fuentes e instrumentos pertinentes para la recopilación de datos	Revisión del estado del arte en las últimas gestiones y revisión del Sistema Nacional de M&E – VE del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA	Estudios y Bases de Datos relevantes para el cálculo de los indicadores
Reprocesamiento de las bases de datos en función a los requerimientos de las directrices de construcción de los indicadores del informe	Reprocesamiento bases de datos SEMVBO, PREVETS, CAP, ENDSA 2008, Base de Notificación y Base de TARV.	Indicadores Preliminares según las directrices
Levantamiento de información sobre el Gasto en sida en Bolivia, para completar la matriz del indicador 6.1 “Gasto nacional e internacional en aspectos relacionados con el sida, por categorías y fuentes de financiación”	Aplicación de la matriz de gasto	Estimación del Gasto en VIH/sida
Recolección de información y consultas respectivas con entidades del Gobierno, de la sociedad civil y de la cooperación internacional para el levantamiento de la información relacionada con el indicador 7.1 (ie. Índice Compuesto de Políticas Nacionales - ICPN)	Aplicación de las Encuestas ICPN a los organismos elegidos del Sector Público, Cooperación Internacional y Sociedad Civil	Encuestas ICPN
Retroalimentación del Informe	Revisión de los primeros resultados y definición de líneas de análisis	Lineamientos para el análisis de la información
Procesamiento del indicador 7.1 (ie ICPN)	Sistematización de las encuestas en una base de datos	Modelo ICPN (A) Modelo ICPN (B)
Socialización y validación de los resultados del ICPN	Taller de Validación del ICPN con Sociedad Civil	ICPN (B) concertado y consensuado
	Taller de Validación del ICPN con Sector Público y Cooperación	ICPN (A) validado
Retroalimentación y actualización de estimaciones y proyecciones de VIH utilizando el Spectrum	Actualización de datos, introducción de nueva evidencia acorde a los cambios del Spectrum	Proyecciones actualizadas en la nueva versión del Spectrum
Taller de Análisis de los indicadores obtenidos con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional	Presentación de los indicadores obtenidos mediante un taller articulador de la Sociedad Civil, Cooperación Internacional y Sector Público	Validación de indicadores y definición de líneas para el informe narrativo
Elaboración del Informe Narrativo	Sistematización del Informe Descriptivo	Informe Narrativo
Envío de la información del Informe de Progreso y Acceso Universal	Empaquetado de los indicadores obtenidos de Progreso y Acceso Universal	Indicadores de Respuesta Nacional y Acceso Universal

CAPITULO II Panorama General de la epidemia de sida

Contenido

- 2.1. La situación de la salud
 - 2.2. La epidemia de VIH/sida en Bolivia: Perspectiva Estadística
-

2.1. La situación de 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.

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.

En lo que respecta a la cobertura de salud de la población en general, aún persiste el modelo asistencialista; no obstante de la política SAFCI, este hecho se hace más evidente en la problemática de las ITS y el VIH/sida pues la cobertura en las poblaciones vulnerables es menor al 60% como lo demuestran los estudios SEMVBO y PREVETS, por otra parte persisten barreras sociales y culturales en los contextos rurales que impiden llegar a otras poblaciones vulnerables como es el caso de los jóvenes, poblaciones migrantes, población de calles y otros grupos que han ido contribuyendo al "crecimiento de la epidemia.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

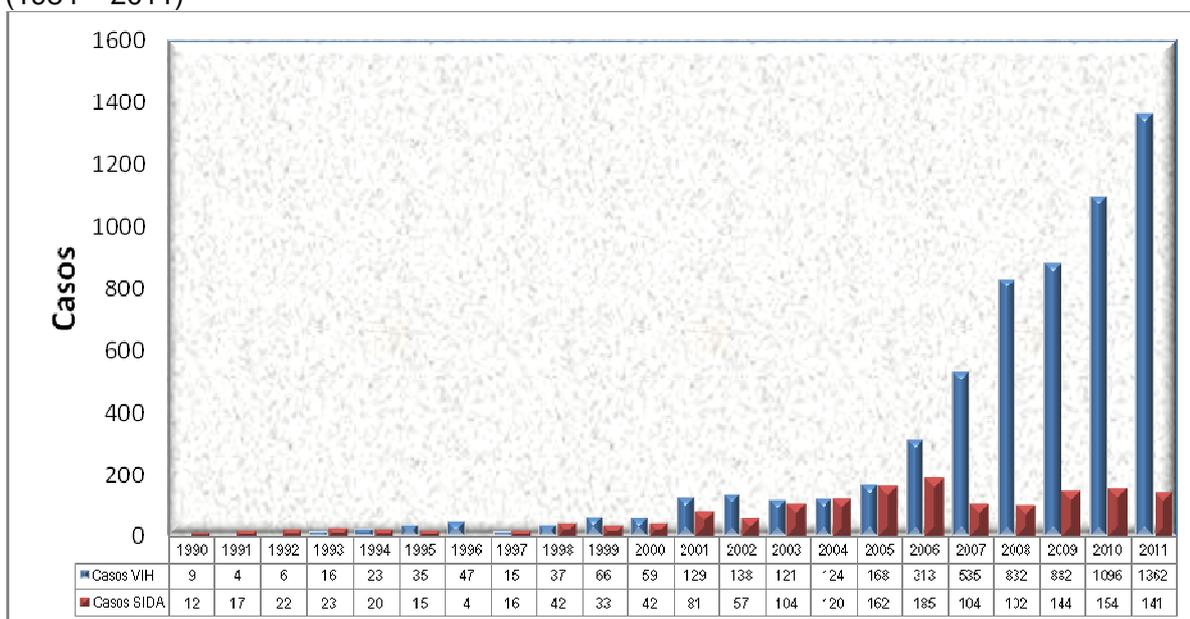
Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

2.2. La epidemia de VIH/sida en Bolivia: Perspectiva Estadística

De acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica, el primer caso notificado en Bolivia data del año 1984 en la población GBT-HSH, del departamento de Santa Cruz, hacia el año 1986 se notifica el primer caso en población femenina en el departamento de Cochabamba, durante esa gestión se define la creación del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA que actualmente depende de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes. Hacia 1992 al interior de los Programas Departamentales se crean los Centros Departamentales de Información, Vigilancia y Referencia para ampliar la cobertura en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Según se aprecia en el gráfico siguiente durante los primeros años se presenta un crecimiento moderado de la epidemia durante los primeros diez años de epidemia, después se registra un crecimiento exponencial que se acentúa en el último quinquenio principalmente en la notificación de casos en situación de VIH, una primera hipótesis al respecto permite suponer que el incremento de la oferta de pruebas de VIH habría permitido realizar una detección más temprana lo que ha incidido en una disminución de los casos SIDA y por tanto mantener la prevalencia en el nivel de 80 por millón de personas en los últimos cuatro años.

Bolivia: Número de casos notificados según situación VIH/SIDA (1984 – 2011)



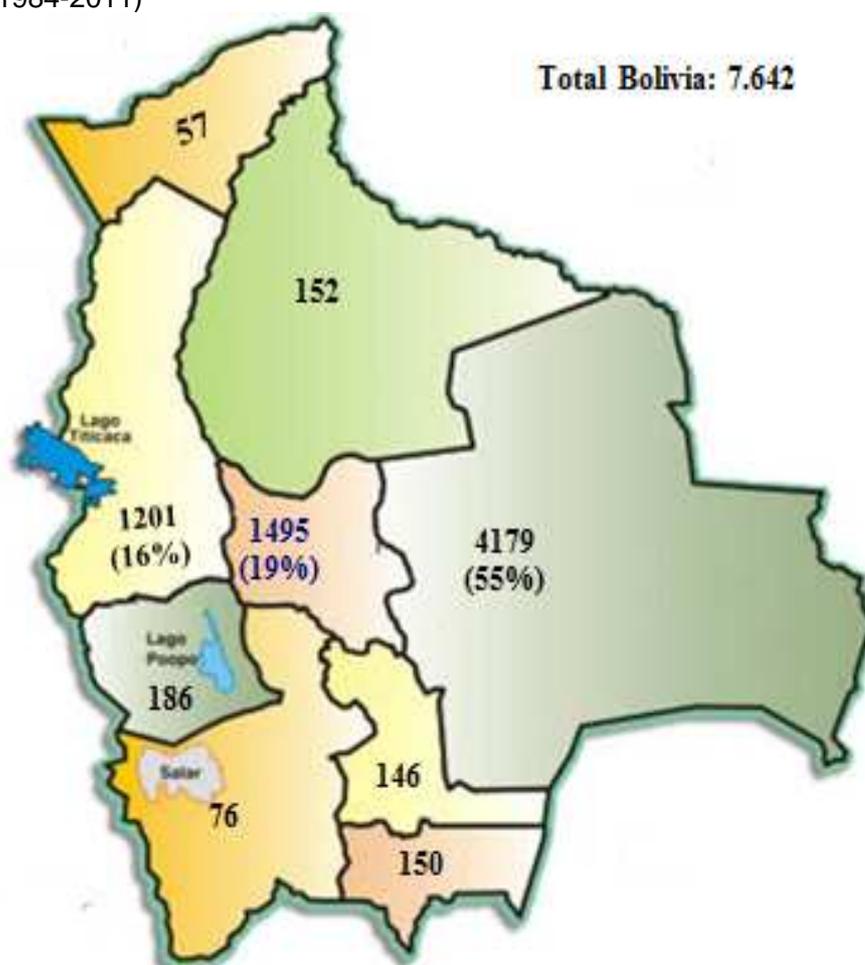
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

A diciembre de 2011 se han notificado 7.642 casos en el sistema de salud; no obstante los modelos de proyección utilizados permiten estimar aproximadamente 16.000 casos, lo que implicaría una brecha de más de 50% en la notificación y registro. Del total de casos se tiene un registro de 807 fallecimientos por causa SIDA es decir que la proporción de muertes sería del orden del 50% en situaciones de infección avanzada.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

La distribución geográfica muestra que existe una mayor concentración en los departamentos del eje central, Santa Cruz concentra 55% de los casos notificados, Cochabamba 19% y La Paz 16% que en conjunto implica 90% de los casos notificados. La epidemia es predominantemente urbana pues del total de casos notificados 80% corresponde a ciudades capitales y ciudades intermedias; mientras que 20% correspondería a los contextos rurales; sin embargo este dato merece un análisis en profundidad pues la migración interna en el país es bastante significativa y podría generar sesgos de interpretación.

Bolivia: Distribución de los casos notificados por departamentos (1984-2011)



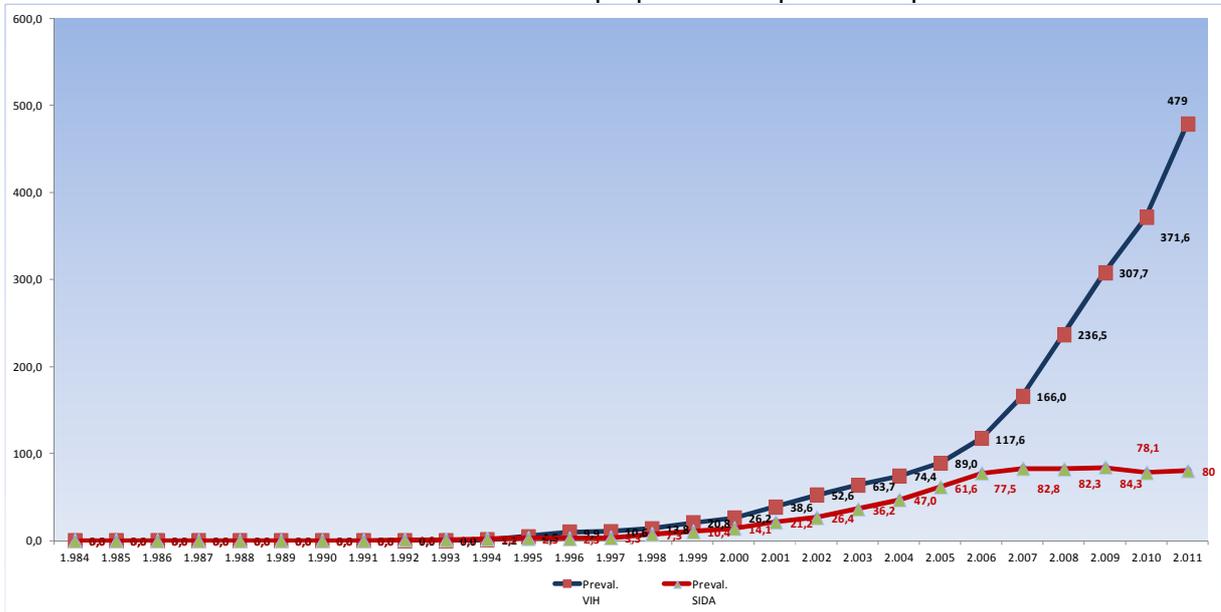
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Considerando la información disponible y tomando en cuenta los departamentos de mayor concentración de casos podemos determinar que el comportamiento de la epidemia nacional está condicionado por el comportamiento del departamento de Santa Cruz que el año 2006 registra un fuerte descenso en el número de casos en fase SIDA, como se advierte en los gráficos siguientes lo que habría causado una suerte de estabilización de la proporción de casos notificados en el nivel nacional.

