



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



BOLIVIA:

**INFORME NACIONAL DE PROGRESOS EN LA
RESPUESTA AL VIH/SIDA, 2014**

Seguimiento a la Declaración Política sobre el VIH/sida 2011

31 de marzo de 2014

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. Ruben Colque	Director General de Servicios de Salud Ministerio de Salud
Dr. Rodolfo Rocabado	Jefe de la Unidad Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud
Dra. Carola Valencia Rivero	Coordinadora Nacional Programa ITS/VIH/SIDA Ministerio de Salud

Documento elaborado por:

Lic. Jorge Luis Medrano Llano	Consultor Principal del Informe de Progreso
-------------------------------	---------------------------------------------

Revisión Técnica

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

© Ministerio de Salud 2014

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 de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial a condición de citar fuente y propiedad.

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

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia tiene como mandato político y social “Garantizar el ejercicio pleno de 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 la Política Sanitaria de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, erradicando la pobreza e inequidad para vivir bien.

Transcurridos 30 años desde la primera notificación de caso VIH en el país, se han ido desarrollando grandes avances en torno a la Respuesta al VIH, favoreciendo a una mejora continua de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/sida y definiendo una serie de intervenciones para lograr el control de la epidemia en las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo como ejes fundamentales para el logro de impactos positivos en función a los objetivos de salud de la política nacional.

La generación de información oportuna es clave para el diseño de nuevas estrategias y la mejora de las ya existentes, definidas en el contexto de la multisectorialidad y la sostenibilidad, en este escenario El **Informe Nacional de Progresos en la Respuesta al VIH/SIDA, 2014** tiene como objetivo conocer el estado actual de la epidemia y el avance en los esfuerzos de respuesta en los diferentes contextos económicos, sociales y culturales del país.



Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Contenido	Pg.
Presentación	3
Glosario	5
Situación actual	6
1. El VIH/SIDA en Bolivia: una mirada general	6
2. Tabla de Indicadores Seleccionados de Respuesta Nacional	8
3. La Respuesta Nacional: Política y Programática	12
4. El informe de Progreso: Proceso de elaboración del informe y la participación de los interesados en el proceso de redacción del informe	20
Panorama general de la epidemia de sida	21
Respuesta nacional a la epidemia de sida	24
1. Antecedentes	24
2. Metodología y fuentes de información	25
3. Objetivo 1: Reducir la transmisión sexual del VIH	27
4. Objetivo 2: Reducir la transmisión del VIH entre UDIs	37
5. Objetivo 3: Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH	38
6. Objetivo 4: Lograr que 15 millones accedan a Tratamiento Antirretroviral	45
7. Objetivo 5: Reducir el número de muertes por TB en las PVVS	46
8. Objetivo 6: Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año	47
9. Objetivo 7: Eliminar las desigualdades de género	56
10. Objetivo 8: Eliminar el estigma y discriminación	58
11. Cuestiones sobre políticas referentes a los objetivos	60
Prácticas óptimas	67
Principales problemas y acciones correctoras	68
Apoyo de los asociados para el desarrollo del país	71
Entorno de vigilancia y evaluación	73
Bibliografía	74

GLOSARIO DE TÉRMINOS, SIGLAS Y ABREVIATURAS

ARV Antirretroviral.

CAP Comportamientos, actitudes y prácticas.

CD4 Linfocitos CD4

CDVIR Centro Departamental de Referencia y Vigilancia.

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

DESC Derechos Económicos Sociales y Culturales

DS Decreto Supremo

ENDSA Encuesta Nacional de Demografía y Salud

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

GBT Gay, bisexual y trans.

HSH Hombres que tienen sexo con hombres 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

MSD Ministerio de Salud

M&E Monitoreo y Evaluación

ODM Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS Organización Mundial de la Salud

ONG Organización no Gubernamental

ONUSIDA Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA OPS Organización panamericana de la salud

PEM Plan Estratégico Multisectorial para la Respuesta a VIH SIDA en Bolivia

PMA Programa Mundial de Alimentos

PNS Programa Nacional 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

PREVETS Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales

PVVS Persona que Vive con el VIH/SIDA

REDBOL Red Boliviana de personas viviendo con VIH y SIDA

RP Receptor Principal del Fondo Mundial

SEDES Servicio Departamental de Salud

SIDA Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SNIS Sistema Nacional de Información en Salud

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

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

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CAPÍTULO I

SITUACIÓN ACTUAL

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

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda, realizado el año 2012, el Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con una población estimada de 10.027.254 personas, registrando un crecimiento poblacional intercensal de 1,71% con relación al Censo 2001, la estructura poblacional aún mantiene una base ancha concentrando 31% de la población en el grupo menor de 15 años. Geográficamente ocupa una extensión de 1.098.581 Km², lo que supone una densidad de 9,13 personas por Km², la población se concentra en los departamentos del eje central del país estimándose que 7 de cada 10 personas se encuentran en esos departamentos, La Paz (27%), Santa Cruz (26%), y Cochabamba (18%), con una población predominantemente urbana.

La prevalencia estimada de VIH es de 0,15%, valor que nos sitúa en la posición 27, con respecto a los países de América Latina y El Caribe. Hasta febrero de 2014 se notificaron en el sistema 11.421 casos y se reportaron un total de 1.015 fallecimientos (aunque existe un alto grado de incertidumbre debido a la cobertura del sistema de mortalidad), dato que indica alrededor de 10.027 personas viviendo con VIH, es decir que aproximadamente 10 de cada 10.000 personas en el país habrían sido notificadas como casos de VIH. 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 1,7 es decir que por cada 10 mujeres existen 17 hombres con VIH.

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 89% 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, la línea de base en parturientas y puérperas y los estudios de vigilancia centinela de VIH y sífilis en mujeres, 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, al interior de la cual la población transgénero tiene una prevalencia del orden del 22%. La prevalencia en trabajadoras sexuales es del orden del 0.6%, mientras que en mujeres gestantes de 15 a 24 años, se registra una prevalencia menor a 0,2%.

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	Informe 2012	Informes 2014	Fuentes:
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	23,6	29,4	ENDSA – 2008 ECPDS - 2013
Hombres	27,7	30,5	
Mujeres	22,3	28,3	
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	14,2	ENDSA – 2008 ECPDS – 2013
Hombres	12,50	17,3	
Mujeres	7,00	10,1	
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	-	10,7	ENDSA – 2008 ECPDS – 2013
Hombres	12,1	14,0	
Mujeres	-	6,4	
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	-	67,1	ENDSA – 2008 ECPDS – 2013
Hombres	35,30	68,9	
Mujeres	-	61,7	
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	4,6	ENDSA – 2008 ECPDS – 2013
Hombres	1,90	2,5	
Mujeres	2,20	6,6	
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	0,12	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	-	-	47,0	-	PREVETS
1.8. Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado preservativo con su último cliente	-	-	95,7	-	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	-	-	31,4	-	PREVETS
1.10. Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	-	-	0,6	-	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.

Población trans (mujeres trans)

Indicador	2010	2011	2012	Fuente
1.7. Porcentaje de trans al que le han llegado los programas de prevención	-	-	47,0	EPV Trans
1.8. Porcentaje de profesionales del sexo trans que declara haber usado preservativo con su último cliente	-	-	96,0	EPV Trans
1.9. Porcentaje de trans que se sometió a una prueba de VIH en los últimos doce meses y conoce los resultados	-	-	72,0	EPV Trans
1.10. Porcentaje de trans que vive con el VIH	-	-	20,0	EPV Trans

El estudio de Prevalencia de VIH e ITS en mujeres trans (EPVTrans) fue realizado en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba, Santa Cruz y Trinidad en un universo total de 531 mujeres trans.

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	55,6	-	-	-	SEMVBO
1.12. Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	68,7	-	-	-	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	36,6	-	-	-	SEMVBO
1.14. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	11,6	-	-	-	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 3:

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

Indicador	2010	2011	2012	2013	Fuente
3.1. Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	60,30	52,17	43,9	65,6	M&E – VE P.N.S. Spectrum
3.2. Porcentaje de niños que nacen 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	33	22	15	9	M&E – VE P.N.S. Spectrum

Objetivo 4:

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

Indicador	2010	2011	2012	2013	Fuente
4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe	-	-	-	27,4	M&E – VE P.N.S.
4.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que			73,0		M&E – VE

Objetivo 5:

Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

Indicador	2010	2011	2012	2013	Fuente
5.1. Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas	-	-	-	28,0	M&E – VE

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	2009	2010	2011	2012	Fuente
6.1. Gasto Nacional e Internacional relativo al sida por categoría de gasto y fuente de financiación (En millones de USD)	9,7	10,0	13,8	11,8	MEGAS

Objetivo 7:

Eliminar las inequidades de género

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
7.1. Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física o sexual de su pareja masculina	23,6	-	-	-	ENDSA - 2008

Objetivo 8:

Erradicar el estigma y discriminación

Indicador	2008	2009	2010	2011	Fuente
8.1. Porcentaje de personas que NO comprarían verduras frescas de una persona que tiene el virus del SIDA	44,7	-	-	-	ENDSA - 2008
Hombres	52,5	-	-	-	
Mujeres	42,1	-	-	-	

1.3. La Respuesta Nacional: Política y programática

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

Una fotografía general de la situación nacional se encuentra reflejada en los resultados del Censo Nacional de Población Vivienda y 2012, cuyos principales resultados se muestran en el siguiente recuadro:

Bolivia: Indicadores sociodemográficos seleccionados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, CNPV 2012

Los resultados muestran un importante cambio en el nivel educativo de las personas y una mejora importante en la calidad de vida, sin embargo la cobertura del sistema de salud es aún limitada hecho que se refleja en la cobertura de parto institucional que alcanza a 67% de los partos atendidos, aunque en comparación con el Censo 2001 se ha registrado un avance importante ya que la cobertura era de 53%.