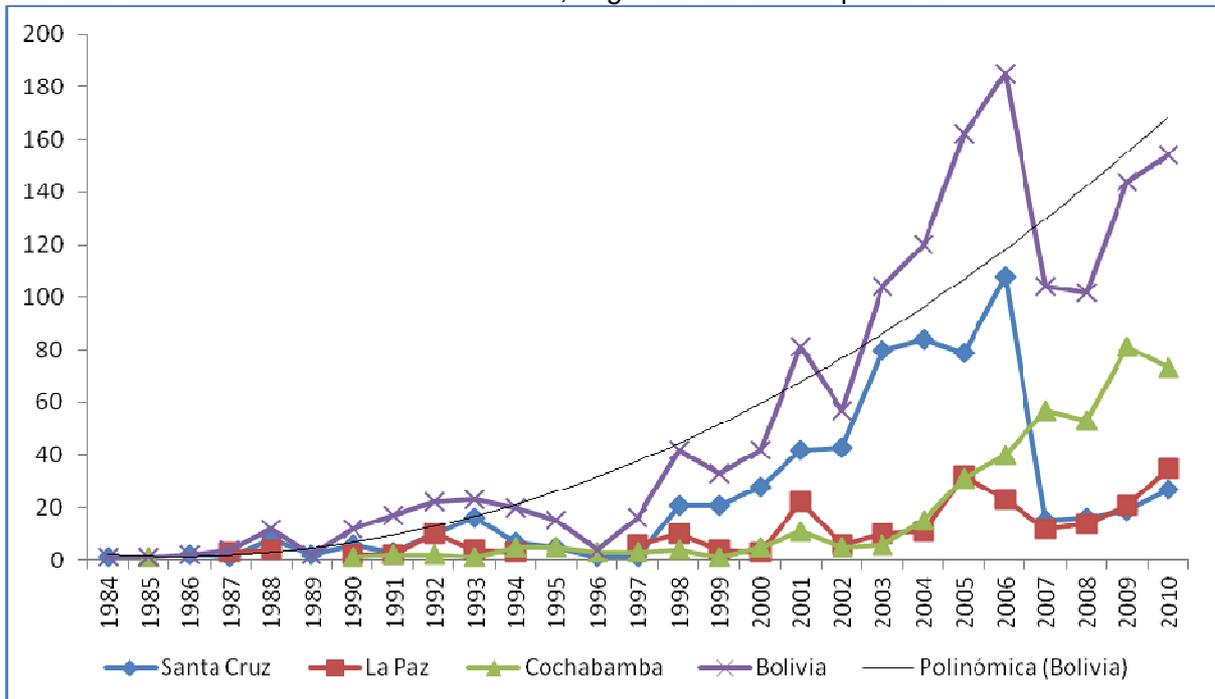
INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Bolivia: Evolución de casos de VIH/sida como proporción respecto a la población total



Bolivia: Evolución de los casos en fase sida, según tendencias departamentales



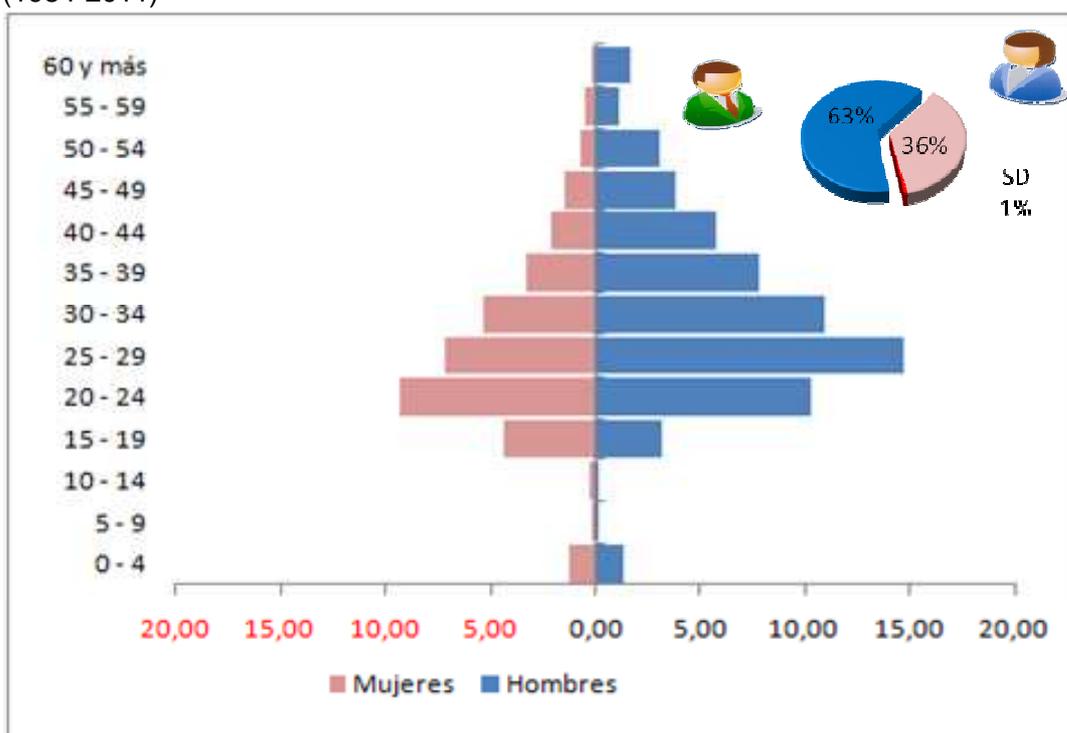
Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

La caracterización demográfica muestra una epidemia predominantemente masculina concentrada en los grupos de edad jóvenes 15-24 y 25-34, que representan 64% de la notificación total.

Bolivia: Distribución de los casos notificados por sexo y edad (1984-2011)



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Caracterización de la epidemia

De acuerdo con los datos registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica del Programa Nacional y los Programas Departamentales y los estudios de vigilancia de segunda generación la epidemia en Bolivia se caracteriza como concentrada y aún de bajo nivel, esta concentración se encuentra principalmente en la población GBT-HSH, según se muestra en el cuadro siguiente:

Bolivia: Prevalencias estimadas de VIH/SIDA según grupo poblacional (A diciembre de 2011)

Grupo poblacional	Prevalencia estimada	Observaciones
Población General	0,20 %	Estimaciones EPP y Spectrum
Mujeres embarazadas	0,16 %	Sobre casos notificados
Colectivo GLBT-HSH	11,60 %	Sobre pruebas de VIH en mujeres embarazadas
Trabajadoras Sexuales	0,50 %	Interpolación estudio SEMVBO
		Sobre pruebas de VIH en TS

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

CAPITULO III LA RESPUESTA NACIONAL

Contenido

- 3.1. **Antecedentes**
- 3.2. **Metodología y fuentes de información**
- 3.3. **Objetivo 1: Reducir la transmisión sexual del VIH a la mitad para 2015**
- 3.4. **Objetivo 2: Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015**
- 3.5. **Objetivo 3: Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida**
- 3.6. **Objetivo 4: Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH reciban tratamiento antirretroviral para 2015**
- 3.7. **Objetivo 5: Reducir a la mitad las muertes a causa de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para 2015**
- 3.8. **Objetivo 6: Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares) en los países de ingresos bajos y medios, reconociendo que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.**
- 3.9. **Objetivo 7: Facilitar y establecer sinergias esenciales con los sectores de desarrollo**

3.1. Antecedentes

“La Respuesta Nacional es el conjunto de acciones y esfuerzos multisectoriales desde la política pública (tanto del sector salud, como de los otros entes públicos relacionados como educación, justicia y trabajo), la cooperación para el desarrollo y las IPSFL (ONGS, asociaciones, fundaciones y otras organizaciones de la sociedad civil) para la prevención y el control de las ITS y el VIH/sida, respetando los Derechos Humanos, en las áreas de i) política pública y sostenibilidad (componente transversal), ii) prevención y promoción de la salud, iii) diagnóstico, atención y tratamiento integral y iv) derechos humanos (componente transversal)



INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Transcurridos diez años de la histórica Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS), varios líderes se congregaron en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida de 2011 que tuvo lugar en Nueva York. Evaluaron los avances logrados y adoptaron una nueva Declaración Política sobre el VIH/sida que se edifica sobre dos Declaraciones políticas previas: la Declaración de Compromiso de 2001, y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006, y si bien son los gobiernos quienes formalmente adoptan estas tres declaraciones, el alcance del documento se extiende mucho más allá del sector gubernamental a la industria privada y los grupos sindicales, las organizaciones religiosas y no gubernamentales, así como a otras entidades de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas que viven con el VIH.

La nueva Declaración fue ratificada unánimemente por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Incluye los siguientes nuevos objetivos que darán empuje a la respuesta al sida:

- ✂ Reducir la transmisión sexual del VIH a la mitad para 2015
- ✂ Reducir a la mitad la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para 2015
- ✂ Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida
- ✂ Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH reciban tratamiento antirretroviral para 2015
- ✂ Reducir a la mitad las muertes a causa de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para 2015
- ✂ Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares) en los países de ingresos bajos y medios, reconociendo que las inversiones destinadas a la respuesta al sida son una responsabilidad compartida.
- ✂ Facilitar y establecer sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

Según las condiciones de la Declaración Política de 2011, el éxito en la respuesta al sida se mide a través del logro de objetivos concretos dentro de plazos determinados. La Declaración insta al seguimiento cuidadoso del progreso en la implementación de los compromisos establecidos mediante informes anuales que tienen por objeto identificar desafíos y obstáculos, y recomendar acciones sobre el progreso del país que se usan para hacer un seguimiento del progreso hacia los compromisos y objetivos de la Declaración Política de 2011 y que forman la base de los informes del Secretario General a la Asamblea General.

Desde 2004, ONUSIDA lleva recogiendo cada dos años informes sobre los avances de los países elaborados por los Estados Miembros con el propósito de hacer un seguimiento de las Declaraciones Políticas. Los índices de respuesta han aumentado de 102 Estados Miembros en 2004 (el 53%) a un máximo histórico de 182 en 2010 (el 95%). La información facilitada en los informes nacionales sobre los progresos realizados es un conjunto de datos estandarizados y exhaustivos sobre la situación de la epidemia y de los avances en la respuesta, organizados en 30 indicadores.

En la gestión 2012, Bolivia asume el compromiso de generar información clave y estratégica para medir el avance de los progresos realizados frente a la Declaración Política de 2011, en función a los ejes articuladores del Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012:

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Rectoría	<ul style="list-style-type: none">•Fortalecimiento de rectoría•Fortalecimiento de Sistema de M&E y Vigilancia.
SAFCI	<ul style="list-style-type: none">•Atención integral•Reducción transmisión sanguínea•Reducción TV
Promoción	<ul style="list-style-type: none">•Actitudes y prácticas en Población General•Actitudes y prácticas en Población Vulnerable
Movilización	<ul style="list-style-type: none">•Defensa de DDHH en la problemática de Estigma y Discriminación.
DDHH	<ul style="list-style-type: none">•Defensa de Derechos, Economicos, Sociales y Culturales

La información contenida en el presente informe constituye una Línea de Base para medir los avances y progresos con relación a la Declaración Política de 2011, por lo que se ha identificado para la construcción de los indicadores las fuentes de mayor relevancia y representatividad que reflejen de la mejor manera la situación de la epidemia y los esfuerzos de Respuesta Nacional al VIH.

3.2. Metodología y fuentes de información

La metodología aplicada para realizar el informe de avance está basada en “Las Directrices Para el Desarrollo de Indicadores Básicos”, en el cual se describe cada uno de los indicadores y los clasifica de acuerdo a su enfoque, que pueden ser adaptados para el tipo de epidemia y los instrumentos a utilizar para la recolección de información.

Es indudable que dad el escenario multisectorial y la diversidad de actores involucrados la mirada de la Respuesta debe realizarse mediante el involucramiento de todas las instancias, por lo que se ha establecido un nivel de Coordinación entre el Ministerio de Salud y Deportes a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA (como ente rector que rige la salud a nivel nacional), los “grupos expertos” de las distintas agencias de Naciones Unidas tal es el caso de OPS/OMS, ONUSIDA, UNICEF, PMA y otras entidades de Cooperación como el Fondo Mundial y Organizaciones No Gubernamentales (ONG’s), organizaciones de la sociedad civil que incluyen a las poblaciones afectadas (GBT-HSH, TS y otros grupos de riesgo) y Personas Viviendo con VIH/sida

Para asegurar la participación de las personas de la sociedad civil, se han previsto dos talleres nacionales que serán convocados públicamente y la metodología se basa en trabajos de grupos participativos para definir los indicadores a ser reportados principalmente para recibir aportes que contribuyan a la interpretación cualitativa de cada indicador que se presente.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

La información primaria del estudio proviene de los insumos clave en materia de política nacional suministrados por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA del MSD, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Culturas, Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo Defensor del Pueblo, Organismos de la Cooperación Internacional Multilateral y Bilateral, Organizaciones no Gubernamentales, Fundaciones y Asociaciones de la sociedad Civil y el Receptor Principal del Fondo Mundial (Asociación IBIS - HIVOS)

El resto de los indicadores se basan en información secundaria de carácter oficial generada en el marco del Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012, por lo que básicamente se trata de un proceso de sistematización de los datos contenidos en el sistema de vigilancia regular, vigilancia centinela, estudios de vigilancia de segunda generación, encuestas demográficas y estudios basales, que cuenten con el respaldo técnico necesario de las instancias involucradas.

Los instrumentos con los que se cuenta señalamos a continuación:

- Matriz desglosada del Gasto relativo al SIDA, que se encuentran enmarcados en las “Directrices Para el Desarrollo de Indicadores Básicos”, esta matriz será enriquecida con los aportes que las instancias gubernamentales, agencias de cooperación e instituciones que recibe financiamiento para el VIH.
- La Encuesta ICPN, obtenida de las “Directrices Para el Desarrollo de Indicadores Básicos”, está directamente relacionada con el segundo indicador y debe ser llenada por sociedad civil y por personas del gobierno. Este indicador está compuesto por la parte gubernamental y la parte de sociedad civil, teniendo 2 interpretaciones. La interpretación cuantitativa es netamente descriptiva mientras que la interpretación cualitativa responde a la percepción que las personas tienen respecto a la respuesta del VIH SIDA en Bolivia.
- Formulario de Sistematización de Indicadores, para la validación de los indicadores de vigilancia reportados por el Programa Nacional.

Fuentes de información

- Encuestas ICPN A y B, de las instancias involucradas en la Respuesta Nacional
- Producción de servicios y vigilancia epidemiológica para la cobertura de pruebas de VIH, pruebas de Sífilis e información general del sector salud, del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) dependiente del Ministerio de Salud y Deportes
- Bases de datos de notificación y pacientes con terapia antirretroviral provenientes del sistema de M&E y vigilancia del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA
- Bases de datos de encuestas demográficas (DHS - 2008) y encuestas de hogares del Instituto Nacional de Estadística.
- Bases de datos del Estudio de Sexualidad, Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO - 2008)
- Bases de datos del Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS - 2010)
- Bases de datos del Estudio de Conocimientos Actitudes y Prácticas frente a las ITS y el VIH en la población general realizado el año 2011.
- Bases de datos del Estudio de Línea de Base de Sífilis y VIH en Mujeres Parturientas y Puérperas, realizado entre 2011 y 2012.
- Resultados del Estudio de Indicadores de Alerta Temprana de la Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH, Cohorte Enero a Junio de 2010.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

- Resultados del Estudio de Línea de Base de Coinfección TB/VIH realizado el año 2012.
- Resultados del 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.
- Proyecciones y Estimaciones de VIH, del Spectrum
- Información Financiera y Política de las diferentes instituciones involucradas en la Respuesta Nacional.

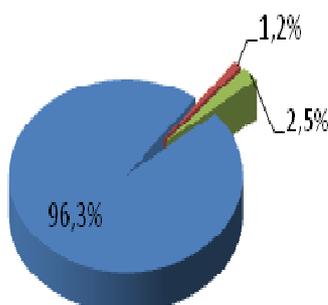
Otros documentos referenciales son: i) “ONUSIDA, Plan para alcanzar el Acceso Universal a la Atención Integral En Vih/Sida, 2007”; ii) “Cárcamo C. Informe de Categorización de la Epidemia del VIH/SIDA en Bolivia- La Paz: OMS/OPS/ONUSIDA, 2003”; iii) “Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Informe de Monitoreo y Evaluación de la Implementación del Compromiso UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia-La Paz, Marzo 2006”; iv) “Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Informe de Monitoreo y Evaluación de la implementación de Compromiso UNGASS 2008, marzo de 2008”, v) “Bolivia: Informe UNGASS 2010; vi) Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012, vii) Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación; viii) Norma Nacional de Atención Integral en ITS/VIH/SIDA; ix) Estrategia Nacional de Eliminación de Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical del VIH; y, x) Guía para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.