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. 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’. El nuevo modelo económico y social otorga al Estado un rol protagónico, siendo este responsable de la distribución del ingreso cimentando en el mercado interno el crecimiento económico de esta forma se trata de eliminar las desigualdades y promover el desarrollo, bajo una economía plural que intenta integrar las diferentes formas económicas del país para lograr un desarrollo económico y social conjunto.

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 del país. El Ministerio actúa desde el Viceministerio de Salud, al interior del cual funciona la Dirección de Servicios de Salud de la cual depende la Unidad de Epidemiología.

Dentro de la Unidad de Epidemiología se encuentran los diferentes Programas Sanitarios entre ellos el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, que inicia sus actividades el año 1986. A partir del año 1990 se empieza a desarrollar una cultura en la aplicación de Planes Estratégicos y hacia 2008 comienzan a diseñarse intervenciones multisectoriales. Hacia el año 1992 se consolidan los Centros Departamentales/Regionales de Información Vigilancia y Referencial (CDVIR/CRVIR), que constituyen las unidades operativas para la consolidación de la Respuesta Nacional.




Desde el año 2004 Bolivia ingresa 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”. El año 2012 se realiza la evaluación temática del componente de prevención que define las bases para la elaboración de un nuevo plan quinquenal 2013 – 2018.

El PEM 2013-2018, se caracteriza por presentar un enfoque multisectorial y multiactorial orientado hacia la sostenibilidad operativa de las acciones en función al Nuevo Marco de Inversión de la Respuesta Nacional.

La multisectorialidad involucra el compromiso y la definición de responsabilidades con los diferentes sectores de desarrollo social¹ y los actores comprometidos en tales instancias sectoriales, en este sentido el PEM 2013-2018 ha sido estructurado en el accionar de las siguientes instancias institucionales:

-  Instituciones del sector público cuyo accionar se define desde las instancias sectoriales nacionales y departamentales de salud, educación, justicia, defensa, comunicación, autonomías, gobernaciones departamentales e instituciones municipales.
-  Cooperación para el desarrollo que define sus intervenciones en el marco de la rectoría de los diferentes sectores, de acuerdo con la coyuntura se ha determinado la participación activa del Receptor Principal del Fondo Mundial, el grupo conjunto ONUSIDA, OPS/OMS, UNICEF y el UNFPA.
-  Organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA
-  Organizaciones de personas que no viven con VIH/SIDA, tanto de poblaciones clave de mayor riesgo (población GB y HSH, población trans y trabajadoras sexuales) como de otras poblaciones (mujeres, mujeres indígenas, población en situación de calle, población privada de libertad, adolescentes y jóvenes, ...)

Las líneas de sostenibilidad se definen en los términos siguientes:

-  Sostenibilidad operativa en los diferentes niveles de gestión.
-  Respuesta integral, articulada sectorialmente con responsabilidades definidas concertada con los diferentes actores involucrados en la Respuesta Nacional
-  Las líneas de financiamiento deben ser dirigidas a las acciones de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento en el marco del acceso universal a la salud y la política SAFCI.

¹ Según la configuración de la inversión pública en el país los sectores de desarrollo social son: salud, educación, vivienda y servicios básicos, medio ambiente y empleo siendo el tema de justicia e igualdad de oportunidades un componente transversal en los diferentes sectores de trabajo

Visión del PEM

Para el año 2018:

Bolivia disminuirá la ocurrencia de nuevos casos de VIH y mejorará la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA con una atención integral con calidad y calidez. Respetando las diversidades étnicas, culturales, sexuales y las diferencias de género y generacionales, mediante una gestión multisectorial sostenible, asegurando el acceso universal a los servicios públicos

Misión del PEM

Generar e implementar estrategias de prevención y atención integral, mediante un conjunto de esfuerzos articulados entre niveles de gestión multisectoriales y multiactoriales desarrollando prácticas costo-eficientes y sostenibles reconociendo y respetando los derechos de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

La visión y la misión están orientadas al objetivo general de “**reducir la morbilidad asociada al VIH/sida**”. Para contribuir al logro del objetivo general se definen tres ejes de acción interrelacionados: i) prevención, ii) atención integral y iii) eliminación de estigma & discriminación, planteando los siguientes objetivos estratégicos:

- OE 1 Reducir la ocurrencia de nuevos casos de VIH/SIDA
- OE 2 Incrementar la cobertura de la atención integral de VIH, las otras infecciones de transmisión sexual y las enfermedades oportunistas asociadas al VIH/SIDA
- OE 3 Eliminar el estigma y discriminación y disparidades en el acceso a los servicios públicos, seguridad social y servicios privados
- OE 4 Promover el autocuidado y mejorar la corresponsabilidad social para controlar la epidemia del VIH/SIDA²






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

La Respuesta Nacional por lo tanto se entiende como el “Conjunto de acciones y esfuerzos

² El OE 4 está estrechamente correlacionado con el OE 1 y en cierta medida con el OE 2, la decisión de trabajarlos en forma separada responde al hecho de plantear un escenario de corresponsabilidades tanto en la oferta como en la demanda, para que la población afectada sea responsable de su salud, en el marco de la política de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI).





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”. 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)

El 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 los progresos siguientes:

-  Focalización de las acciones de prevención primaria y secundaria con poblaciones clave (GBT-HSH, TS) y poblaciones vulnerables (jóvenes, adolescentes y mujeres embarazadas).
-  Incremento de la cobertura de prueba de VIH, principalmente en mujeres embarazadas en el marco de la Estrategia Nacional de Reducción de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Eliminación de la Sífilis Congénita.
-  Incremento de la cobertura de campañas de información y ferias de comunicación, acompañadas de esfuerzos multisectoriales principalmente del sector educación, desde el año 2013 se ha iniciado la incorporación de temas de VIH y salud sexual/reproductiva en el sistema escolar bajo un enfoque de derechos.
-  Intervenciones focalizadas coordinadas con CDVIR/CRVIR, para el trabajo con redes de niños, niñas y adolescentes en situación de calle y 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 optimizando de esta forma la cobertura y la efectividad del tratamiento, además de avances significativos para la atención de infecciones oportunistas.

Los principales progresos en este componente se pueden traducir en:

- ✂ 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 y una serie 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.
- ✂ Incorporación de la estrategia de Tratamiento 2.0 y otras acciones relacionadas que han contribuido al fortalecimiento de la capacidad resolutive de los laboratorios y centros de atención para el VIH. En esta línea la incorporación de las pruebas de genotipificación, los ciclos cortos de calidad y otras intervenciones han determinado una mejora notable en la cobertura de atención, a esto debe sumarse el inicio del proceso de desconcentración de atención tendiente a lograr el acceso universal de las PVVS al sistema de salud.
- ✂ Incremento de la cobertura de Profilaxis para la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH, a partir de la mejora sostenida de los protocolos de atención y la implementación de la vigilancia centinela.

Componente: Estigma y Discriminación

En este ámbito el país ha comenzado a dar unos pasos iniciales, desde la implementación de La Ley 3729 y una ampliación del trabajo coordinado tanto con las PVVS como con las poblaciones clave. Entre los progresos más importantes se pueden mencionar:

- ✂ Elaboración, aprobación, reglamentación e implementación de la Ley contra forma de Violencia y Discriminación, aunque la ley no está dirigida exclusivamente a las poblaciones clave, constituye un punto de partida muy importante en la lucha contra el estigma y discriminación.
- ✂ Elaboración del Índice de Estigma y Discriminación, en personas que viven con VIH/SIDA, que ha permitido contar con evidencia para definir las estrategias de intervención, a esto se suma también la elaboración de la Herramienta de Género.

Siendo elementos transversales para el logro de los objetivos definidos, la generación de evidencia y el fortalecimiento de la estructura de inversión tendiente hacia la gestión de programas y la sostenibilidad se señalan a continuación el desarrollo de estudios y acciones de política pública:

Estudios e investigaciones:

- 🚫 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 Vigilancia Centinela en gestantes, periodos 2012 y 2013
- 🚫 Estudio de Prevalencia de VIH y otras ITS, .CAP frente al VIH/SIDA en población transgénero.
- 🚫 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
- 🚫 Evaluación del componente de prevención del PEM 2008-2012.
- 🚫 Estudio de Prevalencia de Infecciones Oportunistas, 2013.