Actividades de base

- ✓ Mapeo de todas las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que puedan alimentar los datos para la construcción del Gasto en Sida, es decir cualquier institución que se sepa que trabaja en VIH SIDA y que brinde la información específicamente para la realización del MEGAS.
- ✓ Mapeo de todas las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil que podrían colaborar con la realización de la Encuesta ICPN y que además puedan aportar a los indicadores, de acuerdo a la información que tengan disponible.
- ✓ Envío, seguimiento y recopilación de los datos arrojados por las encuestas e instrumentos planteados (MEGAS, ICPN, indicadores)
- ✓ Revisión de la bibliografía y base de datos relevantes, relacionados con los indicadores UNGASS.
- ✓ Elaboración y corrección de los instrumentos de recopilación de información.
- ✓ Revisión de las bases de datos disponibles y la aplicabilidad para la construcción de los indicadores.
- ✓ Análisis de los datos obtenidos de cada indicador e interpretación.
- ✓ Reuniones periódicas con personal de agencias y del Programa Nacional de ITS VIH, para evaluar el avance en la construcción de los indicadores.
- ✓ Reunión a medio término con actores clave de sociedad civil y gobierno, para mediados del mes de enero.
- ✓ Informe final que toma en cuenta los aportes del taller nacional.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

3.3. Objetivo 1: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para el 2015



■ Sexual ■ Parenteral y Sanguínea ■ Vertical y Materno Infantil

La evidencia muestra que en el país la epidemia del VIH se transmite principalmente por la vía sexual, los datos del sistema de notificación permiten estimar que 96,3% de los casos notificados habrían adquirido el VIH por transmisión sexual; en contraste tan sólo el 1,2% fue por vía sanguínea y el 2,5% fue transmitido por la madre; sin embargo en el año 2011 la proporción de los casos notificados por transmisión sexual habría disminuido debido a una mayor proporción de casos referidos por transmisión vertical.

Se puede demostrar que existe una asociación estrecha entre el nivel de conocimientos y por lo tanto actitudes y prácticas de prevención inadecuadas que favorecen la transmisión sexual. El siguiente grupo de indicadores pretende determinar el avance hacia el conocimiento universal y los progresos en las prácticas y conductas tendientes a evitar la transmisión sexual.

3.3.1. Población General³

Indicador 1.1.

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

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	264	1.110	23,78	702	3.518	19,95
20-24	264	795	33,21	698	2.737	25,50
Total 15 – 24	528	1.905	27,72	1.400	6.255	22,38

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

³ La **ENDSA 2008**, es un estudio de corte transversal que forma parte de las encuestas DHS, incluye una muestra representativa en hogares a nivel nacional, departamental y según contextos urbanos y rurales y. La muestra alcanzada el año 2008 fue de 19,564 hogares con entrevista completa logrando un total de 16,939 mujeres y 6.054 hombres. Esta encuesta incluye un modulo específico de VIH, que facilita el cálculo de los indicadores propuestos para la población general.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Según se observa en el cuadro del indicador presente el porcentaje de población con conocimientos correctos es moderado, pues el porcentaje encontrado estaría reflejando que tan sólo 1 de cada cuatro personas habría identificado las formas de prevenir la transmisión sexual y rechazar las ideas erróneas. La distribución por edad permite ver un mayor nivel de conocimientos en la población de más edad. Un estudio CAP realizado el año 2011 en las ciudades de mayor concentración urbana y mayor concentración de casos de VIH, revela inclusive un nivel de conocimientos más bajo, según se observa en el cuadro siguiente:

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

Grupos de edad (años)	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	82	530	15,47	59	466	12,66
20-24	37	376	9,84	15	231	6,49
Total 15 – 24	119	906	13,13	74	697	10,62

Fuente: Estudio CAP en la Población General - 2011 (Información Preliminar)

Si contrastamos esta variable en las poblaciones vulnerables, podremos observar que en estos grupos existe una brecha marcada ya que el nivel de conocimientos es más alto en la población GBT-HSH que alcanza un 55%; mientras que en trabajadoras sexuales apenas es el 3,4%

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

Grupos de edad (años)	Estudio SEMVBO - 2008 Población GBT-HSH			Estudio PREVETS – 2010 Trabajadoras Sexuales		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
Menos de 25	306	575	53,22	22	740	2,97
25 y más	257	445	57,75	46	1.250	3,68
Total 15 – 49	563	1019	55,25	68	1990	3,42

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

Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) – 2010

Las diferentes cifras revelan que los mensajes de prevención llegaron en mayor medida a la población GBT-HSH; mientras que en la población en general y trabajadora sexuales el conocimiento es mínimo, principalmente en jóvenes. Estos datos plantean una serie de elementos para el análisis ya que en los últimos años se han realizado una serie de acciones para ampliar la oferta de información con el objeto de generar un mayor acceso sobretudo de las poblaciones más jóvenes tanto de la población general como de las poblaciones más expuestas.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Entonces a – priori se identifica la necesidad de generar estrategias de rápido impacto para aumentar el conocimiento en la población y contribuir efectivamente a la reducción de la transmisión sexual. A continuación se presenta cada uno de las preguntas separadas por grupo de edad acerca de los conocimientos correctos e ideas erróneas sobre la transmisión del VIH.

1 ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	SI	Muestra total	%	SI	Muestra total	%
15-19	730	1.110	65,77%	2309	3.518	65,63%
20-24	618	795	77,74%	1856	2.737	67,81%
Total 15 - 24	1.348	1.905	70,76%	4.165	6.255	66,59%

2. ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH usando preservativos?

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	SI	Muestra total	%	SI	Muestra total	%
15-19	810	1.110	72,97%	2179	3.518	61,94%
20-24	651	795	81,89%	1835	2.737	67,04%
Total 15 - 24	1.461	1.905	76,69%	4.014	6.255	64,17%

3. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	SI	Muestra total	%	SI	Muestra total	%
15-19	765	1.110	68,92%	2055	3.518	58,41%
20-24	640	795	80,50%	1726	2.737	63,06%
Total 15 - 24	1.405	1.905	73,75%	3.781	6.255	60,45%

4. ¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	NO	Muestra total	%	NO	Muestra total	%
15-19	439	1.110	39,55%	1639	3.518	46,59%
20-24	369	795	46,42%	1348	2.737	49,25%
Total 15 - 24	808	1.905	42,41%	2.987	6.255	47,75%

5. ¿Se puede contraer el VIH compartiendo alimentos con una persona infectada?.

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	NO	Muestra total	%	NO	Muestra total	%
15-19	668	1.110	60,18%	2165	3.518	61,54%
20-24	561	795	70,57%	1824	2.737	66,64%
Total 15 - 24	1.229	1.905	64,51%	3.989	6.255	63,77%

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

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Indicador 1.2.

Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación antes de los 15 años

Grupos de edad (años)	Hombres			Mujeres		
	Antes de los 15 años	Muestra total	%	Antes de los 15 años	Muestra total	%
15-19	116	1.110	10,45	255	3.518	7,25
20-24	122	795	15,35	182	2.737	6,65
Total 15 - 24	238	1.905	12,49	437	6.255	6,99

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

En Bolivia la edad de inicio de la primera relación sexual es de 17 años en hombres y 18 en mujeres; sin embargo los datos de la ENDSA 2008 revelan que el 8,3% declara haber tenido su primera relación antes de los 15 años; este hecho constituye un factor de riesgo pues está demostrado que el retraso del inicio de las relaciones sexuales supone un mejor acceso y cobertura de los programas de prevención.

Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación antes de los 15 años

Grupos de edad (años)	Hombres			Mujeres		
	Antes de los 15 años	Muestra total	%	Antes de los 15 años	Muestra total	%
15-19	85	530	16,04	63	466	13,52
20-24	81	376	21,54	41	231	17,75
Total 15 - 24	166	906	18,32	104	697	14,92

Fuente: Estudio CAP en la Población General - 2011 (Información Preliminar)

La información del estudio CAP⁴ realizado el año 2011, revela un porcentaje más alto en comparación con la ENDSA 2008, mostrando un 15% de mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años y 18% en el caso de la población masculina.

Los datos revelan nuevamente la necesidad de trabajar en las poblaciones más jóvenes considerando la educación sexual con enfoque de género con el objeto de fomentar la práctica de decisiones responsables. Los diferenciales de edad en el caso de la ENDSA muestran un mayor número de mujeres en el grupo más joven, este hecho se puede explicar por la cobertura rural de la Encuesta, que delimita otro elemento de trabajo en los contextos rurales cuyas prácticas sociales parecen condicionar la libertad de decisión en la población femenina.

⁴ El estudio CAP fue realizado en forma individual con cada entrevistado aspecto que podría indicar un menor sesgo en las respuestas vinculadas a la edad de inicio de las relaciones sexuales.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

El inicio temprano de las relaciones sexuales supone la articulación de estrategias sectoriales y el abordaje desde la propia familia y comunidad, es un factor de alto riesgo pues la evidencia demuestra que el primer contacto sexual usualmente no se lo realiza con protección tanto en la población general como en las poblaciones vulnerables en las cuales se manifiesta una proporción mayor registrándose 23,3% en la población GBT-HSH y 13% en trabajadoras sexuales según los estudios SEMVBO y PREVETS respectivamente.

Indicador 1.3.

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos doce meses

Grupos de edad	Hombres		
	Tuvo más de una pareja	Muestra total	Porcentaje
15-19	107	1.110	9,64
20-24	168	795	21,13
25-49	342	3.192	10,71
Total 15 - 49	617	5097	12,11

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

La ENDSA sólo realiza la pregunta a la población masculina.

Este indicador tiene como objetivo evaluar la incidencia de las acciones de cambios de conducta y comportamiento en cuanto a la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas, se parte del supuesto que a mayor número de parejas mayor es el riesgo de transmisión del VIH. Los datos de la ENDSA 2008 revelan en la población masculina un 12,11%, porcentaje que se incrementa en el grupo de edad de 20 a 24 años en el cual 2 de cada 10 hombres habrían tenido más de una pareja sexual generando una mayor exposición a conductas de riesgo.

Indicador 1.4.

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos doce meses y declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual

Grupos de edad	Hombres		
	Uso condón	Muestra total	Porcentaje
15-19	47	107	43,93
20-24	66	168	39,29
25-49	105	342	30,70
Total 15 - 49	218	617	35,33

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

La ENDSA sólo realiza la pregunta a la población masculina.

Según los datos de la ENDSA 2008, el 12% de la población masculina declara haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año de referencia y tan sólo el 35,3% de estos hombres refiere haber utilizado un condón con su última pareja sexual, es decir que aproximadamente 65% estuvieron expuestos a un riesgo mayor.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

En el caso de este indicador el grupo de mayor riesgo es del 25 y más años; estos datos develan un contexto importante en cuanto a las políticas de promoción del uso del condón que al parecer sólo se utiliza en el ámbito de la anticoncepción y no como medida de protección de las ITS y el VIH/sida, por lo tanto a – priori se puede afirmar que el uso del condón no es sistemático lo más probable es que los hombres que mantuvieron relaciones con más de una pareja sexual no utilicen condón con sus parejas estables incrementando el riesgo de transmisión del VIH.

Indicador 1.5.

Porcentaje de mujeres y hombres 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	Porcentaje	Se sometieron a la prueba	Muestra total	Porcentaje
15-19	15	1.110	1,35	36	3.518	1,02
20-24	21	795	2,64	94	2.737	3,43
25-49	58	3.192	1,82	238	10.683	2,23
Total 15 - 49	95	5.096	1,86	368	16.939	2,17

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha ido desarrollando una serie de estrategias desde el año 2007, para incorporar de manera sistemática la oferta de las pruebas de VIH, a la fecha más de 800 establecimientos ofertan las pruebas principalmente a mujeres embarazadas; no obstante aún la cobertura es baja, para el año 2008 tan sólo el 2,1% de la población de 15 a 49 años se habría realizado la prueba; registrándose el mayor porcentaje en el grupo femenino de 20 a 24 años posiblemente por el acceso que tienen las mujeres embarazadas.

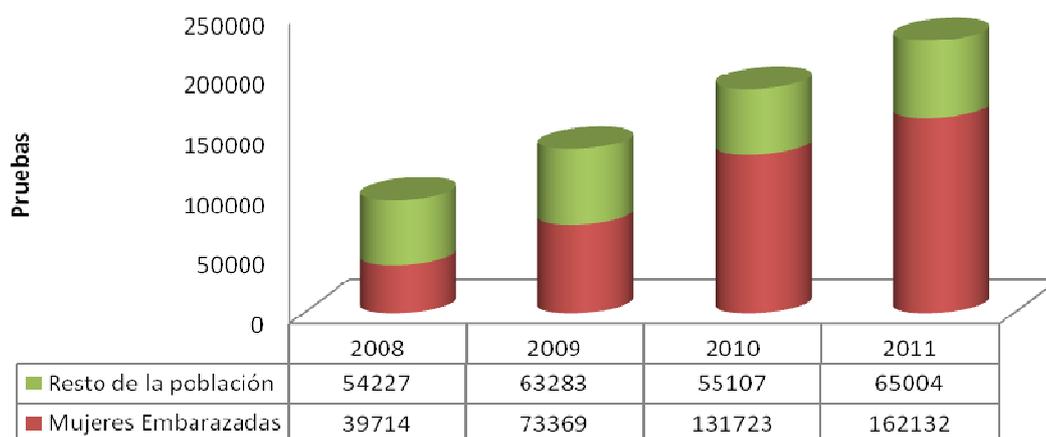
La estrategia de ampliación de la oferta de la prueba de VIH, facilita la detección temprana y mejora las oportunidades de inicio de TARV por otra parte la detección temprana es un factor clave para las acciones de prevención secundaria.

En los últimos años se registra un incremento notable en la oferta de pruebas de VIH sobre todo a partir del año 2010 en el que se implementa la Estrategia de Eliminación de Sífilis Congénita y Reducción de la transmisión vertical del VIH, ampliando las pruebas en la prestación de servicios del Seguro Materno Infantil (SUMI), aunque en el contexto de la población total la cobertura apenas llega al 1,2% para el año 2011.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Bolivia: Oferta de pruebas de VIH en mujeres embarazadas y resto de la población (población general, GBT-HSH y Trabajadoras Sexuales)



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Sistema Nacional de Información en Salud

Indicador 1.6.

Prevalencia de VIH: Porcentaje de jóvenes (mujeres y varones) de 15–24 años que viven con el VIH

Grupos de edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011
----------------	------	------	------	------	------	------

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

15 – 19	5	6	12	14	31	39
20 – 24	7	7	22	32	61	76
Total 15 – 24	12	13	34	46	92	115

Mujeres embarazadas con prueba de VIH en centros materno infantiles

15 – 19 años	1099	1652	5425	8840	21795	29635
20 – 24 años	1089	1791	10015	20811	45215	69422
Total 15 – 24	2188	3443	15440	29651	67010	99057

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

15 – 19 años	0,45	0,36	0,22	0,16	0,14	0,13
20 – 24 años	0,64	0,39	0,22	0,15	0,13	0,11
Total 15 – 24	0,55	0,38	0,22	0,16	0,14	0,12

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Sistema Nacional de Información en Salud

Este indicador tiene como objetivo medir los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH. Según las directrices para la elaboración del Informe las tendencias de prevalencia de VIH en la población joven constituyen un mejor indicador de las tendencias recientes de la incidencia del VIH y comportamiento.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Los datos observados por la vigilancia regular del Programa Nacional muestran el cambio que existe en la prevalencia nacional; sin embargo se debe indicar que los datos no provienen de sitios centinela; recién este año y en los próximos cinco años se está implementado la vigilancia centinela en maternidades seleccionadas de las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba.

En este sentido el indicador se encuentra influenciado por la ampliación de la oferta de pruebas de VIH es por ello que se manifiesta una tendencia descendente; no obstante con esta información se podría inferir que para el 2011 la prevalencia estimada de VIH en el país es de 0,12%; encontrándose una diferencia moderada entre los grupos de edad.