Políticas públicas y estrategias de sostenibilidad

- 🚫 Reglamentación de la Ley 3729 y desarrollo de la propuesta de reformulación en el contexto de la Nueva Constitución Política del Estado y la Ley Marco de Autonomías.
- 🚫 Mayor asignación presupuestaria con recursos locales, 40% del gasto total en la Respuesta Nacional y 30% en el presupuesto general de prevención y atención, 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)

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

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. Dichos informes son de enorme utilidad para el monitoreo y la evaluación continua en los progresos de la respuesta nacional al VIH.

En este marco, 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 2012 y 2013 estableciendo un análisis comparativo con los periodos 2008-2009 y 2010-2011. El proceso de elaboración básicamente fue desarrollado mediante las siguientes actividades:

- 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.
- Identificación de fuentes e instrumentos pertinentes para la recopilación de datos.
- Obtención y recopilación de datos, en coordinación con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la comunidad internacional
- Re-procesamiento de las bases de datos, con el objeto de ajustar la información a los requerimientos de las directrices de construcción de los indicadores del informe
- 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 Índice Compuesto de Políticas Nacionales – ICPN.
- Procesamiento del indicador ICPN, socialización y validación.
- Taller de Análisis de los indicadores obtenidos con organismos asociados del gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional
- Sistematización y análisis de los resultados del estudio MEGAS 2010-2012.
- Elaboración del Informe Narrativo
- Reporte de indicadores en la Herramienta en línea.

CAPITULO II

PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA

1.1. La epidemia de VIH en Bolivia: Perspectiva estadística

Desde 1984, año en que se diagnosticara el primer caso de VIH en Bolivia hasta diciembre del año 2013 se han notificado 11.042 casos de VIH/SIDA, de los cuales 80% corresponden a infección en etapa VIH y 20% corresponden a casos SIDA. Durante los últimos años se ha logrado generar evidencia importante, mediante una serie de estudios de vigilancia de segunda generación realizados en las poblaciones de mayor riesgo y otros estudios encaminados desde la Estrategia de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y la Eliminación de la Sífilis Congénita.

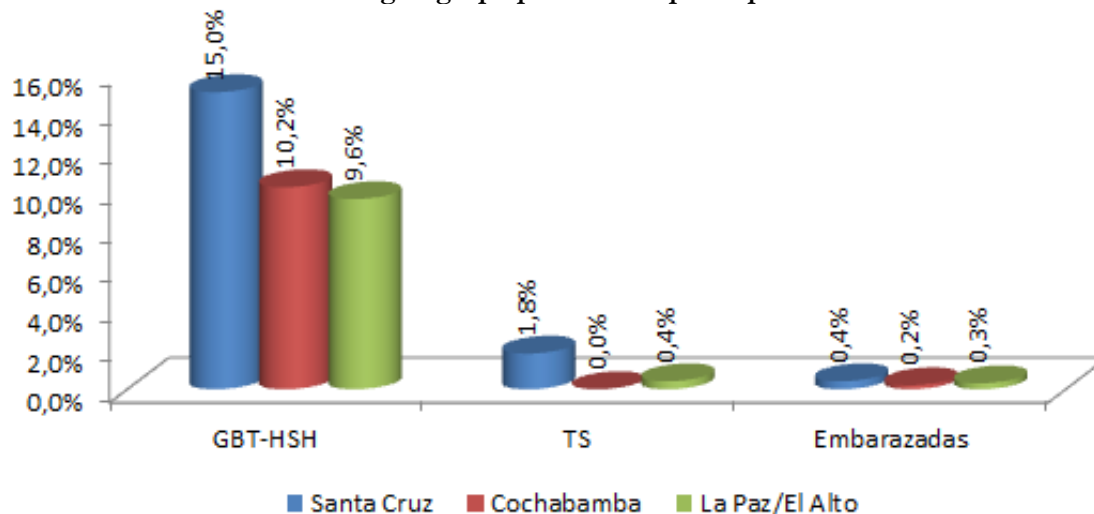
Bolivia: Prevalencias de VIH según grupo poblacional

Grupo poblacional	Prevalencia Estimada	Fuente
Población General	0,15%	Estimaciones y Proyecciones 2012
Mujeres embarazadas	0,20%	Línea de Base de la Estrategia de Reducción de Transmisión Vertical y Eliminación de Sífilis Congénita, realizada el año 2011 en maternidades seleccionadas de las ciudades de Sucre, La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, en mujeres púerperas y parturientas. Estudio de Vigilancia Centinela periodos 2012 y 2013
Población gay, bisexual, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres	11,60%	Estudio de Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO), realizado el año 2008 con metodología RDS, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
Trabajadoras sexuales mujeres	0,57%	Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en Trabajadoras Sexuales (PREVETS) realizado el año 2010 con metodología TLS, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
Mujeres trans	21,80%	Estudio de Prevalencia de VIH y otras ITS en mujeres travestis, transexuales y transgénero (EPV-TRANS) realizado el año 2012, bajo la modalidad de censo poblacional, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.

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

Según las cifras mostradas, en Bolivia, la epidemia de VIH es de tipo concentrada, principalmente en la población Gay, Bisexual, Trans y otros Hombres que tienen sexo con Hombres, al interior de este grupo la mayor prevalencia se registra en las mujeres trans. En segundo término se encuentran las mujeres que realizan trabajo sexual. En cuanto a la población general, considerando como proxy a las mujeres gestantes las prevalencias encontradas en los estudios de línea de base y vigilancia centinela ha sido consistentemente menor a 1%, en el nivel nacional. Según se observa en el gráfico las mayores prevalencias se registran en el departamento de Santa Cruz.

Bolivia: Prevalencias de VIH según grupo poblacional por departamentos



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

De acuerdo con las estimaciones y proyecciones para el año 2012, se estima que en el país existirían alrededor de 16.000 casos de personas con VIH/SIDA con una incidencia anual de aproximadamente 0.01% (1000 nuevos casos por año). En el sistema se registraron 9.301 casos de los cuales 969 se habrían notificado como defunciones, lo que implica que para diciembre se tenía un registro de 8.332 casos de personas que viven con VIH/SIDA identificados en el sistema, de estos alrededor de 2.400 se encontraban con tratamiento antirretroviral en el sistema de salud.

El recuadro siguiente describe la situación de los casos de VIH/sida, según la notificación de casos. Del total de casos reportados al sistema de salud 1 de cada 5 se notificó en fase sida, sin embargo en los últimos años la proporción habría ido disminuyendo probablemente por una detección más temprana que a su vez se explica por una mayor oferta y cobertura de las pruebas de VIH, principalmente en las mujeres embarazadas. Es importante indicar que aproximadamente 8 de cada 10 casos se registran en los departamentos de Santa Cruz (52%), Cochabamba (20%) y La Paz (17%) que conforman el eje troncal (central) del país.

A diciembre de 2013:

- ✚ 11.042 casos notificados desde 1984
- ✚ 1.015 muertes notificadas en el sistema
- ✚ 10.027 personas que viven con VIH/SIDA
- ✚ **Vía de transmisión**
 - De cada 100 casos notificados, 97 corresponden a transmisión sexual, 2 refieren transmisión vertical y 1 es referido como transmisión sanguínea.
- ✚ **Distribución geográfica**
 - De cada 100 casos notificados, 52 se notificaron en el departamento de Santa Cruz, 20 en Cochabamba y 17 en La Paz, esto implica que aproximadamente 9 de cada 10 casos en el país han sido notificados en los departamentos del eje central del país.
 - De cada 100 casos notificados en el país 10 corresponden a los contextos rurales y 90 corresponden a los contextos urbanos de estos 80 a las ciudades capitales y los restantes 10 a ciudades intermedias.
- ✚ **Distribución por edad y sexo**
 - Por cada 10 mujeres notificadas en el sistema existen 17 hombres con VIH.
 - De cada 5 casos notificados en el sistema, 3 se encuentran en el grupo de edad de 15 a 34 años, siendo la edad promedio de 31 años.

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:

- Geográficamente: En los departamentos del eje central del país (89% en Santa Cruz, La Paz y Cochabamba). Esta concentración se presenta principalmente en los contextos urbanos (80% del total de casos).
- Demográficamente: En población joven (edad mediana 31 años) y con un predominio de población masculina (17 hombres por 10 mujeres).
- Poblacionalmente: En la población gay, bisexual, transgénero y otros hombres que tienen sexo con hombres (12% de prevalencia)

CAPÍTULO III

INDICADORES DE LA RESPUESTA NACIONAL

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 el marco de la Ley 3729”. 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. La nueva Declaración se edifica sobre dos Declaraciones políticas previas: la Declaración de Compromiso de 2001, y la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2006. Si bien son los gobiernos quienes formalmente adoptan estas tres declaraciones, el alcance del documento se extiende mucho más allá del sector gubernamental. 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:

**Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2011:
Objetivos y compromisos de erradicación**

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015.
2. Reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50% para 2015.
3. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH entre los niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Alcanzar a 15 millones de personas que viven con el VIH con el tratamiento antirretrovirico que pueda salvarles la vida para 2015.
5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para 2015.
6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en países de ingresos bajos y medios.
7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas para protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.
10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial.

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.

En la gestión 2012, Bolivia presentó el informe de base para la Declaración Política de 2011, en función a los ejes articuladores del Plan Estratégico Multisectorial 2008-2012. Para el año 2013 se muestran los progresos en función a los ejes articuladores del PEM 2013-2018.

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. Dada el enfoque multisectorial y multiactorial de las estrategias de intervención se ha establecido un nivel de Coordinación entre el Ministerio de Salud 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 ha desarrollado un taller nacional para presentar los indicadores y validar los resultados encontrados en el Índice Compuesto de Políticas Nacionales.

La información primaria del estudio proviene de los insumos clave en materia de política nacional suministrados por el Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, 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 (Fundación HIVOS)

El resto de los indicadores se basan en información secundaria de carácter oficial generada en el marco del Plan Estratégico Multisectorial, por el Sistema Nacional de Información de la Respuesta Nacional y otras fuentes nacionales de la 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:

- Formulario de Sistematización de Indicadores, para la validación de los indicadores de vigilancia reportados por el Programa Nacional:
 - o Base de datos de notificación de pacientes.
 - o Base de datos de seguimiento a pacientes en TARV.
 - o Consolidados trimestrales de información de pruebas de VIH, otras pruebas laboratoriales, registro de ITS y otros datos necesarios para el informe.
- Matriz desglosada del Gasto relativo al SIDA, según los resultados del Estudio de Medición de Gasto en SIDA (MEGAS) 2010, 2011 y 2012.
- La Encuesta ICPN, obtenida de las “Directrices Para el Desarrollo de Indicadores Básicos”. Indicador compuesto por información de la parte gubernamental; y la parte de sociedad civil y cooperación para el desarrollo, 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.

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
- ▶ 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.
- ▶ Base de datos del Estudio de Prevalencia de VIH e ITS y CAP sobre el VIH en población Trans.
- ▶ Resultados del Estudio de Indicadores de Alerta Temprana de la Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH, Cohorte Enero a Junio de 2010.
- ▶ Resultados del Estudio de Línea de Base de Coinfección TB/VIH realizado el año 2012.
- ▶ Bases de datos del Estudio de Vigilancia Centinela en Gestantes, periodos 2012 y 2013
- ▶ Informe Nacional del Estudio Poblacional CAP y Derechos, 2013.
- ▶ Proyecciones y Estimaciones de VIH, del Spectrum
- ▶ Matrices de Insumo y Resultado del Estudio de Medición de Gasto en SIDA (2010 – 2012)

3.3. Objetivo 1:

Reducir el número de transmisiones sexuales del VIH para el 2015

De acuerdo con los registros de datos de la vigilancia regular del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA y los diferentes estudios de vigilancia de segunda generación, se estima que 96,5% de los casos notificados refieren la transmisión del VIH por vía sexual, contratando con un 1,0% de transmisión sanguínea y 2,5% de transmisión madre-hijo.

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.

La presentación y organización de indicadores se desarrolla según una diferenciación poblacional, presentando en primer término el set de indicadores relativos a la población general, para luego mostrar la información correspondiente a poblaciones clave, es importante indicar que en este informe se incluye información de población transgénero.

El comportamiento de los indicadores de la población general, típicamente proviene de las encuestas de Demografía y Salud (DHS), no obstante en el país la última DHS data del año 2008 y recién se tiene previsto contar con una nueva corte este año, dada esta limitación se presenta información de un estudio poblacional CAP sobre Derechos y Acceso a la Salud, realizada sobre una muestra nacional de 5000 personas (50% hombres y 50% mujeres) que aunque tiene características diferentes a la DHS, permiten tener una idea acerca del tema de conocimientos, acceso a la salud y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

3.3.1. Población General

3.3.1.1. Los jóvenes: conocimiento sobre la prevención del VIH

Indicador 1.1.

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, 2008

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

La información de la ENDSA 2008, mostraba que menos de 30% de la población joven tenía conocimientos correctos acerca de las principales ideas sobre la prevención y transmisión del VIH, para el año 2013 el Estudio Poblacional CAP muestra un moderado incremento aunque las proporciones siguen revelando que al menos 2 de cada 3 personas de 15 a 24 años no tendrían conocimientos correctos.

Indicador 1.1.

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, 2013

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Identifica y rechaza	Muestra total	%	Identifica y rechaza	Muestra total	%
15-19	185	800	23,13	198	800	24,75
20-24	426	1.200	35,50	368	1.200	30,67
Total 15 – 24	611	2000	30,55	566	2000	28,30

Fuente: Estudio Poblacional CAP. Derechos y Acceso a la Salud

Al contrastar la información con las poblaciones clave se observa que 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%.

3.3.1.2. Relaciones sexuales antes de los 15 años

Indicador 1.2.

Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación antes de los 15 años, 2008

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

De acuerdo con la información de la ENDSA la edad de inicio de la primera relación sexual es de 17 años en hombres y 18 en mujeres; esta misma fuente señala que 8,3% declara haber tenido su primera relación antes de los 15 años. El estudio poblacional CAP muestra un incremento del porcentaje a 14,2% con un inicio más temprano menor a los 15 años. 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 1.2.

Bolivia: Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación antes de los 15 años, 2012

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Antes de los 15 años	Muestra total	%	Antes de los 15 años	Muestra total	%
15-19	148	800	18,50	118	800	14,75
20-24	199	1.200	16,58	101	1.200	8,42
Total 15 - 49	347	2000	17,35	219	2000	10,95

Fuente: Estudio Poblacional CAP. Derechos y Acceso a la Salud

3.3.1.3. Múltiples parejas sexuales

Indicador 1.3.

Bolivia: 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, 2008

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 trata de medir 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 mostraban que en la población masculina un 12,11%, habría declarado tener más de una pareja co relación al estudio poblacional CAP, este porcentaje habría incrementado a 14%, además se encuentra que 6% de mujeres manifiesta haber tenido más de una pareja. Es importante observar que las mayores proporciones tanto en hombres como en mujeres se concentra en el grupo de edad de 20 a 24 años.

Indicador 1.3.

Bolivia: 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, 2013

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Tuvo más de una pareja	Muestra total	%	Tuvo más de una pareja	Muestra total	%
15-19	58	420	13,81%	16	260	6,15%
20-24	174	1.200	14,50%	63	878	7,18%
Más de 25	64	500	12,80%	23	462	4,98%
Total	296	2.120	13,96%	102	1.600	6,38%

Fuente: Estudio Poblacional CAP. Derechos y Acceso a la Salud

3.3.1.4. Uso del preservativo entre personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual

Indicador 1.4.

Bolivia: 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, 2008

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

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. Los datos del estudio CAP reflejan una cifra semejante 69% en hombres y 62% en mujeres, que presentan mayor exposición al riesgo, es importante advertir que en este indicador las personas de mayor edad son las que menor referencia hacen al uso del condón.

Indicador 1.4.

Bolivia: 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, 2008

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Uso condón	Muestra total	%	Uso condón	Muestra total	%
15-19	43	58	74,14	10	16	62,50
20-24	132	174	75,86	44	63	69,84
Más de 25	29	64	45,31	9	23	39,13
Total	204	296	68,92	63	102	61,76

Fuente: Estudio Poblacional CAP. Derechos y Acceso a la Salud

3.3.1.5. Las pruebas de VIH en la población general

El acceso a la prueba de VIH constituye un medio de prevención y al mismo tiempo mide en cierto modo el acceso a los servicios de prevención del VIH. Desde el año 2007, El Programa Nacional ITS/VIH/SIDA ha ido desarrollando una serie de estrategias para incrementar de manera sistemática la oferta de las pruebas de VIH, a la fecha más de 1.000 establecimientos ofertan las pruebas principalmente a mujeres embarazadas; no obstante aún la cobertura es baja, para el año 2013 tan sólo el 4,5% 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.

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, 2013

Grupos de edad	Hombres			Mujeres		
	Se hizo una prueba de VIH	Muestra total	%	Se hizo una prueba de VIH	Muestra total	%
15-19	8	800	1,00	14	800	1,75
20-24	37	1200	3,08	123	1200	10,25
Más de 25	18	500	3,60	28	500	5,60
Total	63	2.500	2,52	165	2.500	6,60

Fuente: Estudio Poblacional CAP. Derechos y Acceso a la Salud

3.3.1.6. La prevalencia del VIH entre los jóvenes

Este indicador tiene como objetivo medir los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH. 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. 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

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 2013 la prevalencia estimada de VIH en el país es de 0,12%; encontrándose una diferencia moderada entre los grupos de edad.

Indicador 1.6.