3.3.2. Poblaciones Vulnerables

Bolivia presenta una epidemia concentrada sobretodo en población gay, bisexual, trans y Trabajadoras Sexuales. En el contexto de la vigilancia de segunda generación se realizaron dos estudios en estas poblaciones los años 2008 y 2010, el primero es el estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO) y el segundo es el estudio de Prevalencia de VIH y otras ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS).

Profesionales del Sexo Profesionales del Sexo (Trabajadoras Sexuales)⁵

Indicador 1.7.

Porcentaje de Trabajadoras Sexuales a las que llegaron los programas de prevención⁶

Grupos de edad (años)	Trabajadoras Sexuales				Muestra total (D)	Porcentaje (C/D)
	Sabe que es posible hacerse una prueba confidencial para determinar si está infectada con el VIH (A)	Consigue condones en el CDVIR/CRVIR (B)	Sabe acerca de la prueba y consigue condones en el CDVIR/CRVIR (C)			
Menos de 25	694	277	260	740	35,14	
25 y más	1.199	698	677	1.250	54,16	
Total 15 - 49	1.893	975	937	1.990	47,09	

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) - 2010

⁵ La información para el caso de trabajadoras sexuales proviene del estudio de Vigilancia de Segunda Generación de Estimación de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales. El estudio fue realizado utilizando la metodología T.L.S. en las ciudades de mayor concentración poblacional y mayor ejercicio de trabajo sexual femenino, sobre una muestra total de 1990 trabajadoras sexuales registradas y no registradas; sin embargo la muestra no pudo llegar a T.S. que trabajan por teléfono u otro medio lo que podría generar cierto sesgo en los resultados.

⁶ Las directrices recomiendan utilizar los siguientes parámetros:

El numerador es el número de profesionales del sexo que respondieron si a las preguntas siguientes: i) ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a una prueba de VIH? y ii) ¿Ha recibido preservativos en los últimos doce meses?; en el caso del estudio PREVETS no se incluyen estas preguntas y se utilizaron variables proxy tomando en cuenta si las T.S. saben dónde acudir para hacerse la prueba de VIH y de estas cuantas consiguen los condones en los CDVIRS.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Este indicador compuesto tiene como objetivo determinar la cobertura del sistema de salud y evaluar los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención de VIH dirigidas a trabajadores/as del sexo.

El estudio PREVETS muestra que de un total de 1990 Trabajadoras Sexuales que participaron en el estudio 53% declaran acudir a un servicio de divulgación, centro de acogida y consulta o dispensario de salud sexual, este dato refleja una cobertura baja; siendo que se trata de un grupo de alta vulnerabilidad al VIH, este aspecto podría explicarse porque un porcentaje importante no acude a los CDVIR/CRVIR por el problema del Carnet Sanitario.

Aún se trate de un indicador proxy, es necesario definir estrategias conjuntas con las organizaciones de la Sociedad Civil para mejorar las coberturas del Sistema Nacional de Salud.

Indicador 1.8.

Porcentaje de Trabajadoras Sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente

Grupos de edad (años)	Trabajadoras Sexuales		
	Uso condón	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	709	740	95,81
25 y más	1.195	1.250	95,60
Total 15 – 49	1.904	1.990	95,68

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) - 2010

El estudio PREVETS revela que el uso del condón en general es alto en las Trabajadoras Sexuales los resultados muestran que de un total de 1988 Trabajadoras Sexuales que participaron en el estudio 1904 (96%) declaran haber utilizado un condón con su último cliente; si bien este porcentaje es alto, la prevalencia de ITS y VIH sigue siendo considerable en esta población, además que se debe tomar en cuenta que para este estudio no ingresaron trabajadoras sexuales que trabajan de forma independiente vía teléfono celular, presentando este grupo un aumento importante en los últimos años.

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.

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, este 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.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Indicador 1.9.

Porcentaje de Trabajadoras Sexuales que se sometieron a una prueba de VIH y conocen los resultados

Grupos de edad (años)	Trabajadoras Sexuales		
	Se sometió a una prueba	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	465	740	62,84
25 y más	967	1250	77,36
Total	1432	1990	71,96

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) - 2010

De acuerdo con el estudio PREVETS la cobertura de pruebas de VIH es de 72% en la población Trabajadoras Sexuales, ya que del total de entrevistadas 1578 refieren haberse sometido a una prueba de VIH y conocer sus resultados; sin embargo por tratarse de una población vulnerable la brecha de 21% es muy alta y posiblemente se encuentre en las trabajadoras no registradas o que no acuden a los controles en los CDVIR.

Indicador 1.10.

Prevalencia de VIH en Trabajadoras Sexuales

Grupos de edad (años)	Trabajadoras Sexuales		
	Trabajadoras sexuales VIH (+)	Trabajadoras Sexuales Con una prueba de VIH	Prevalencia
Total	11	1944	0,57

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) - 2010

El estudio PREVETS encontró un total de 11 casos de VIH en Trabajadoras Sexuales: 8 en la ciudad de Santa Cruz, 1 en la ciudad de La Paz y 2 en la ciudad de El Alto lo que permite inferir una prevalencia de **0,6%** en esta población, al encontrarse una prevalencia mayor a 0,5% se trata de un grupo de alta vulnerabilidad en el contexto epidemiológico del país. En comparación con la vigilancia regular que registra la proporción de casos de T.S. registradas se registra una brecha de

Bolivia: Porcentaje de trabajadoras sexuales VIH (+)⁷

Gestión	2008	2009	2010	2011
Casos de VIH en TS	41	27	30	37
TS usuarias de los CDVIRS	5.802	6.993	7.752 ^(a)	8.511
Porcentaje de TS VIH(+)	0,71	0,39	0,39	0,43

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

^(a) El total de pruebas se ha estimado ajustando la información disponible de los CDVIR/CRVIR y los datos reportados por el SNIS, debido a un problema de registro ocasionado por el cambio en el Sistema de M&E y Vigilancia en cuanto al monitoreo de pruebas de VIH.

⁷ El indicador se construye a partir de datos de la información disponible en los CDVIR/CRVIR. 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.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Población gay, bisexual, trans y otros hombres que tiene sexo con hombres)⁸

Indicador 1.11.

Porcentaje de Población Gay, bisexual y trans - Hombres que tiene sexo con hombres al que llegaron los programas de prevención del VIH⁹

Grupos de edad (años)	Población GBT – HSH		
	Llegan a los programas de prevención	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	374	574	65,16
25 y más	145	445	32,58
Total	519	1019	50,93

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

El estudio SEMVBO revela que de la muestra total del estudio SEMVBO 51% sabe dónde dirigirse para someterse a una prueba de VIH, al igual que en el caso de las trabajadoras sexuales la cobertura del sistema de salud es baja considerando que es el grupo de mayor vulnerabilidad al VIH, en esa línea se plantearon una serie de estrategias de intervención a partir del funcionamiento del Comité de Acceso Universal de la población GBT-HSH impulsando un trabajo articulado de PEPs y estrategias de impacto directo para garantizar el acceso de este grupo a los programas de prevención; sin embargo aún queda mucho trabajo por realizar y buscar estrategias de mayor efectividad que permiten el acceso universal que se ve limitado principalmente por problemas de estigma y discriminación de y hacia la población.

Indicador 1.12.

Porcentaje de Población Gay, bisexual y trans - Hombres que tiene sexo con hombres que declara haber usado un preservativo en su última relación sexual anal

Grupos de edad (años)	Población GBT – HSH		
	Usa preservativo	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	354	532	66,54
25 y más	288	402	71,64
Total	642	934	68,74

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

⁸ La información para el caso de este grupo poblacional proviene del estudio de Vigilancia de Segunda Generación: Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia, este es un estudio 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, el año 2008. Se utilizó el método de muestreo "Respondent Driven Sampling" (RDS) alcanzando un total de 1019 hombres que tiene sexo con hombres entrevistados, de un tamaño de muestra estimado de 1200 participantes

⁹ Para la construcción de este indicador se considera un proxy a partir del estudio SEMVBO

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.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

El estudio SEMVBO permite determinar que el uso del condón en general es moderado en la Población Gay, bisexual y trans - Hombres que tiene sexo con hombres ya que de un total de 934 entrevistados tan sólo 642, es decir el 69% uso en condón en su última relación sexual anal, siendo este un grupo de alta vulnerabilidad es preciso identificar estrategias de impacto para incidir en el Cambio de Conductas y Comportamientos, considerando las altas de prevalencias de VIH existentes en la población en cuestión.

Indicador 1.13.

Porcentaje de Población Gay, bisexual y trans - Hombres que tiene sexo con hombres que se sometieron a una prueba de VIH y conocen los resultados

Grupos de edad (años)	Población GBT – HSH		
	Se sometió a una prueba	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	208	574	36,24
25 y más	145	445	32,58
Total	353	1019	34,64

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

La cobertura de pruebas de VIH en este grupo vulnerable es de apenas 35%, siendo este el de mayor prevalencia, se debe mejorar y fortalecer las coberturas de atención de esta población y promover la prevención secundaria; si bien existe mucha información y un trabajo más estrecho con esta población el acceso es muy limitado por parte de la propia población.

Indicador 1.14.

Prevalencia de VIH en Población Gay, bisexual y trans - Hombres que tiene sexo con hombres

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 (SEMVBO) - 2008

El estudio SEMVBO encontró un total de 108 casos de VIH en Población Gay, bisexual y trans - Hombres que tiene sexo con hombres, con prevalencias 9,6% en La Paz-El Alto, 10,20% en Cochabamba y 15% en Santa Cruz, realizando una interpolación a nivel nacional la prevalencia estaría en el orden de **11,6%** en esta población siendo el grupo que mayor prevalencia registra. Estos datos permiten caracterizar la epidemia como concentrada, un detalle que se debe tomar en cuenta es que un porcentaje importante declara orientación bisexual incrementando el riesgo de transmisión por las prácticas sexuales sin protección. Estas altas tasas han motivado que gran parte de los esfuerzos de la Novena Ronda estén orientados a mejorar el acceso de la población GBT-HSH y se definan nuevas estrategias de prevención; sin embargo no se deben descuidar las otras poblaciones principalmente jóvenes que presentan un alto grado de vulnerabilidad a la epidemia.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

3.4. **Objetivo 2** **Reducir en un 50% la transmisión de VIH entre Usuarios de Drogas Inyectables (UDIs)**



Bolivia, es un país que no presenta una población prioritaria entre UDIs, ya que el consumo de drogas está concentrado en otro tipo de drogas y las prevalencias de VIH se manifiestan en las poblaciones vulnerables así tanto el estudio SEMVBO como PREVETS muestran una proporción de 18% en trabajadoras sexuales que alguna vez consumieron algún tipo de droga y 25% en el caso de la población GBT-HSH; sin embargo en temas asociados a comportamientos de riesgo el consumo de alcohol en ambas poblaciones supera los 2/3 a nivel de las ciudades investigadas.

En este sentido no se considera relevante reportar esta información para el informe de Progreso.

3.5. **Objetivo 3:** **Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida**



Reducir la transmisión vertical del VIH/SIDA como una expresión concreta del derecho a la salud que tiene cada niño y niña representa un desafío fundamental para las políticas de salud, en el entendido de que el riesgo de transmisión materno infantil puede reducirse de manera significativa a través de la PTMI incluyendo aplicación de esquemas profilácticos antirretrovirales para la mujer embarazada VIH (+) y el recién nacido, aplicación de prácticas seguras en el parto y el uso de alternativas seguras de lactancia.¹⁰

En este escenario el país ha ido implementado una serie de normas y políticas nacionales con estrategias dirigidas a la protección y atención de mujeres embarazadas y niños, producto de estas acciones se ha incrementado de forma importante el número de pruebas, solamente entre 2010 y 2011 el incremento es del orden del 23%, lo que determina una cobertura de 50,22% con respecto al número estimado de embarazos.

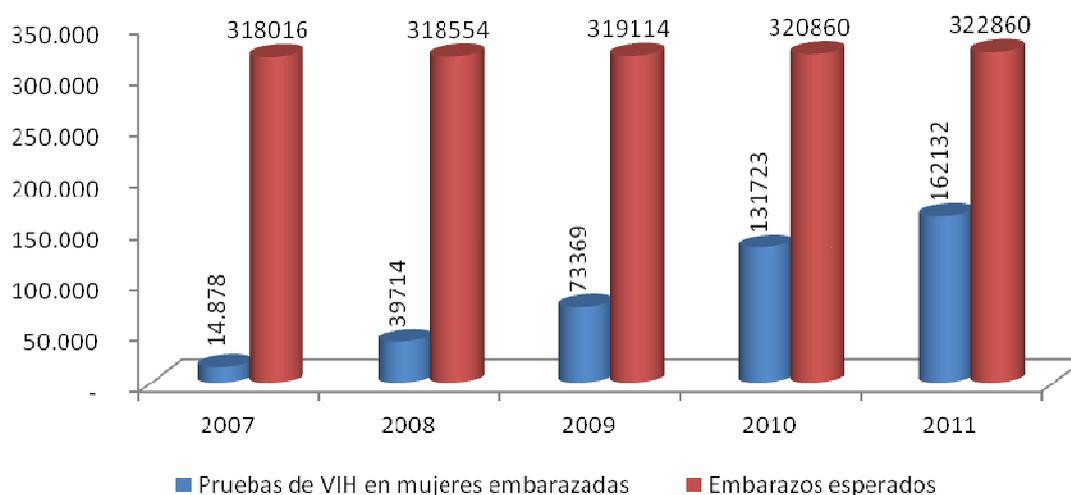
¹⁰ Ministerio de Salud y Deportes – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA “Guía para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita”. La Paz – Bolivia, 2011.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

- ✂ El acceso de embarazadas a pruebas rápidas de VIH en el 2011 fue del 50%, de las cuales un 65% corresponde al área urbana y un 35% al rural.
- ✂ Se incremento el número de establecimientos de salud que ofertan pruebas rápidas de VIH y municipios que compran pruebas rápidas de VIH conforme RM No. 521, de 385 establecimientos de salud en 2010 a 815 en el 2011 y de 176 municipios que compran pruebas rápidas en el 2010 a 2017 municipios en el 2011 respectivamente.
- ✂ El 95% de embarazadas presentes en 41 comunidades del Municipio rural de Huanuni (Oruro) accediendo a pruebas rápidas de VIH y Sífilis, conocen su estado serológico relacionado al VIH y Sífilis y accediendo a profilaxis y tratamiento respectivamente (iniciativa piloto en área rural para Bolivia).
- ✂ Un total de 122 establecimientos de primer y segundo nivel de atención en salud de las ciudades de La Paz, Oruro y Potosí realizando las pruebas rápidas de VIH y sífilis para eliminar la sífilis y PTMI del VIH.

Bolivia:

Número de pruebas de VIH en mujeres embarazadas, respecto al total de embarazos esperados



Fu

ente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Sistema Nacional de Información en Salud

Desde el año 2010, el país ha asumido el compromiso de eliminar la sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical, mediante el desarrollo de La Estrategia Nacional de Eliminación de Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical, en ese marco se han definido una serie de estrategias e intervenciones: i) ampliación de la cobertura de la prueba de VIH como parte de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil; ii) línea de base en maternidades seleccionadas del país en mujeres parturientas y puérperas en el año 2011; iii) elaboración, impresión y difusión de la guía para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita el año 2011; iv) implementación de vigilancia centinela en mujeres embarazadas el año 2012; v) implementación de

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

acciones de eliminación de sífilis congénita y prevención de la TMI; y, vi) Diagnóstico de niñas y niños nacidos de madres VIH(+), en proceso de conclusión.