Prevalencia de VIH: Porcentaje de jóvenes (mujeres y varones) de 15–24 años que viven con el VIH, 2006 – 2013

Casos positivos de gestantes con VIH

Grupo de edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
15 - 19	5	6	12	14	31	39	40	42
20 - 24	7	7	22	32	61	76	80	82
Total 15 - 24	12	13	34	46	92	115	120	124

Mujeres con prueba de VIH

Grupo de edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
15 - 19	1099	1652	5425	8840	21795	29635	32060	37960
20 - 24	1089	1791	10015	20811	45215	69422	72998	66790
Total 15 - 24	2188	3443	15440	29651	67010	99057	105058	104750

Porcentaje de VIH

Grupo de edad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
15 - 19	0,45	0,36	0,22	0,16	0,14	0,13	0,12	0,11
20 - 24	0,64	0,39	0,22	0,15	0,13	0,11	0,11	0,12
Total 15 - 24	0,55	0,38	0,22	0,16	0,14	0,12	0,11	0,12

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

3.3.2. Poblaciones Vulnerables

Profesionales del Sexo (Trabajadoras Sexuales)

El siguiente grupo de cuadros corresponde al estudio de vigilancia de segunda generación realizado el año 2010, en trabajadoras sexuales que ejercen trabajo sexual en las ciudades del eje central del país.

Los datos revelan:

- La cobertura de los programas de prevención llegan sólo a una de cada dos trabajadoras sexuales, cifra bastante baja, considerando que la mayoría de las entrevistadas son usuarias de los CDVIR/CRVIR.
- El uso del condón muestra un porcentaje mayor al 95%, aunque es importante indicar que una fracción importante declara haber tenido problemas con su uso.
- La cobertura de prueba de VIH muestra que 7 de cada 10 se habría realizado una prueba de VIH.
- La prevalencia estimada por el estudio, para el año 2010, fue de 0,57%.

Indicador 1.7.

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

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			
Menos de 25	694	277	260	740	35,14	
25 y más	1.199	698	677	1.250	54,16	
Total	1.893	975	937	1.990	47,09	

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

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	95,18
25 y más	1.195	1.250	95,60
Total	1.904	1.990	95,68

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

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

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

Población transgénero

El año 2012 se realizó un estudio de vigilancia de segunda generación en mujeres trans que en una proporción mayor a 90% se dedica al trabajo sexual, los resultados mostraron mayores niveles de vulnerabilidad encontrándose:

- La cobertura de los programas de prevención llegan tan sólo a 47% de la población estudiada.
- El uso del condón muestra un porcentaje mayor al 95%, similar al registrado en el grupo de trabajadoras sexuales.
- La cobertura de prueba de VIH muestra que 7 de cada 10 se habría realizado una prueba de VIH.
- La prevalencia estimada por el estudio, para el año 2010, fue de 20%.

Indicador 1.7.

Porcentaje de mujeres Trans a las que llegaron los programas de prevención

Grupo de edad (años)	Población trans		
	Sabe acerca de la prueba de VIH y es usuaria del CDVIR/CRVIR	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	260	740	35
25 y más	677	1250	54
Total	937	1990	47

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH en población trans (EVPTrans), 2012

Indicador 1.8.

Porcentaje de mujeres Trans que se dedican al trabajo sexual que declara haber usado un preservativo con su último cliente

Grupo de edad (años)	Población trans		
	Uso condón	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	709	740	96
25 y más	1.195	1.250	96
Total	1.904	1.990	96

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH en población trans (EVPTrans), 2012

Indicador 1.9.

Porcentaje de mujeres Trans que se sometieron a una prueba de VIH y conocen los resultados

Grupo de edad (años)	Población trans		
	Se sometio a una prueba	Muestra total	Porcentaje
Menos de 25	465	740	63
25 y más	967	1.250	77
Total	1.432	1.990	72

Fuente: Estudio de Prevalencia de VIH en población trans (EVPTrans), 2012

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (GBT y otros HSH)

Este grupo es el de mayor vulnerabilidad, registrando valores que muestran mayor exposición al riesgo. Los datos que se muestran a continuación corresponden al estudio de vigilancia de segunda generación (SEMVBO) realizado el año 2008.

Indicador 1.11.

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

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

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

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

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

3.4. Objetivo 2

Reducir la transmisión de VIH entre Usuarios de Drogas Inyectables

En el país, la problemática de los Usuarios de Drogas Inyectables no se considera relevante, dado que la evidencia con la que se dispone muestra que el consumo de este tipo de drogas es marginal. No obstante se encuentra el consumo de otro tipo de drogas y alcohol, que constituyen factores que contribuyen a comportamientos de riesgo frente al VIH y las otras ITS, tanto en la población general como en las poblaciones clave.

De acuerdo con el estudio SEMVBO se encuentra que en la población GBT-HSH 25% declaró haber consumido drogas alguna vez y el 12% declara haberlas consumido en los 12 meses previos al estudio, respecto al consumo de drogas intravenosas sólo se registró una persona en esa categoría, el consumo de alcohol alcanza a 7 de cada 10 en las cuatro semanas previas a la encuesta.

El estudio EPV-Trans, refleja que 59% de las personas declararon haber consumido algún tipo de drogas alguna vez y 12% reporta un consumo diario en las cuatro semanas previas al estudio, registrándose tan sólo 4 personas que declaran haberse inyectado heroína, en cuanto al consumo del alcohol 92% refiere haberlo consumido alguna vez y 14% refiere un consumo diario en las últimas cuatro semanas previas al estudio.

En el caso de las trabajadoras sexuales, el estudio PREVETS muestra una proporción de 18% que alguna vez consumieron algún tipo de droga.

Los datos de los estudios en los tres grupos poblacionales el consumo de alcohol en todas las poblaciones supera los 2/3 a nivel de las ciudades investigadas y que el consumo de drogas se concentra principalmente en la marihuana.

3.5. Objetivo 3:

Erradicar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños y reducir significativamente las 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.³

La problemática de la transmisión materna infantil se aborda desde la Estrategia Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y la Eliminación de la Sífilis Congénita. La propuesta estratégica nace como resultado de un incremento gradual del número de casos de mujeres embarazadas con VIH y sífilis que implica un alto costo social por el riesgo de transmisión hacia los hijos, siendo este un problema que se puede resolver combinando acciones de comunicación e intervención sanitaria para lo cual se define:

1. Mejorar la cobertura del diagnóstico temprano y oportuno
2. Proporcionar el tratamiento adecuado y oportuno
3. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia en el sistema de salud

Con la implementación de la estrategia se espera:





1. Incrementar la cobertura de tamizaje para VIH y Sífilis en el 95% de gestantes que acuden a los servicios de salud.
2. Incrementar la cobertura de tratamiento profiláctico en un 95% de gestantes seropositivas al VIH y la sífilis según el protocolo vigente de atención.
3. Fortalecer los sistemas de gestión involucrados en la aplicación de la estrategia en un 100% de los municipios del área de influencia de la intervención.

El supuesto fundamental para la implementación de plan es el compromiso político, desarrollo de alianzas e integración con otros programas, sobre todo los relacionados con salud sexual y reproductiva.

³ Ministerio de Salud – Programa Nacional ITS/VIH/SIDA “*Guía para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita*”. La Paz – Bolivia, 2011.

Se espera que al final de la intervención se haya controlado los casos de transmisión vertical del VIH a menos de 1% y los casos de niños nacidos con sífilis a menos de 0,5 por mil nacidos vivos de esta forma se pretende reducir la carga social del VIH y la sífilis en más de 36%, con relación a los costos de atención y tratamiento, encontrándose un escenario favorable desde el punto de vista biológico, programático y financiero, además de elementos que sientan las bases de sostenibilidad de la inversión desde la gestión local y nacional.

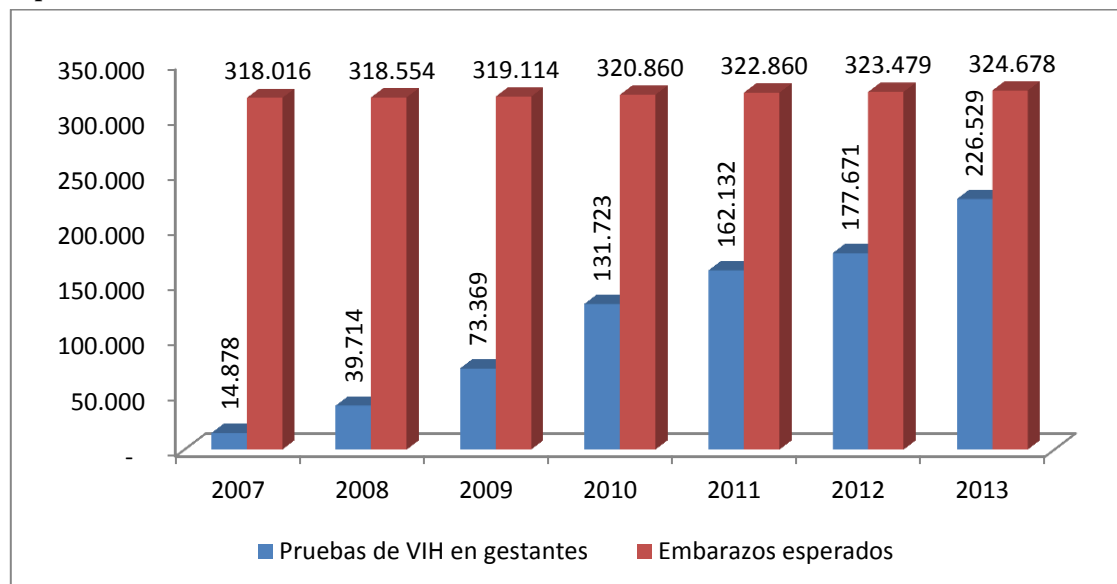
En el contexto de la estrategia se han logrado importantes progresos:

-  Incremento de la cobertura de pruebas de VIH en gestantes cercana a 70% de los embarazos esperados, principalmente en los contextos urbanos.
-  Incremento del número de establecimientos de salud que ofertan pruebas rápidas de VIH y municipios que compran pruebas rápidas de VIH conforme RM No. 521. Según el último reporte de la gestión 2013 se tienen más de 1000 establecimientos de salud distribuidos en 201 municipios (60% del nivel nacional). Con respecto al 2010 se registra un incremento de más de 60% en la oferta de pruebas de VIH.
-  Más del 90% de las mujeres con sospecha diagnóstica de VIH o con caso confirmado reciben tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión madre-niño.
-  Implementación de vigilancia centinela en cuatro sitios seleccionados de mayor cobertura de atención prenatal.

El cuadro siguiente muestra la evolución de la cobertura de pruebas de VIH en gestantes respecto al total de embarazos esperados:

Bolivia:

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



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

A continuación se presentan los indicadores asociados con este objetivo

3.5.1. Prevención de la transmisión materno-infantil

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

De acuerdo con las directrices del Informe de Progresos, este indicador mide los avances realizados en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH durante el embarazo y el parto mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales

La evolución del indicador muestra un incremento gradual de la cobertura de PTMI con respecto a las estimaciones, para el año 2013, se encuentra que 6 de cada 10 embarazadas (estimadas) estarían siendo cubiertas por la prevención de la transmisión vertical. Es importante señalar que en el sistema de salud de cada 10 gestantes con sospecha o positividad de VIH, estarían recibiendo la profilaxis.

Indicador 3.1

Porcentaje de embarazadas VIH que recibe TAR para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil, 2007 - 2013

Descripción	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de embarazadas seropositivas que reciben ARV para reducir el riesgo de transmisión	17	34	35	105	199	168	148	212
Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses (madres que	431	394	365	343	330	322	337	323
Porcentaje	3,94	8,63	9,59	30,61	60,30	52,17	43,9	65,6

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Spectrum

3.5.1.a. Prevención de la transmisión materno-infantil

Porcentaje de mujeres que vive con el VIH y que recibe TAR para ellas o para sus lactantes durante la lactancia materna

El tratamiento brindado en el país, implica la supresión de la lactancia en caso de un niño nacido de madre VIH(+), por lo tanto no se tienen registros de niños con lactancia, por lo tanto el indicador no es relevante para el país.

3.5.2. Diagnóstico infantil precoz

Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico del VIH dentro de los dos primeros desde el nacimiento.

Desde el año 2013 se ha incorporado en el Sistema de Información de la Respuesta Nacional el seguimiento al recién nacido, mediante la aplicación de una ficha de seguimiento, no obstante el instrumento continua siendo evaluado por lo que los resultados aún son de carácter preliminar, en todo caso el sistema registra un total de 13 niños con prueba de Carga Viral respecto a 145 recién nacidos reportados en el sistema. De los 13 niños con registro de prueba se tiene un reporte de 10 niños con resultado.

3.5.3. Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)

Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses.

Este indicador tiene como objetivo medir los progresos realizados en la eliminación del VIH. Según se observa el modelamiento realizado describe una reducción del 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(+). El indicador es coincidente con las tendencias estimadas de reducción de la transmisión vertical en la Estrategia Nacional.

Indicador 3.3: Transmisión materno-infantil

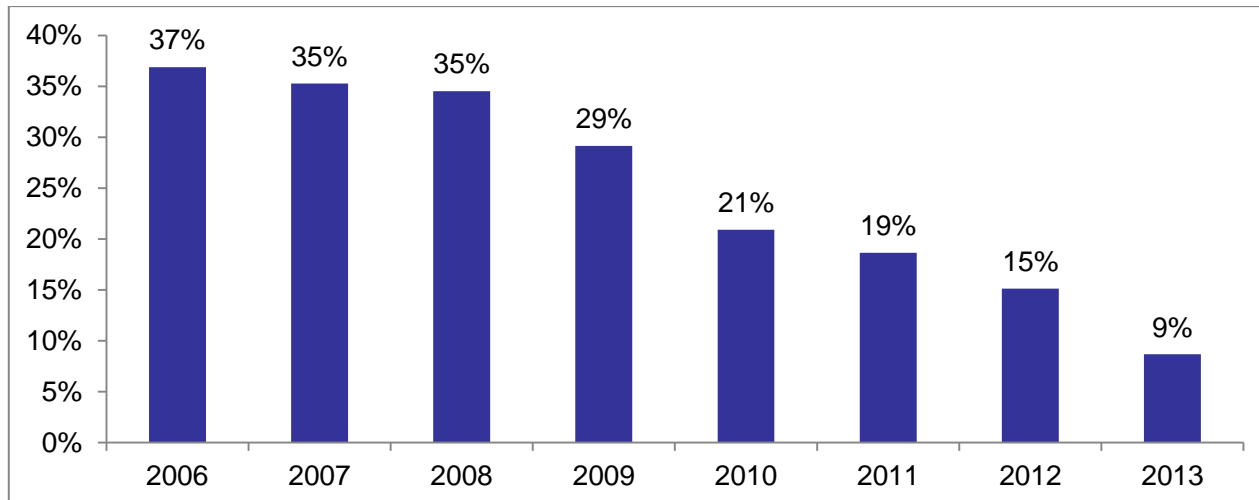
Bolivia: Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses (modelo del Spectrum)

Descripción	2010	2011	2012	2013
Número estimado de nuevos casos de niños infectados por VIH debido a la transmisión materno-infantil entre niños nacidos de madres	69	60	51	28
Número estimado de embarazadas seropositivas en los últimos doce meses (madres que necesitan PTVMI)	330	322	337	323
Porcentaje	21%	19%	15%	9%

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 9% de la transmisión vertical es decir que 9 nacidos de cada 100 madres VIH(+) estarían adquiriendo el VIH a través de la madre, esta cifra supone un desafío importante orientado a la cobertura de pruebas de VIH y la detección oportuna de casos en gestantes.

Bolivia: Estimación del porcentaje de niños nacidos con VIH, 2006 - 2013



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA - Spectrum

3.6. Objetivo 4

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

El año 2012, Bolivia comienza a aplicar la Estrategia de Tratamiento 2.0 esto ha permitido iniciar más tempranamente el tratamiento y mejorar de esta forma un inicio temprano con esquemas de mayor efectividad, actualmente se está transitando hacia la implementación de una nueva revisión de los protocolos de TARV tanto para niños como para adultos, el desafío se encuentra en la retención y adherencia al tratamiento.

3.6.1. Tratamiento de VIH: Terapia antirretroviral

Porcentaje de adultos y niños que actualmente reciben terapia antirretroviral⁴

La evidencia generada a lo largo de los años muestra una estrecha relación entre la terapia antirretroviral y la reducción de la morbimortalidad asociada con el VIH y la transmisión del VIH, los cambios en las directrices de atención y tratamiento han permitido mejorar la eficiencia en el tratamiento e incidir positivamente en la calidad y esperanza de vida de las personas que viven con VIH. Este indicador permite evaluar los progresos realizados en el suministro de la terapia antirretroviral a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.

La información disponible del año 2013 permite determinar que aproximadamente 1 de cada 4 PVVS estarían recibiendo tratamiento antirretroviral. Aunque si se consideran las nuevas notificaciones y los nuevos inicios el porcentaje supera al 50%.

⁴ Este indicador asociado a los ODM a diferencia de los informes anteriores se obtiene con respecto al número estimado de adultos y niños y adultos que viven con el VIH.

Indicador 4.1.