Indicador 3.1

Porcentaje de embarazadas VIH que recibe TAR para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil¹¹

Descripción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de embarazadas seropositivas que reciben ARV para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	17	34	35	105	199	168
Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses (madres que necesitan PTVMI)	431	394	365	343	330	322
Porcentaje	3,94	8,63	9,59	30,61	60,30	52,17

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Spectrum

En la gestión 2011, se ha presentado una reducción en el número de nuevos embarazos con seropositividad lo que ha determinado una reducción en la cobertura de profilaxis con respecto al número estimado de mujeres embarazadas VIH (+), desde luego este dato requiere hacer un análisis de los factores que han incidido en este porcentaje y estudiar los denominadores obtenidos con el Spectrum.

Indicador 3.3: Transmisión materno-infantil

Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses (modelo del Spectrum)

Descripción	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número estimado de nuevos casos de niños infectados por VIH debido a la transmisión materno-infantil entre niños nacidos de madres	163	148	136	120	110	70
Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses (madres que necesitan PTVMI)	431	394	365	343	330	322
Porcentaje	37,82	37,56	37,26	34,99	33,33	21,74

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - Spectrum

El modelado realizado con Spectrum a partir de los datos de transmisión materno-infantil en el país permite determinar una tasa de 20% de la transmisión vertical es decir que 20 nacidos de cada 100 madres VIH(+) estarían adquiriendo el VIH a través de la madre, esta cifra supone un desafío grande para el sistema de salud pública y una revisión en profundidad de las estrategias de prevención en este grupo poblacional.

¹¹ De acuerdo con la Guía para la transmisión vertical el esquema recomendado (de elección) es el conformado por zidovudina, lamivudina y nevirapina o efavirenz (AZT + 3TC + NVP o EFV) se considera de primera línea y en el 2011 es el que se suministra como PTMI.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

3.6. Objetivo 4

Lograr que 15 millones de personas que viven con VIH sigan un tratamiento antirretrovirico para 2015



Bolivia en los últimos cuatro años ha ido desarrollando una serie de acciones para mejorar y fortalecer la logística de medicamentos, así como la efectividad de los esquemas suministrados en el contexto definido por los objetivos de Acceso Universal. Desde el Comité Farmacoterapeutico Nacional se han impulsado una serie de mejoras en los esquemas de tratamiento, asimismo se ha implementado el sistema de seguimiento de Indicadores de Alerta Temprana para la farmacoresistencia.

Indicador 4.1.

Porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV - 2010

Grupos de Edad (años)	Pacientes en TARV			Número estimado de pacientes que necesitan TARV			%
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
0 - 4	23	12	11	277	141	136	8,30
5 - 14	38	18	20	411	209	202	9,24
15 y más	1200	787	413	6516	4494	2022	18,42
Total	1261	817	444	7204	4844	2360	17,50

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - Spectrum

La información disponible del año 2010 permite determinar que la cobertura de TARV respecto a las estimaciones es de 17,50%, distribuyéndose el 18,42% en la población adulta y aproximadamente 9% en la población menor de 15 años. Un análisis comparativo muestra en general un incremento gradual salvo por un descenso el año 2010 que obedece a un problema en las proyecciones que muestran un dato atípico para 2009 que sale de la tendencia observada; sin embargo tomando el dato puntual y considerando la evolución en el tiempo se registra un incremento importante en los tres últimos años aspecto que probablemente se pueda explicar por una detección más temprana y un inicio oportuno de la terapia antirretrovirica.

Porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV

Personas VIH (+) que reciben terapia antirretroviral	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (prel)
Personas con infección avanzada que reciben terapia antiretroviral	382	496	758	1115	1261	1937
Número estimado de personas con infección avanzada que necesitan terapia antirretroviral	5163	5163	5065	4944	7204	7059
Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe terapia antiretroviral	7,40%	9,61%	14,97%	22,55%	17,50%	27,44%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - Spectrum

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Indicador 4.2.

Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que continúan con vida después de empezar TARV
Cohorte de análisis Enero – Junio/2010

Personas VIH (+) que reciben terapia antirretroviral	Iniciaron TARV	Continúan 12 meses después	%
Personas que viven con VIH/sida que reciben TARV	297	177	60%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Informe de Indicadores de Alerta Temprana

Este indicador permite determinar la adherencia terapéutica y permite determinar el incremento de la supervivencia de niños y adultos en TARV. El porcentaje obtenido forma parte de los Indicadores de Alerta Temprana para la Farmacorresistencia que se empezó a implementar desde la cohorte de pacientes que iniciaron TARV entre enero y junio 2010, los criterios técnicos empleados definen que un paciente se considera perdido si no se registra recojo de medicamentos hasta 90 días después de su último recojo. En este ejercicio del total de pacientes que iniciaron su terapia se registran 7 fallecidos y 26 casos que no se sabe su situación posterior. El resultado obtenido estaría indicando que alrededor de uno de cada tres pacientes se quedan sin medicamentos al menos durante 90 días este problema subyace dos dimensiones por parte la responsabilidad propia del paciente y la falta de seguimiento por parte del sistema de salud; por lo que se ha recomendado generar estrategias de intervención que fortalezcan el seguimiento de los pacientes para garantizar la supervivencia, la adherencia y evitar la farmacorresistencia a los antirretrovirales. En esta línea durante el mes de febrero de 2012 se han impulsado mesas de trabajo para revertir esta situación.

Objetivo 5

Reducir al 50% el número de muertes por TB entre las PVVS para el 2015



Indicador 5.1.

Porcentaje estimado de casos de incidencia de personas seropositivas que tienen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH.

Casos de co-infección TB-VIH que recibieron tratamiento para la tuberculosis y el VIH	2006	2007	2008	2009	2010 Línea de Base	2011 Línea de Base
Número de personas notificadas con co-infección TB-VIH	28	14	37	47	141	210
Número estimado de personas con co-infección TB-VIH	136	148	173	185	450	450
Porcentaje	20,59%	9,46%	21,39%	25,41%	31,33%	46,67%

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Línea de Base de la Co-infección TB-VIH - 2011

La co-infección TB/VIH profundiza la vulnerabilidad de las PVVS ya que al aumentar la carga viral acelera la progresión del VIH y tiene efectos letales, tal es así que una de cada tres personas con sida fallece a causa de la TB, estos elementos han determinado la formulación de planes de trabajo conjunto en los contextos departamentales para garantizar el tratamiento y contribuir a la supervivencia de las PVVS.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Los datos del estudio de línea de base muestran que menos del mitad de los casos estimados a nivel nacional estarían con un tratamiento adecuado, por lo tanto el factor de riesgo y muerte se hace bastante alto en las personas con co-infección, este aspecto obliga a fortalecer las acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH, para optimizar la Respuesta Nacional.

3.7. Objetivo 6

Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000 – 24.000 millones de USD) en países de ingresos bajos y medios



La epidemia del VIH/SIDA ha desatado una crisis mundial sin antecedentes, hasta el punto de haberla declarado como una emergencia mundial por atentar contra la seguridad sanitaria y humana en todo el planeta, principalmente en las regiones de mayor pobreza. Por el contexto epidemiológico y el financiamiento que repercute esta enfermedad al sistema de salud y en especial a los hogares a través del gasto de bolsillo, ONUSIDA presenta una metodología denominada MEGAS, la cual pretende ensamblar un sistema de seguimiento oportuno y

sistémico del gasto en VIH/SIDA, tema básico en el monitoreo a las políticas nacionales y de

las agencias que ofrecen asistencia, a la Respuesta Nacional al VIH/SIDA como es el caso de nuestro país.

Objetivo General.

“Identificar el gasto en VIH/SIDA de Bolivia a través de la metodología de MEGAS”.

Objetivos Específicos.

- ✂ Contar con bases sistematizadas para medir el gasto y la evolución del mismo en VIH/SIDA, tanto total como desagregado por categoría del gasto y fuente de financiamiento.
- ✂ Definir el indicador 6.1 que será introducido en el informe final de los progresos del país para la gestión 2012, de acuerdo a las directrices vigentes.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Metodología

La metodología del MEGAS analiza básicamente todas las actividades de seguimiento de flujos de financiamiento y medición de gasto, proporcionando de esta manera indicadores de la respuesta nacional al VIH/SIDA, lo cual permite monitorear la movilización de recursos.

La dimensión triangular descrita por el Financiamiento, Provisión y Consumo, se constituyen en los aspectos esenciales del sistema de información, dirigido a apoyar una respuesta expandida y efectiva al VIH/SIDA, así como del empoderamiento de las comunidades interesadas en una respuesta efectiva y oportuna.

Adicionalmente la metodología del MEGAS ofrece información cuantitativa sobre la capacidad de absorción financiera de un país, e información básica para empezar un análisis sobre los cuellos de botella estructurales, así como sobre temas de equidad, eficiencia y efectividad del proceso de asignación de recursos.

Por otra parte, MEGAS apunta a servir como una herramienta de evaluación y planificación que genera información útil para el proceso de toma de decisiones y para el diseño de políticas destinadas a reducir la epidemia del VIH/SIDA.

Considerando la importancia del MEGAS descrita anteriormente, Bolivia comenzó la estimación del gasto en VIH/SIDA a partir de mediados del mes de Febrero de la presente gestión, donde se procedió a clasificar e identificar las instituciones públicas, privadas y de cooperación externa claves que se encuentran relacionadas con la evolución del gasto en VIH/SIDA, esto se realizó con el objetivo de completar la información proporcionada por el MEFP y MSD.

Finalmente, una vez recepcionada las bases de datos de las instituciones públicas, privadas y de la cooperación externa, se procedió a sistematizar y analizar la misma, así como también a realizar los ajustes solicitados por el estudio con el objetivo de no incurrir en la doble contabilización. A continuación se detallarán los alcances, las fuentes de información y los problemas encontrados en la obtención de información.

Delimitación

Delimitación Temporal. Para realizar la evaluación del gasto en VIH/SIDA en Bolivia se tomo en cuenta el periodo de tres años, el mismo se encuentra entre el rango de tiempo del 2009 al 2011.

Delimitación Espacial. Si nos referimos a la delimitación espacial este comprende los tres subsectores del sistema de salud boliviano, es decir que toma en cuenta el subsector público (Ministerio de Salud y Deportes, Instituciones Descentralizadas, Gobiernos Departamentales y Gobiernos Municipales), seguridad social de corto plazo (16 entes gestores) y el subsector privado.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Fuentes de información

Una condición necesaria para tener un gasto de salud en VIH/SIDA confiable es contar con una buena información financiera y registros administrativos constantes. Dicha información proviene de múltiples fuentes, las cuales deben ser identificadas y analizadas con el fin de determinar su periodicidad, el instrumento metodológico que les de sustento, y los actores y responsables involucrados en el levantamiento y su integración de las mismas.

Las fuentes de información utilizadas para determinar el gasto de VIH/SIDA del sector público son obtenidas de las siguientes instituciones:

- Dirección General de Contabilidad Fiscal (DGCF). La base de datos obtenida de la DGCF es el insumo principal para determinar el gasto en salud de VIH/SIDA del subsector público, el cual tiene como estructura de gasto e ingreso los clasificadores presupuestarios proporcionados por el MEFP.
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE). Información de las ejecuciones presupuestarias de los proyectos de inversión en el sector salud correspondiente a la Administración Central, Gobiernos Departamentales y Gobiernos Municipales. Esta información es utilizada para actualizar o completar la información que no se encuentra o identifica en la base de datos de la DGCF. (Base de apoyo para comparar los proyectos de inversión en los municipios respecto a la temática estudiada)
- Ministerio de Salud y Deportes (MSD). Información relevante de las ejecuciones presupuestarias y actividades del Programa de ITS/VIH/SIDA, así como también de los Dirección de Seguros Públicos de Salud en relación al SUMI y del Sistema Nacional de Información en Salud en relación a los recursos humanos.
- Servicio Departamental de Salud. Información relevante sobre los recursos humanos que trabajan en la temática del VIH/SIDA a nivel departamental, así como también ejecuciones presupuestarias en alguno de los departamentos.

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

- Instituto Nacional de Seguros Sociales (INASES). La información que proporciona el INASES está referida a los estados financieros, presupuestos y sus respectivas ejecuciones del ingreso y gasto de todas las Cajas y Seguros de Salud respecto a la temática estudiada, así como también de los anuarios bioestadísticos de los entes gestores.
- Caja Nacional de Salud. Se solicitó información de las ejecuciones presupuestarias con respecto a actividades inherentes al VIH/SIDA.

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

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

- Instituto Nacional de Estadística (INE). Se utiliza la información de las encuestas de hogares que realiza el INE cada año a excepción del 2003 – 2004 que la modalidad de la encuesta fue continua; dicha encuesta presenta información de gasto en salud a través del hogar (gasto de bolsillo). El INE también proporciona información de las exportaciones e importaciones de los productos químicos y farmacéuticos por departamento con el objetivo de determinar el gasto en medicamentos.
- Organismos No Gubernamentales. Información referente a ejecuciones presupuestarias por parte de sub receptores y ONGs que destinan recursos a la línea de acción del VIH/SIDA.
- Agencias de Cooperación. Dentro de las cuales se encuentran las Agencias Bilaterales y Multilaterales que proporcionan información relevante a los recursos que destinan al VIH/SIDA.

En el Cuadro se puede apreciar un resumen detallado del total de formularios remitidos a las diferentes instituciones involucradas en el estudio de la evaluación del gasto en VIH/SIDA (Sector Público, Seguridad Social de Corto Plazo, ONGs, Sociedad Civil, Agencias Bilaterales y Multilaterales de cooperación), de los cuales por su importancia se encuentra el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA que corresponde al Ministerio de Salud y Deportes, seguido por la Asociación Ibis e Hivos que es el receptor principal de las fuentes de financiamiento del Fondo Global, también se obtuvo información relevante de ONUSIDA, UNFPA y OPS. En el ámbito de los Gobiernos Departamentales y Municipales se trabajó con la información proveniente de la Dirección General de Contabilidad Fiscal dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, así como también información de los SEDES.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Calidad y cobertura de la información

La información solicitada a las diferentes instituciones tanto del sector público como del sector privado que respondieron fue completada de acuerdo a las instrucciones descritas en las Directrices. A continuación se realizará un detalle de estas instituciones y el alcance de su información:

- El nivel central, departamental y municipal tuvo como fuente de información más importante la otorgada por la DGCF y el VIPFE, los mismos son dependientes del MEFP y MPD respectivamente, es necesario aclarar que a estas dos instituciones no se enviaron cuestionarios debido a que ellos trabajan con bases de datos donde se puede identificar las ejecuciones presupuestarias de las instituciones relacionadas a actividades en materia de gasto en VIH/SIDA. Cabe mencionar que la cobertura de información presenta al Nivel Nacional, Gobiernos Departamentales y Gobiernos Municipales, en el caso del nivel nacional se encuentra las ejecuciones referidas al órgano ejecutivo (Por ejemplo: Ministerio de Salud y Deportes) e instituciones descentralizadas (Por ejemplo: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento), si nos referimos a los gobiernos departamentales, estos se refieren en su mayoría a los gastos relacionados a recursos humanos y finalmente se encuentra los gobiernos municipales que ejecutan recursos en VIH/SIDA.
- Las ONGs y la sociedad civil tuvieron como fuente de información los formularios solicitados que les fueron enviados, en las cuales estos organismos pudieron responder e identificar la información requerida.
- En el caso de las agencias multilaterales se tuvo la participación del UNFPA, ONUSIDA y OPS, el mismo que clasifico sus gastos de acuerdo a lo solicitado por el formulario.

Problemas en el recojo de la información

- 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. En el caso de la encuesta de hogares proporcionado por el INE, una vez revisada la boleta de encuesta no se encontró ninguna variable que nos ayude a estimar el gasto de Hogares en VIH/SIDA.
- Otro sector que no pudo identificarse el gasto en VIH/SIDA es la Seguridad Social de Corto Plazo a través de sus entes gestores, que según la información que reporta en el INASES y en sus anuarios no especifican esta enfermedad. Es importante mencionar que se acudió también a la Caja Nacional de Salud que representa el 85% de la población afiliada y por ende del gasto, si bien nos indicaron que ejecutan recursos de prevención en la enfermedad, no pudieron desagregar estos gastos.
- La información de la gestión 2011 en materia de ejecuciones presupuestarias en la mayoría de las instituciones las tienen cerradas a partir del mes de abril, este fue el motivo principal de comenzar la recopilación de información a finales de febrero.
- La mayoría de las ONGs se encuentran en el interior del país y no respondieron, es importante mencionar que se hizo seguimiento vía telefónica y se mandaron correos electrónicos, no hubo respuesta alguna.
- En lo que respecta a instituciones pertenecientes a Naciones Unidas, existieron tres de ellos que no proporcionaron información, como ser UNICEF, PMA y PNUD.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

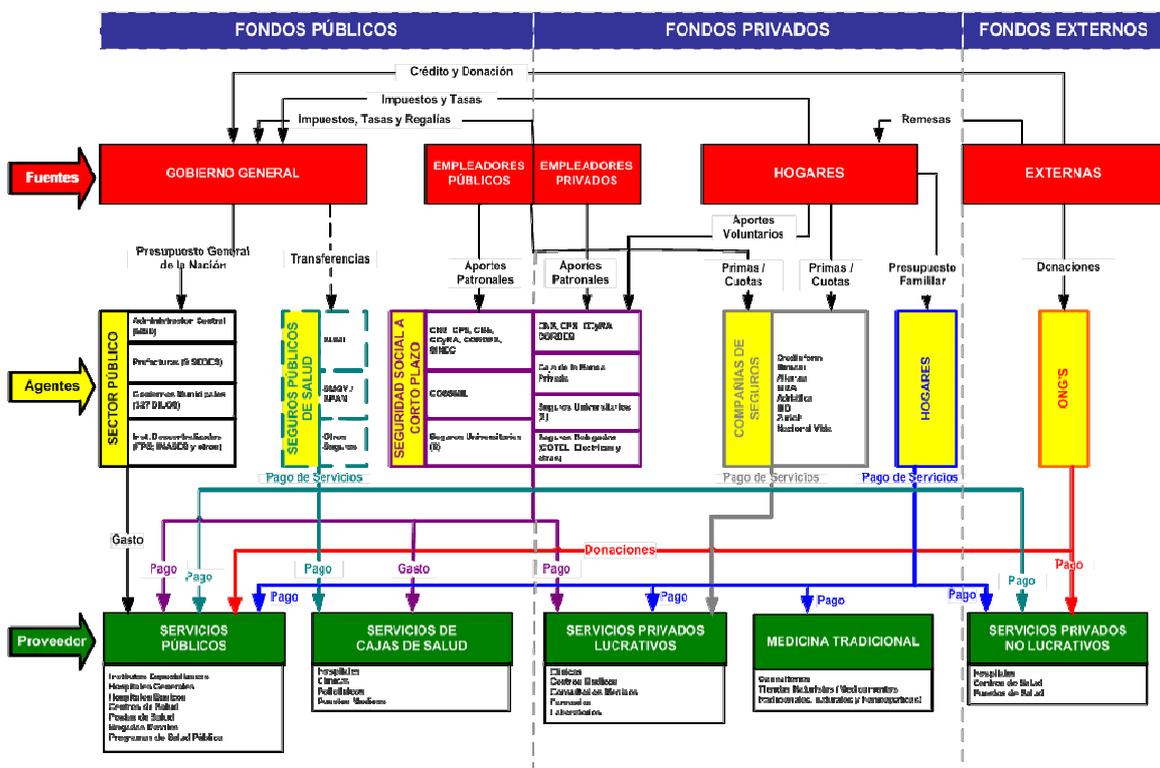
Financiamiento y gasto en salud

En la Figura 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.

Esquema del Flujo de Financiamiento y Gasto en Salud

Fuente: Extraído del documento “Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia”. (2003 – 2007).

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.

- **Fondos Públicos.** Se refiere 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.
- **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.
- **Fondos Externos.** Son aquellos que 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.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

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.

- **Gobierno General.** Es el actor principal de políticas públicas en salud provee recursos al Sector Público 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 Salud.
- **Empleadores.** 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.
- **Hogares.** 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.
- **Externos.** 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 Reportes de Prestaciones Establecidas por el SUMI (REPES), 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 SSPAM), 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.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

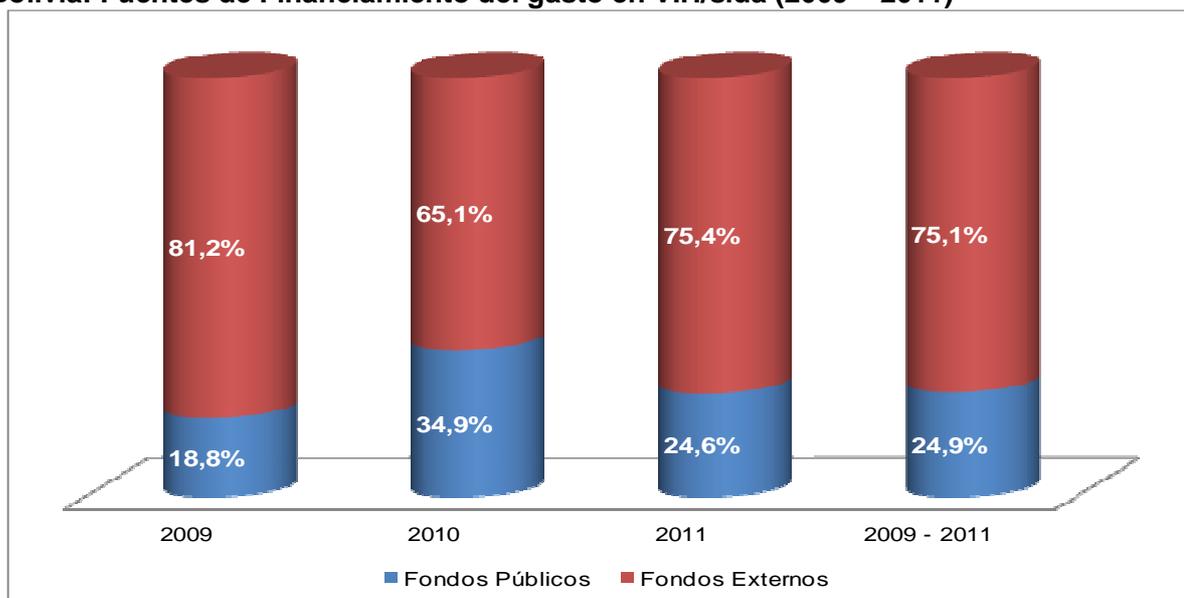
- La Medicina Tradicional percibe recursos de los hogares y los Servicios Privados No Lucrativos perciben recursos de las ONGs, Seguros Públicos de Salud bajo convenio y los hogares, es importante mencionar que el costo de las atenciones en estos establecimientos de salud son relativamente más económicas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

Resultados

Fuentes de financiamiento

En la Figura siguiente se puede observar la asignación de recursos a la respuesta nacional del VIH/SIDA en el país para el periodo 2009 al 2011, el cual ascendió en estos tres años a 25.1 millones de dólares, de los cuales en promedio el 24.9% corresponde a los fondos públicos y el restante 75.1% pertenece a los fondos externos. Es importante mencionar que en la gestión 2010 los fondos públicos corresponden al 34.9% del total ejecutado, es decir 10% más que el promedio, esto se debió principalmente a que el Fondo Mundial a través de la Asociación Ibis – Hivos ejecutó en esta gestión 1.8 millones de dólares monto que es inferior al 2009 y al 2011 con 5.2 millones de dólares y 4.7 millones de dólares respectivamente.

Bolivia: Fuentes de Financiamiento del gasto en VIH/sida (2009 – 2011)



Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

Del total ejecutado por los fondos externos en el periodo de análisis, aproximadamente el 63% corresponde al Fondo Mundial a través de la Asociación Ibis – Hivos, en segundo lugar se encuentran otros organismos financiados con recursos externos con el 23.2%, posteriormente se ubican los organismos pertenecientes a las Naciones Unidas con el 8.3% y finalmente las agencias de cooperación de orden bilateral con el 5.5%. (Ver Cuadro 2)

En lo que respecta a los fondos públicos estos provienen del presupuesto general del estado, para el periodo de análisis el Nivel Nacional representado por el MSD es la institución que ejecuta una menor cantidad de recursos en comparación a los otros dos niveles con el 8.4%, si nos referimos a nivel departamental la ejecución de recursos correspondiente al VIH/SIDA está

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

relacionada principalmente al pago de personal de salud que trabaja directamente en los programas departamentales de ITS/VIH/SIDA y en los CDVIR respectivos, el porcentaje de este nivel asciende a 38.9% del total ejecutado, por otro lado los municipios presentan una ejecución del 52.6%, el mismo en su mayoría se relaciona con las prestaciones otorgadas por el SUMI.

Un análisis comparativo entre las tres gestiones y tomando como base el año 2009, observamos que los recursos asignados a la respuesta frente al VIH/SIDA han permanecido constantes para la gestión 2011; esto como resultado de una estabilidad en la asignación de fondos internacionales. En lo que respecta a los fondos públicos estos han presentado un crecimiento del 24% con respecto al 2009, es decir de 1.8 millones de dólares a 2.2 millones de dólares.

Fuentes de Financiamiento (2009 – 2011) En Dólares

FONDOS	2009	2010	2011	2009 - 2011
Fondos Públicos	1.833.430	2.158.058	2.276.663	6.268.151
Nacional (MSD)	78.521	267.094	183.960	529.576
Departamental	770.605	797.610	872.733	2.440.948
Municipal	984.303	1.093.354	1.219.970	3.297.627
Fondos Externos	7.900.005	4.028.664	6.975.047	18.903.717
Bilateral	521.059	357.342	156.582	1.034.983
Naciones Unidas	613.437	458.818	499.221	1.571.477
Fondo Mundial	5.215.054	1.898.008	4.799.828	11.912.890
Otras externas (ONGs)	1.550.455	1.314.496	1.519.416	4.384.367
Total Fondos	9.733.435	6.186.723	9.251.710	25.171.868

Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

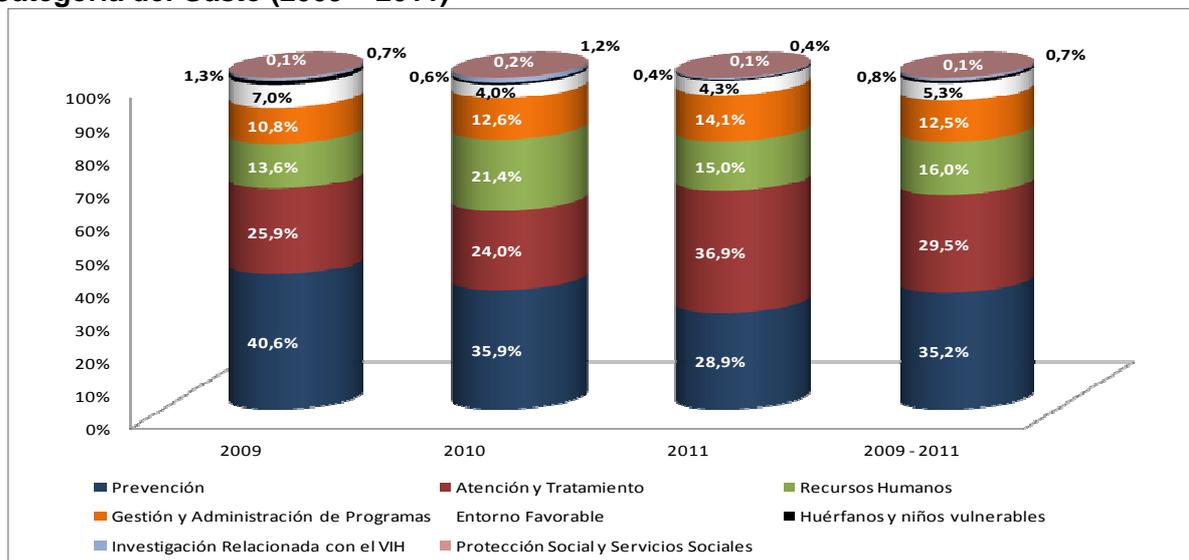
Categoría de gasto

En el gráfico siguiente se puede observar la asignación de recursos por categoría de gasto, el cual permite visualizar cómo se está invirtiendo los recursos económicos en la lucha contra el VIH/SIDA en el país.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Categoría del Gasto (2009 – 2011)



Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

Del total de gastos ejecutados en el período que abarca del 2009 al 2011, el 35.2% corresponde a la actividades relacionadas con la prevención, 29.5% a la atención y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA, 16% a contratación de personal e incentivos de retención referido específicamente al rubro capacitación, 12.5% a gestión del programa y fortalecimiento de la administración, 5.3% a entorno favorable y el restante 1.6% se distribuye en tres actividades relacionados con Huérfanos y niños vulnerables con el 0.8%, seguido por investigaciones relacionadas con el VIH/SIDA con el 0,7% y finalmente las actividades de protección social y servicios sociales con el 0,1%. A continuación se describirán las actividades de mayor importancia en las ocho categorías.

- Para el periodo de análisis existieron dos sub categorías que resaltaron en lo que respecta a la ejecución del gasto en prevención de la enfermedad, la primera de ellas se refiere a la comunicación para cambio social y comportamental con el 30.4% y la segunda a la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual con el 28.4%.
- En la categoría denominada atención y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA, el 39.9% del gasto ejecutado en esta categoría se relaciona con los servicios de atención y tratamiento sin clasificar en otras categorías (s.c.o.), seguido por los servicios de atención y tratamiento no desglosados por intervención con el 32.9%, y en tercer lugar se encuentra la atención ambulatoria con el 27.2%.
- Para la categoría denominada huérfanos y niños vulnerables el 61.9% del gasto ejecutado corresponde a los servicios para HNV no desglosados por intervención, seguido por la educación para HNV con el 35.1% del total ejecutado.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

- Más de la mitad de los recursos orientados a la gestión del programa y fortalecimiento de la administración, fueron destinados a la planificación, coordinación y gestión de programas con el 55.3%, seguido por la gestión y administración de programas no desglosadas por tipo con el 19.9% y en tercer lugar se encuentra las actividades de monitoreo y evaluación con el 18.1%.
- En lo que respecta a la categoría denominada recursos humanos el 71% del total ejecutado se destina a recursos humanos no desglosados por tipo, seguido por los incentivos monetarios con el 21.3%. Es importante mencionar que el porcentaje de 71% del gasto ejecutado corresponde a los recursos humanos que son utilizados tanto en el programa nacional como también a nivel departamental incluyendo el personal de los CDVR.
- Con respecto a la categoría relacionada al entorno favorable, cerca del 37% de la ejecución del gasto para el periodo analizados se destina a actividades relacionadas con la sensibilización, seguido por los programas de derechos humanos con el 23% y en tercer lugar corresponde a los programas para reducir la violencia de género con el 20%.
- En la parte de investigación relacionada con VIH/SIDA aproximadamente el 40% del total ejecutado fue para la investigación epidemiológica, seguido por actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosada por tipo con el 37.7% del total ejecutado.
- Los montos destinados a protección social y servicios sociales son muy bajos.