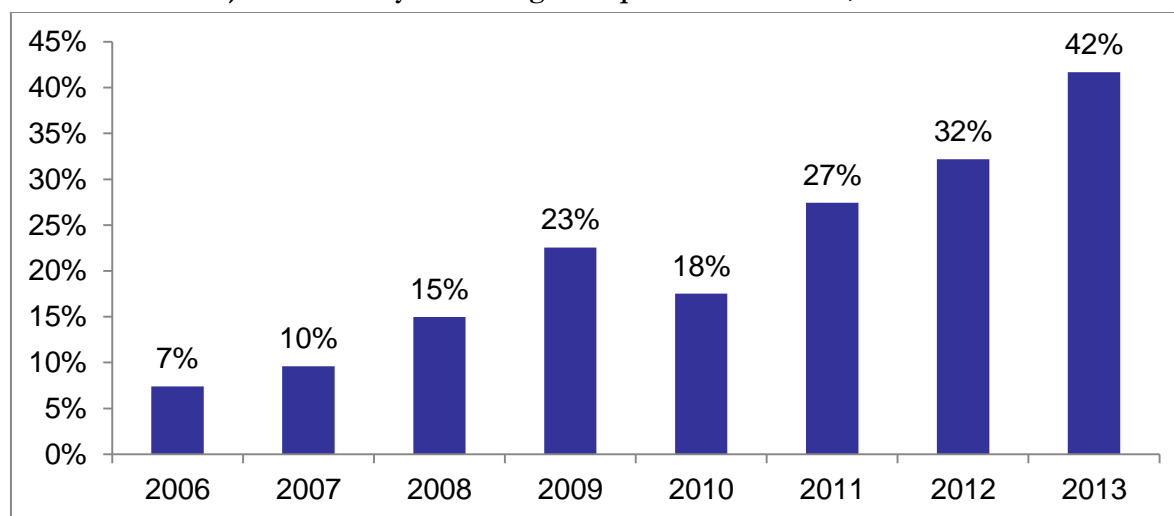
Bolivia: Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente reciben terapia antirretroviral, 2013

Grupos de Edad	Pacientes en TARV			Número de PVVS			%
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
0 – 14	104	57	47	305	145	160	34,1
15 y más	2.921	1.837	1.804	10.737	6.837	3.849	27,2
Total	3.025	1.894	1.131	11.042	6.982	4.009	27,4

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

Un análisis comparativo, considerando el estimado de PVVS que necesitan TARV, con los informes anteriores muestra en general un incremento gradual considerando la evolución en el tiempo se registra un aumento 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.

Bolivia: Porcentaje de adultos y niños elegibles que reciben TARV, 2006 - 2013



Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Spectrum

3.6.2. Retención de la terapia antirretroviral

Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan en tratamiento 12 meses después de iniciar terapia antirretroviral

Este indicador trata de determinar los progresos realizados en el incremento de la supervivencia de las PVVS al mantenerlos en terapia antirretroviral. De acuerdo con el sistema de seguimiento al paciente 7 de cada 10 se mantendrían con terapia 12 meses después.

Indicador 4.2.

Bolivia: Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que continúan con tratamiento 12 meses después de empezar TARV (Inicios 2012 que continúan con vida el 2013)

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	868	631	73

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

3.7. Objetivo 5

Reducir las muertes por TB entre las personas que viven con VIH en un 50% para el 2015

3.7.1. Gestión coordinada del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH

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.

En el país se ha conformado el Comité Interprogramático de Coinfección TB-VIH con el objeto de lograr una gestión coordinada tanto en vigilancia como en atención.

Indicador 5.1.

Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH, 2010 - 2013

Categorías	2010	2011	2012	2013
Número de personas seropositivas que recibieron terapia TARV combinada y que iniciaron el tratamiento para la tuberculosis	47	49	49	50
Número estimado de casos incidentes de tuberculosis en personas que viven con el VIH	168			
Porcentaje	28,01%			

Fuente: Programa Nacional ITS/VIH/SIDA – Estimaciones OPS/OMS

3.8. Objetivo 6

Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al SIDA para el 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000 – 24.000 millones de USD en países de ingresos bajos y medios

Gasto nacional e internacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación⁵

Los datos que se presentan en este punto corresponden a la medición de gasto en SIDA correspondiente a los años 2010, 2011 y 2012. 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. 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.

La información proviene de múltiples fuentes:

- **Dirección General de Contabilidad Fiscal (DGCF)**
- **Dirección General de Asuntos Administrativos y Financieros (DGAAF)**
- **Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA**
- **Programa Nacional de Bancos de Sangre**
- **Dirección General de Seguros de Salud (DGSS)**
- **Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)**
- **Servicio Departamental de Salud (SEDES)**
- **Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR)**
- **Establecimientos de Salud**
- **Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)**
- **Caja Nacional de Salud (CNS)**
- **Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL)**
- **Asociación Ibis - Hivos. Receptor Principal del Fondo Mundial.**
- **Agencias Multilaterales: OPS, UNICEF, UNFPA y ONUSIDA.**

⁵La referencia completa a la medición de gasto se encuentra en el estudio, Bolivia: Medición de Gasto en SIDA, periodo 2010, 2011y 2012.

- **ONGs y Fundaciones:** PROSALUD, CIES Salud Sexual y Reproductiva, Círculo Multidisciplinario, Marie Stopes, Family Care International Bolivia, IDH, Mesa de Trabajo Nacional, Misión Alianza Noruega Bolivia, PATSIDA, Visión Mundial, Fundación Cuerpo de Cristo, Vivo Positivo, AMAPAN, ASUNCAMI, Igualdad, ProMujer, Red Vihda y Wiñay.

Estimación de los resultados:

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

En el Cuadro siguiente se presentan los principales indicadores relacionados con el gasto en VIH/SIDA para el periodo de análisis, según se observa el año 2011 presenta el mayor gasto incurrido en el periodo de análisis con 13.8 millones de dólares en relación al 2010 (10 millones de dólares) y al 2012 (11.7 millones de dólares), esto se debió principalmente a que el Fondo Mundial a través de su receptor principal desembolsó el doble de recursos al país que en la gestión anterior, es decir de 1.9 millones de dólares el 2010 a 4.8 millones de dólares el 2011 y 2.8 millones de dólares el 2012, esto se debió principalmente al cambio de ronda de financiamiento del Fondo Mundial.

Bolivia: Indicadores para el periodo 2010 – 2012, (En dólares)

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

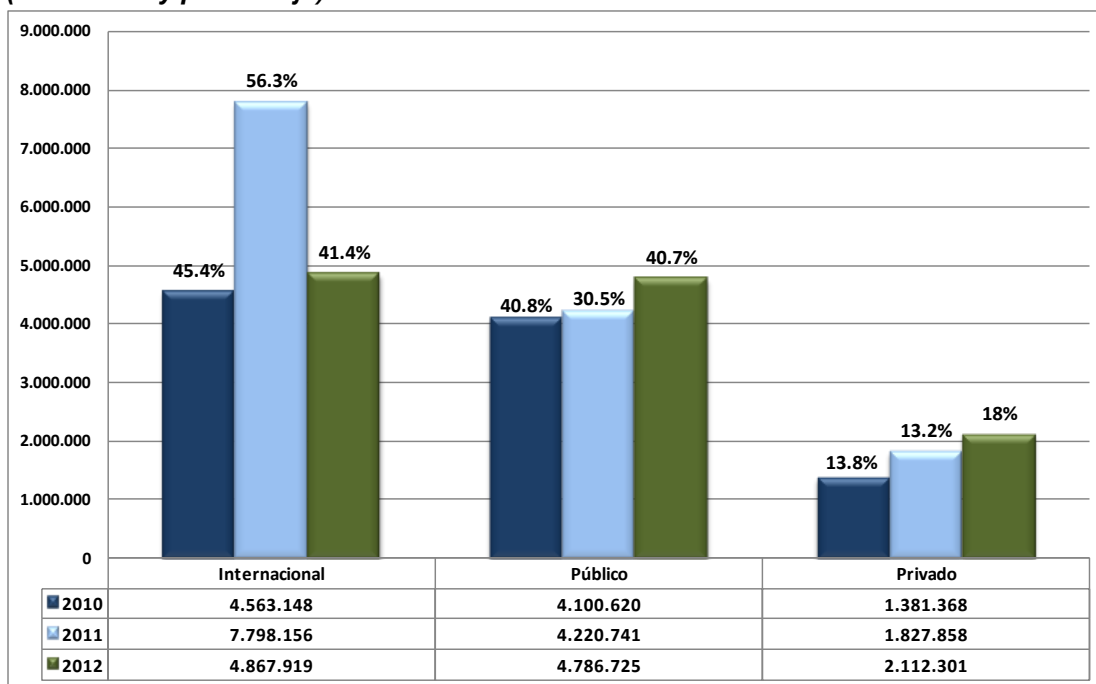
Fuente: Elaboración propia con información del BCB (a), Banco Mundial (b), OMS (c), INE (d) y Programa Nacional ITS/VIH/SIDA

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

Fuentes de Financiamiento.