Un análisis comparativo entre los tres años (2009 al 2011), se observa que el gasto en VIH/SIDA sufre algunos cambios en los montos y estructura del gasto. En el año 2009 del total del ejecutado que asciende a 9.7 millones de dólares, el 41% estuvo dirigido a actividades relacionadas a la prevención, el 26% del total ejecutado corresponde a la atención y tratamiento de personas con VIH/SIDA, y la diferencia de 33% se encuentra distribuido en las otras categorías.

Para la gestión 2010 el gasto disminuye a 6.1 millones de dólares produciéndose una reducción con relación al 2009 del 36.4%. Del total gastado en esa gestión, el 36% corresponde a actividades de prevención, 24% a actividades relacionadas a la atención y tratamiento de personas con VIH/SIDA, 21% a recursos humanos, y el restante 19% a otras categorías.

El año 2011 presenta un monto de gasto ejecutado de 9.2 millones de dólares, produciéndose un incremento del 49.5% con relación al 2010. Del gasto anual, el 37% corresponde a atención y tratamiento de personas con VIH/SIDA, 29% a actividades de prevención, 14% a gestión y administración del programa, 15% a recursos humanos y el restante 5% a otras categorías.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Categoría del Gasto (2009 – 2011) En Dólares

CATEGORÍA	2009	%	2010	%	2011	%	2009 - 2011
Prevención	3.950.705	41%	2.221.940	36%	2.677.372	29%	8.850.017
Atención y Tratamiento	2.525.033	26%	1.484.680	24%	3.411.928	37%	7.421.641
Huérfanos y niños vulnerables	121.682	1%	39.709	1%	33.065	0%	194.456
Gestión y Administración de Programas	1.056.040	11%	781.451	13%	1.306.924	14%	3.144.415
Recursos Humanos	1.323.339	14%	1.325.697	21%	1.385.706	15%	4.034.743
Protección Social y Servicios Sociales	9.460	0%	10.509	0%	5.217	0%	25.187
Entorno Favorable	679.997	7%	246.812	4%	395.848	4%	1.322.656
Investigación Relacionada con el VIH	67.180	1%	75.923	1%	35.650	0%	178.753
TOTAL	9.733.435	100%	6.186.723	100%	9.251.710	100%	25.171.868

Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

La categoría relacionada a actividades de atención y tratamiento a personas con VIH/SIDA, presentó una ejecución del gasto de 2.5 millones de dólares en la gestión 2009, pasa en el 2010 a 1.4 millones de dólares generando una reducción del 41.2% con relación al 2009 y en la gestión 2011 existe una ejecución del gasto que asciende a 3.4 millones de dólares produciéndose un incremento del 129% con relación al 2010.

En el tema de actividades relacionadas a la prevención, la ejecución del gasto en el 2009 ascienden a 3.9 millones de dólares, en tanto que en la gestión 2010, el gasto asciende a 2.2 millones de dólares, observado una disminución del 43.8% con relación al año anterior. Para la gestión 2011 el gasto asciende a 2.6 millones de dólares, observando un incremento de 20.5% con relación al 2010.

Matriz: Fuente de Financiamiento por categoría de gasto

En el Cuadro se puede observar la matriz que relaciona fuente de financiamiento por categoría del gasto para la gestión 2011. Para esta gestión el gasto en VIH/SIDA es de 9.2 millones de dólares de los cuales el Fondo Mundial a través del receptor principal, la Asociación Ibis – Hivos es el que presenta el mayor gasto ejecutado con el 51.8% que representa 4.7 millones de dólares. Seguido por 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 los Gobiernos Departamentales (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 24.6% del gasto total ejecutado, la misma asciende a 2.2 millones de dólares. Las otras fuentes externas (Agencias Bilaterales, Instituciones pertenecientes a las Naciones Unidas y Otras Internacionales) representan el 23.5% la misma asciende a 2.1 millones de dólares.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Matriz: Fuente de Financiamiento x Categoría de Gasto (2011) En Dólares

CATEGORÍA FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PÚBLICO		EXTERNO			TOTAL	
	Nacional	Sub Nacional	Bilateral	Naciones Unidas	Fondo Mundial Otras Internacionales		
Prevención		1.197.265	123.576	192.762	588.942	574.826	2.677.372
Atención y Tratamiento		1.356			2.816.937	593.634	3.411.928
Huérfanos y niños vulnerables			23.818	6.445		2.802	33.065
Gestión y Administración de Programas	96.663	21.348	2.899	24.101	1.108.135	53.778	1.306.924
Recursos Humanos	87.297	872.733	6.288	28.953	242.929	147.506	1.385.706
Protección Social y Servicios Sociales						5.217	5.217
Entorno Favorable				212.061	42.885	140.902	395.848
Investigación Relacionada con el VIH				34.900		750	35.650
TOTAL	183.960	2.092.702	156.582	499.221	4.799.828	1.519.416	9.251.710

Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

Evolución del gasto

En el siguiente cuadro se puede observar la evolución del gasto desde la gestión 2005, donde se incrementó de 1.8 millones de dólares para esa gestión a 9.2 millones de dólares para la gestión 2011. Es importante mencionar que para la estimación del gasto en VIH/SIDA en el periodo 2005 al 2008 no se contempló la ejecución del gasto en recursos humanos por parte de los departamentos, así como también del SUMI y los gastos de los municipios que incurren en esta temática, por tal motivo existe cerca de una diferencia de aproximadamente 1.9 millones de dólares en promedio.

Evolución del Gasto (2005 – 2011) En Dólares

CATEGORÍA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Prevención	913.726	1.227.530	1.235.949	2.177.784	3.950.705	2.221.940	2.677.372
Atención y Tratamiento	480.553	1.858.258	756.638	1.383.655	2.525.033	1.484.680	3.411.928
Huérfanos y niños vulnerables				10.058	121.682	39.709	33.065
Gestión y Administración de Programas	264.133	645.419	856.533	565.675	1.056.040	781.451	1.306.924
Recursos Humanos	59.837	37.469	169.472	419.656	1.323.339	1.325.697	1.385.706
Protección Social y Servicios Sociales				623.234	9.460	10.509	5.217
Entorno Favorable				213.501	679.997	246.812	395.848
Investigación Relacionada con el VIH	105.527	208.059	123.628		67.180	75.923	35.650
TOTAL	1.823.776	3.976.735	3.142.220	5.393.563	9.733.435	6.186.723	9.251.710

Fuente: Elaboración propia con información del sector público, cooperación externa y UNGASS 2010.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Matriz: Fuente de Financiamiento x Categoría de Gasto (2010) En Dólares

CATEGORÍA FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PÚBLICO		EXTERNO			TOTAL	
	Nacional	Sub Nacional	Bilateral	Naciones Unidas	Fondo Mundial Otras Internacionales		
Prevención		1.086.568	246.395	142.748	292.057	454.172	2.221.940
Atención y Tratamiento		1.221			964.672	518.788	1.484.680
Huérfanos y niños vulnerables			35.457			4.252	39.709
Gestión y Administración de Programas	204.458	5.565	2.461	3.556	515.494	49.917	781.451
Recursos Humanos	62.636	797.610	69.392	128.228	112.434	155.397	1.325.697
Protección Social y Servicios Sociales						10.509	10.509
Entorno Favorable			3.637	109.014	13.351	120.810	246.812
Investigación Relacionada con el VIH				75.273		650	75.923
TOTAL	267.094	1.890.964	357.342	458.818	1.898.008	1.314.496	6.186.723

Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

Matriz: Fuente de Financiamiento x Categoría de Gasto (2009) En Dólares

CATEGORÍA FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PÚBLICO		EXTERNO			TOTAL	
	Nacional	Sub Nacional	Bilateral	Naciones Unidas	Fondo Mundial Otras Internacionales		
Prevención		967.715	202.415	257.646	1.853.369	669.560	3.950.705
Atención y Tratamiento		1.099		4.120	2.011.809	508.005	2.525.033
Huérfanos y niños vulnerables			119.281			2.401	121.682
Gestión y Administración de Programas	36.636	15.490	111.173	55.231	786.561	50.949	1.056.040
Recursos Humanos	41.885	770.605	64.212	126.246	137.881	182.510	1.323.339
Protección Social y Servicios Sociales						9.460	9.460
Entorno Favorable			18.037	109.406	425.434	127.120	679.997
Investigación Relacionada con el VIH			5.941	60.789		450	67.180
TOTAL	78.521	1.754.908	521.059	613.437	5.215.054	1.550.455	9.733.435

Fuente: Elaboración propia con información del sector público y cooperación externa.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

3.8. Objetivo 7

Facilitar y establecer sinergias esenciales con los sectores de desarrollo



Indicador 7.1.

Instrumento de observación de los compromisos y políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y monitoreo y evaluación)

El ICPN se divide en dos partes, (las secciones que figuran en la parte A y B se han reorganizado desde la última ronda de notificación).

Parte A. Se entrega para que respondan los funcionarios gubernamentales. Esta parte abarca:

- I. Plan estratégico.
- II. Apoyo y liderazgo políticos.
- III. Derechos humanos.
- IV. Prevención.
- V. Tratamiento, atención y apoyo.
- VI. Vigilancia y evaluación

Parte B, Se entrega para que respondan los representantes de organizaciones de la sociedad civil, organismos bilaterales y organizaciones de las Naciones Unidas. Esta parte abarca:

- I. Participación de la sociedad civil.
- II. Apoyo y liderazgo políticos.
- III. Derechos humanos.
- IV. Prevención.
- V. Tratamiento, atención y apoyo.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

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:

- ✦ Coordinación con la sociedad civil.
- ✦ CONASIDA y CODESIDA conformados.
- ✦ Mejoramiento de acciones educativas a la población en general.
- ✦ Consolidar acciones de promoción, prevención, atención integral a las PVVs,
- ✦ Dotación de ARV, apoyo con el fondo mundial, elaboración de resolución ministerial 0711, implementación de sitios centinela..

Los principales problemas que se deben resolver son los siguientes:

- ✦ Mayor asignación presupuestaria.
- ✦ Homologar las resoluciones departamentales por las gobernaciones correspondientes.
- ✦ Seguimiento, monitoreo y evaluación de los CODESIDAs.
- ✦ Apoyo y compromiso por parte de autoridades en transición, inseguridad laboral.
- ✦ Mejorar la ampliación de los sistema de apoyo social.
- ✦ Mejorar la deficiencia en la capacidad de la red de laboratorios.

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:

- ✦ Se cuenta con el mecanismo de coordinación país.
- ✦ Inclusión de la sociedad civil en la participación para lucha contra el SIDA.
- ✦ Impulsar la Ley de protección de los derechos de pacientes con VIH.
- ✦ Impulsar los mecanismos de interacción social.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Sensibilizar al sector privado para mejorar la respuesta.
- ✦ La coordinación de ONG con programa nacional de ITS/VIH/SIDA.
- ✦ Coordinar y hacer cumplir las directrices del PEM como órgano rector por parte del MSD.
- ✦ Lograr incidencia en el desarrollo programático de las políticas y el alineamiento estratégico de las intervenciones y apoyo de la cooperación externa.

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

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

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:

- ✦ Guías y protocolos elaborados.
- ✦ Mayor aceptación y comprensión a poblaciones vulnerables.
- ✦ Mayor alcance de escolares con la temática de prevención del VIH.
- ✦ Reducción de la transmisión materna infantil.
- ✦ Capacitación al personal de salud respecto al VIH.
- ✦ Accesibilidad de las pruebas rápidas para VIH en todos los establecimientos de salud.
- ✦ Material de IEC actualizado..

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Completar acciones de prevención entre educación y salud.
- ✦ La educación temprana.
- ✦ Difusión de material informativo dirigido y segmentado a cada tipo de la población.
- ✦ Socialización, información y comunicación de las leyes relacionadas al 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:

- ✦ El acceso a los ARVs.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Se tiene que implementar una política para mejorar el tema en cuestión, porque no hay quien se haga cargo de estos niños..

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:

- ✦ Obtención de nuevos indicadores.
- ✦ Implementación de software.
- ✦ Diseño y manejo del sistema.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Tabular la información para obtener nuevos indicadores.
- ✦ Mejorar el sistema.
- ✦ Que todos los niveles departamentales tengan acceso al software de Vigilancia y Evaluación.

Derechos Humanos. El país presenta una ley contra la discriminación y toda forma de racismo, la misma protege entre otros a una población clave determinada y a otros grupos vulnerables

Parte B.

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:

- ✦ Conformación de la Mesa de Trabajo en DDSSRR, conformación de los comités departamentales y nacional de trabajo en VIH, el desarrollo de las propuestas de Ley del SIDA y el logro de los decretos supremos (0213) que garantizan los derechos a no ser afectados por actos de discriminación en todo proceso de selección del personal.
- ✦ Existe un mayor involucramiento de la sociedad civil y una mayor reconocimiento de su rol en la respuesta al VIH a nivel nacional.
- ✦ La Sociedad Civil forma parte activa de varios comités, no solamente como veedores civiles, sino como participantes, actores y en algunos casos ejecutores de actividades de respuesta al VIH..

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Mejorar la participación de grupos de jóvenes en especial de los que viven en situación de calle (trabajadores /as) y de las ciudades intermedias y el área rural.
- ✦ La sostenibilidad de las actividades de la Sociedad Civil es casi totalmente dependiente del apoyo financiero del extranjero, no existe generación de recursos propios, ni tampoco existe una perspectiva clara de que las actividades de la sociedad civil sean financiadas por el estado a corto o mediano plazo.
- ✦ Pérdida de activismo por trabajo de líderes como gerentes de proyecto. Hay que renovar las demandas por nuevas ya que se alcanzar varias, pero aun queda mucho por hacer en temas de sostenibilidad, acceso universal, derechos humanos y estigma y discriminación. Habría que intentar mantener acercamiento entre grupos rivales para que existan demandas comunes.

Apoyo y Liderazgo Político. El gobierno ha facilitado por medio del apoyo político y financiero, la participación de personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y/u otras sub poblaciones vulnerables en la formulación de políticas y en la ejecución del programa gubernamental sobre el VIH. A continuación se detallarán algunos ejempls:

- ✦ Tienen participación activa en el CONASIDA (Consejo Nacional de SIDA), instancia política nacional.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

- ✦ Tienen participación activa en los CODESIDAS (Consejo Departamental de SIDA), instancia política departamental.
- ✦ Participan activamente en los Comités de Acceso GBT.
- ✦ Tienen participación en los Comités de TB/VIH.
- ✦ Comités para investigaciones específicas ej (Estudio SEMVBO, Estudio PREVETS, Estudio en Pob Trans).
- ✦ Sin embargo no existe apoyo financiero directo con recursos del TGN. Los gobiernos locales (departamentales y municipales) no siempre facilitan la intervención; sin embargo este hecho se debe analizar en forma particular en cada departamento.

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:

- ✦ Garantizar el tratamiento a personas que viven con VIH.
- ✦ Disminuir la discriminación y estigma en poblaciones claves.
- ✦ Mejorar la cobertura de servicios de detección de VIH.
- ✦ Mejorar el trabajo con aliados estratégicos para optimizar recursos.
- ✦ Todo está financiado por la Cooperación Internacional.
- ✦ No existe un ejercicio pleno de la ley.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Mejorar el trabajo con los proveedores de salud para mejorar la calidad de la atención, disminuyendo mitos y prejuicios sobre las poblaciones vulnerables.
- ✦ En la coyuntura el VIH no es una prioridad y por lo tanto no es política nacional.

Prevención. El país ha identificado las necesidades específicas de los programas de prevención del VIH.

Los principales logros de esta actividad se describen a continuación:

- ✦ Disminuir la discriminación y estigma.
- ✦ Mejorar el uso del condón en poblaciones clave

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Definir estrategia de prevención de VIH integral..

Tratamiento, atención y apoyo. La sociedad civil contribuye con estrategias de prevención para jóvenes, CDI en un, HSH, TSC, 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.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Acceso Universal y Tratamiento.
- ✦ No existe la atención integral.
- ✦ No hay servicios en el área rural. La atención se concentra en el CDVIR.
- ✦ La atención en la mayoría de los hospitales no es gratuita; salvo las gestiones realizadas en los departamentos de Oruro y Tarija, desde luego los contextos departamentales son diferentes, gracias al esfuerzo e incidencia de las PVVS, aunque los departamentos de mayor concentración y prevalencia el costo es elevado.
- ✦ En el tema de Hepatitis B y otras ITS en poblaciones vulnerables no existe gratuidad.

Indicadores ICPN

INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL: PARTE A

Funcionarios de Gobierno INDICADOR	Fuente	2005		2007		2009		2011		Evolución de la Percepción
		Prom	%	Prom	%	Prom	%	Prom	%	
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de planificación estratégica en los programas relacionados con el VIH/SIDA	Encuesta ICPN A	4	40%	6	60%	7	74%	7	70%	Ascendió en 30%
Promedio de calificación acerca del apoyo político al programa de VIH	Encuesta ICPN A	4	40%	7	70%	7	71%	4	40%	Permaneció constante
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos políticos de apoyo a la prevención del VIH	Encuesta ICPN A	5	50%	8	80%	7	70%	4	40%	Descendió en 10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de ejecución de los programas de prevención del VIH	Encuesta ICPN A	6	60%	7	70%	7	72%	7	70%	Ascendió en 10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos dedicados a la ejecución de programas de tratamiento, atención y apoyo	Encuesta ICPN A					8	78%	7	70%	Disminuyó en 8%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos dedicados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños vulnerables	Encuesta ICPN A	2	20%	2	20%	5	52%	3	30%	Ascendió en 10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos de vigilancia y evaluación del programa del VIH	Encuesta ICPN A	2	20%	4	40%	7	67%	7	70%	Ascendió en 50%
Promedio Total Parte A		4	38%	6	57%	7	69%	6	56%	Ascendio en 18%

Fuente: Elaboración propia con información de los ICPN recolectados.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

INDICE COMPUESTO DE POLÍTICA NACIONAL: PARTE B

ONG, NNUU, Org. Bilaterales y Sociedad Civil	Fuente	2005		2007		2009		2011		Evolución de la Percepción
		Prom	%	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	Encuesta ICPN B	3	30%	5	50%	5,3	53%	3	30%	Permaneció Constante
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN B	3	30%	5	50%	4,9	49%	4	40%	Ascendió en 10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN B	7	70%	8	80%	5	50%	7	70%	Permaneció Constante
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH	Encuesta ICPN B	4	40%	6	60%	4,6	46%	4	40%	Permaneció Constante
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH	Encuesta ICPN B	4	40%	6	60%	5,2	52%	3	30%	Descendió en 10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades relacionadas con el VIH de los huérfanos y otros niños	Encuesta ICPN B					1,6	16%			No se consideró
Promedio Total Parte B		4,2	42%	6	60%	4,4	44%	4,2	42%	Permaneció Constante

Fuente: Elaboración propia con información de los ICPN recolectados.

COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN ENTRE SOCIEDAD CIVIL Y NNUU: PARTE B

INDICADOR	Fuente	Sociedad Civil		NNUU		Diferencia
		Prom	%	Prom	%	
Promedio de calificación acerca de las políticas, leyes y reglamentaciones establecidas para promover y proteger los DDHH en relación con el VIH	Encuesta ICPN B	3,0	30%	6,5	65%	35%
Promedio de calificación acerca del esfuerzo por hacer cumplir las políticas, leyes y reglamentaciones existentes	Encuesta ICPN B	4,0	40%	4,7	47%	0,7%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos destinados a aumentar la participación de la sociedad civil	Encuesta ICPN B	7,0	70%	6,0	60%	-10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los programas de prevención del VIH	Encuesta ICPN B	4,0	40%	5,0	50%	10%
Promedio de calificación acerca de los esfuerzos realizados en la ejecución de los servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH	Encuesta ICPN B	3,0	30%	6,2	62%	32%
Promedio Total Parte B		4,2	42%	5,7	57%	15%

Fuente: Elaboración propia con información de los ICPN recolectados.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Indicador 7.2.

Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja y que experimentaron violencia física o sexual por parte de de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos doce meses¹²

Grupos de edad (años)	Mujeres		
	Victimas de violencia	Muestra total	Porcentaje
15 – 19	149	517	21,80
20 – 24	449	1.434	31,31
25 – 49	1.621	7.437	28,62
Total	2.219	9.388	23,64

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

Los datos de la ENDSA revelan que el 24% de mujeres alguna vez casadas o unidas fueron objeto de violencia sexual o física por sus parejas, este dato es bastante alto y expresa desigualdades de género importantes. Los diferenciales por edad revelan que el grupo más afectado es del 20-24 años.

La reducción de la violencia contribuye significativamente a la disminución del riesgo de contraer VIH; sin embargo obedece a factores multidimensionales que demandan respuestas multisectoriales desde los diferentes actores vinculados con la problemática.

Indicador 7.4.

Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses

La información más reciente se encuentra en la Encuesta Continua de Hogares 2003-2004, según la cual del total de hogares aquellos situados en el quintil más bajo del ingresos corrientes, 23,04 habrían recibido transferencias, entre ellas recursos de la cooperación; no obstante este dato no es oportuno dados los cambios en la coyuntura social, política y económica del país de los últimos años.

¹² En la ENDSA 2008 se les preguntó a las mujeres que habían estado alguna vez casadas o unidas acerca de si su última pareja había ejercido violencia física contra ellas, consultando si habían sido empujadas/os o jaloneadas/os, golpeadas/os con la mano o con objeto duro, si habían tratado de estrangularla/o o quemarla/o, o si habían sido forzadas/os a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad. Se les preguntó si esas situaciones se presentaron a menudo (como indicador de violencia regular) o sólo algunas veces (como indicador de violencia ocasional).

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA
Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

CAPITULO IV
PRACTICAS ÓPTIMAS/LECCIONES APRENDIDAS

Áreas	Practica/Lección aprendida
Liderazgo político	<ul style="list-style-type: none"> ✂ El desarrollo de las acciones y cumplimiento de metas y objetivos, está condicionado a la dependencia de recursos ✂ El fortalecimiento del Programa Nacional, sólo no es efectivo, es necesario fortalecer a los Programas Departamentales y generar incidencias en los espacios locales. ✂ Los liderazgos deben ser ejercidos en todos los niveles y romper los niveles de dependencia del nivel central. ✂ Los actores departamentales deben ejercer un liderazgo activo en sus regiones para generar prácticas sostenibles en torno al VIH
Entorno político de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> ✂ Existe un entorno político de apoyo en todos los niveles, sin embargo se necesitan recursos económicos, recursos humanos y tiempo para llevar a ellos. ✂ El modelo social del entorno político debería servir para incidir en la política nacional para el abordaje de la epidemia de VIH como un problema prioritario de la política de salud.
Programas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> ✂ Solo con programas de prevención enfocados en conocimientos, no se logran cambios, es necesario trabajar en los comportamientos. ✂ La prevención tiene que ser sostenida y diferenciada. ✂ Cada grupo poblacional demanda estrategias de respuesta creativas acordes a su propio contexto.
Programas de atención y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ✂ El objetivo general es trabajar en una atención integral y educación terapéutica. ✂ Los diferentes niveles de gobierno deben incidir para lograr la sostenibilidad del diagnóstico, tratamiento y atención.
Vigilancia y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ✂ Que las evaluaciones que no cuentan con un seguimiento, quedan en la nada, por lo tanto no se generan mejoras. ✂ Se debe fortalecer el Sistema de M&E y extenderlo en todas las áreas de Respuesta Nacional
Mejora de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> ✂ No tiene que estar solo enfocada al nivel nacional, sino también a los niveles departamentales y al fortalecimiento de la sociedad civil. ✂ Se debe fomentar la formación de líderes y técnicos comprometidos con la problemática.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> ✂ La descentralización es una buena oportunidad para garantizar el acceso y la cobertura para la sociedad civil. ✂ Los CDVIRs deberían ser solo administrativos. ✂ Se debe priorizar la mejora de la infraestructura de los CDVIRs.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA
Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

CAPITULO IV

PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Objetivo	Progresos	Problemas	Acciones Correctoras
Reducir la transmisión sexual del VIH en población general y poblaciones vulnerables	<p>En las poblaciones vulnerables hay mucha información de incremento de conocimientos, principalmente en la población GBT-HSH.</p> <p>Se ha logrado formar pares multiplicadores para la transmisión de mensajes clave de prevención.</p> <p>Se ha logrado generar incidencias multisectoriales para la transmisión de conocimientos.</p>	<p>En la población en general muy poco progreso.</p> <p>No existen campañas sistemáticas (Poblaciones en general).</p> <p>No se trabaja en el área de cambio de conducta y comportamiento (Poblaciones vulnerables).</p> <p>No existe una estrategia comunicacional nacional que apunte a este tema.</p>	<p>Diseñar una estrategia de comunicación en base a diagnósticos del marketing y/o psicológicos para identificar como influencia de manera efectiva a la población.</p> <p>Contar con experiencias y metodologías enfocadas a abordar el cambio de actitudes y comportamiento y que permitan consolidar planes de trabajo uniformizados y diferenciados.</p>
Eliminar la transmisión maternoinfantil y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	<p>Promoción y dotación de la prueba rápida.</p> <p>Implementación de a Estrategia de eliminación de Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical.</p>	<p>Inexistente seguimiento y cumplimiento de protocolos a mujeres embarazadas para evitar la transmisión vertical.</p>	<p>Socializar e implementar los protocolos de atención a esta población.</p>
Garantizar el acceso universal al tratamiento, atención y apoyo de las PVVS	<p>Mantener la donación de ARVs a través del Brasil y los recursos del Fondo Mundial.</p> <p>Actualización de normas y protocolos de atención</p>	<p>No es prioridad para el Estado la asignación de recursos para VIH.</p> <p>CONASIDAS y CODESIDAS sin operatividad política continúa.</p> <p>Dependencia de la cooperación internacional.</p>	<p>Realizar acciones de incidencia política para demostrar que si es una problemática para el Estado.</p> <p>Fomentar este espacio para generar reflexión y respuestas para el VIH y el SIDA.</p> <p>Procesos de incidencia política para que se destinen recursos de los TGN, IDH, etc., al trabajo en VIH.</p>

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

Objetivo	Progresos	Problemas	Acciones Correctoras
Gestión de la coinfección TB-VIH	Coordinaciones puntuales entre los Programas de TB y VIH.	No han funcionados los comités de TB. La TB sigue siendo una de las primeras enfermedades oportunistas en el país. Hay problemas de adherencia tanto para TB, como para el VIH.	Demstrar que la TB es unos grandes problemas. Seguir coordinando acciones con los programas de TB para tener mejores resultados.
Garantizar la sostenibilidad de los recursos financieros	Se ha ido incrementando el presupuesto nacional tanto en el nivel central como en los entes desconcentrados. Los municipios asignan presupuestos locales para la compra de pruebas de VIH	No es una prioridad el VIH. No se están tomando acciones para prever el posible caos venidero. No existe una incidencia política clara en el tema de sostenibilidad	Acciones de incidencia política conjunta con la sociedad civil y entre la sociedad civil. Talleres de capacitación en procesos de incidencia política, procesos autonómicos, presupuesto, control social, etc.
Facilitar sinergias esenciales con los sectores de desarrollo	Existe un trabajo armonizado entre la Cooperación para el Desarrollo y el Ministerio de Salud	Se debe fortalecer la acción multisectorial para garantizar el éxito de la política pública y Respuesta Nacional.	Generación de espacios de discusión de temas interpogramáticos Establecer lazos de trabajo conjunto para lograr un efectivo trabajo en el marco de la nueva configuración política del país.

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA
Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

CAPITULO V

APOYO POR PARTE DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO

Áreas	Áreas clave de apoyo
<p>Apoyo Clave:</p> <p>Asistencia Técnica</p> <p>Apoyo en las acciones de prevención</p> <p>Asistencia técnica y apoyo en las prácticas de tratamiento, atención y apoyo</p>	<p>Desarrollo de estudio de vigilancia y comportamiento que mejoran la evidencia y favorecen el diseño de nuevas estrategias.</p> <p>Fortalecimiento del trabajo de prevención en grupos vulnerables para el mejoramiento de las prácticas de prevención.</p> <p>Trabajo colaborativo para la actualización de las guías, normas y protocolos de atención.</p> <p>Apoyo nutricional para mejorar la adherencia de las PVVS</p>
<p>Acciones pendientes para contribuir al logro de los objetivos</p>	<p>Queda pendiente la articulación efectiva de otras entidades de cooperación que desarrollan acciones de Respuesta al VIH.</p> <p>Incidencia para la sostenibilidad de la Respuesta Nacional.</p> <p>Procesos de transferencia de conocimientos y formación de paneles de expertos nacionales para optimizar la Respuesta Nacional</p>

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

CAPITULO VII

ENTORNO DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

Desde el año 2010 se ha implementado una serie de acciones tendientes a mejorar el Sistema de M&E y Vigilancia del Programa. Actualmente el Sistema está articulado a la Respuesta Nacional mediante un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación estructurado en 30 indicadores clave que intentan monitorear los esfuerzos de respuesta. Se ha logrado consolidar un componente de investigación para el fortalecimiento de la evidencia, en la misma línea se ha implementado un Software de M&E que ha permitido mejorar el flujo de información, se pretende articular el sistema de reporte con el Sistema Nacional de Información en Salud, para disponer de información de carácter nacional.

Obstáculos	Acciones Correctoras
Las capacidades en los Programas Departamentales aún son débiles	Formar recursos humanos expertos en manejo y análisis de información.
Escasa elaboración de Reportes Estadísticos de Epidemiología	Establecer un plan de trabajo anual para la generación y difusión de la información
Queda pendiente la estandarización de instrumentos hacia otros centros de apoyo	Acciones de incidencia con el SNIS para lograr consolidar la Red Nacional de Información
Fortalecer el seguimiento a las PVVS	Implementar un sistema de seguimiento por paciente para medir la evolución y comportamiento de del consumo de ARV, Farmacorresistencia e Infecciones Oportunistas

INFORME DE PROGRESO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS/VIH/SIDA

Seguimiento a la declaración política sobre el VIH/SIDA

BIBLIOGRAFIA

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

PÁGINAS WEB.

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