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

**Bolivia: Gasto VIH/SIDA por fuente de financiamiento
(En dólares y porcentaje)**



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

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

Bolivia: Fuente de Financiamiento del gasto en VIH/SIDA
(En dólares y porcentaje)

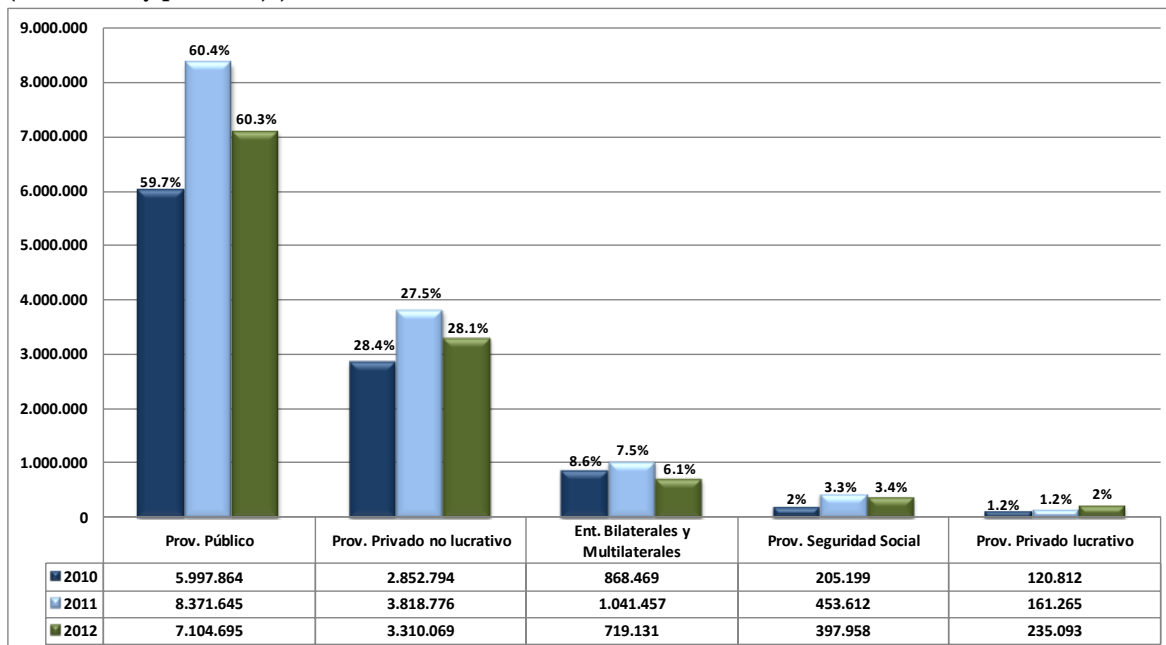
FS	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2010		2011		2012		VAR 2010 - 2012	
			%		%		%		%
FS 01	Públicas	4.100.620	40,8%	4.220.741	30,5%	4.786.725	40,7%	686.105	16,7%
FS.01.01.01	Renta Gobierno Central	2.177.282	21,7%	2.225.649	16,1%	2.382.823	20,3%	205.541	9,4%
FS.01.01.02	Renta Gobierno Departamental	183.289	1,8%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

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

Proveedores de Salud.

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

Bolivia: Gasto en VIH/SIDA por proveedor salud
(En dólares y porcentaje)

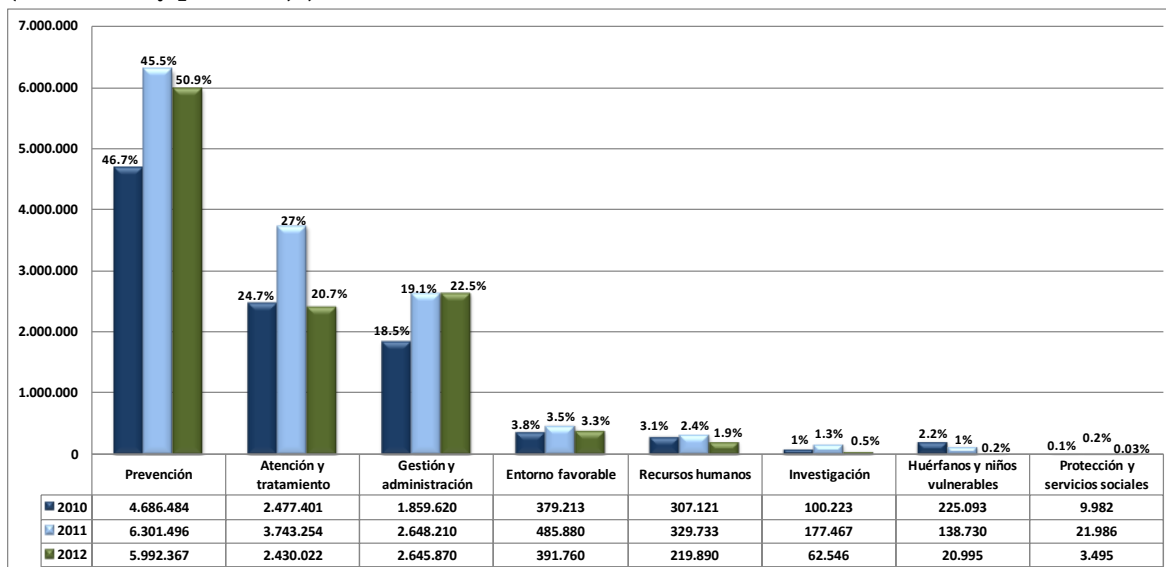


Fuente; Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012.

Categoría del gasto relativo al SIDA.

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

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



Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

Prevención. Dentro de esta categoría la actividad de mayor importancia en el gasto total en los tres años de análisis es el que se relaciona con la Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual con 8.6 millones de dólares que representa el 24.1% del gasto total, seguido por la Prevención de la transmisión materno infantil con el 6.2% (2.2 millones de dólares), este incremento del gasto en prevención de transmisión puede deberse principalmente a prestaciones que son otorgadas gratuitamente por el SUMI en todos los establecimiento de salud público y en otros bajo convenio. Es importante indicar que el Suministro de preservativos masculinos en el sector público y comercial en el periodo de análisis representó un gasto importante en materia de prevención con el 3.4% (1.2 millones de dólares).

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

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

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

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

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

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

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

Gasto en VIH/SIDA por tipo de fuente de financiamiento y categorías de gasto relativo al SIDA

El cuadro siguiente resume la relación que existe entre la fuente de financiamiento y el gasto relativo al SIDA para la gestión 2012, donde las categoría *prevención* presenta un financiamiento de 60.2% proveniente de fuentes públicas (3.6 millones de dólares), 18.5% fuentes privadas (1.1 millones de dólares) y el 21.3% proviene de fuentes internacionales (1.2 millones de dólares).

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

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

CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO													TOTAL FUENTE DE FINANCIAMIENTO			
	FS.01	FS.01.01	FS.01.02	FS.01.99	FS.02	FS.02.01	FS.02.02	FS.02.03	FS.03	FS.03.01	FS.03.02	FS.03.03	FS.03.99				
	Públicas	Gobiernos Territoriales	Fondos de la Seguridad Social	Otros Fondos Públicos s.c.o.	Privadas	Instituciones con fines de lucro	Fondos de hogares	Instituciones sin fines de lucro	Internacionales	Contribuciones bilaterales	Organismos multilaterales	ONG y Fundaciones sin fines de lucro	Otras fuentes internacionales s.c.o.				
ASC 06	Protección social y servicios sociales (excluidos los HNV)			331	331				3.165			3.165		3.495			
ASC.06.02	Protección social a través de beneficios en especie								1.439			1.439		1.439			
ASC.06.98	Servicios de protección social y servicios sociales no desglosados por tipo			331	331				1.726			1.726		2.057			
ASC 07	Entorno favorable			140.873	140.873				250.887		104.765	146.122		391.760			
ASC.07.01	Sensibilización								58.687		12.712	45.974		58.687			
ASC.07.02	Programas de derechos humanos								75.187		6.012	69.175		75.187			
ASC.07.03	Desarrollo institucional específico del sida								4.316			4.316		4.316			
ASC.07.04	Programas específicos del sida orientados a las mujeres								26.216		26.216			26.216			
ASC.07.05	Programas para reducir la violencia de género			140.873	140.873				84.824		59.824	25.000		225.697			
ASC.07.98	Entorno favorable no desglosado por tipo								1.657			1.657		1.657			
ASC 08	Investigación relacionada con el VIH								62.546		51.796	10.750		62.546			
ASC.08.01	Investigación biomédica								4.956		4.956			4.956			
ASC.08.02	Investigación clínica								6.754		6.004	750		6.754			
ASC.08.03	Investigación epidemiológica								4.500		4.500			4.500			
ASC.08.04	Investigación en ciencias sociales								41.848		31.848	10.000		41.848			
ASC.08.98	Actividades de investigación relacionada con el VIH no desglosadas por tipo								4.488		4.488			4.488			
TOTAL CATEGORÍAS DE GASTO RELATIVO AL SIDA				4.786.725	4.308.773	279.630	198.323	2.112.301	25.634	2.013.954	72.712	4.867.919	61.609	3.538.112	1.231.858	36.340	11.766.945

Fuente: Elaboración propia con información de MEGAS 2010-2012

3.9. Objetivo 7

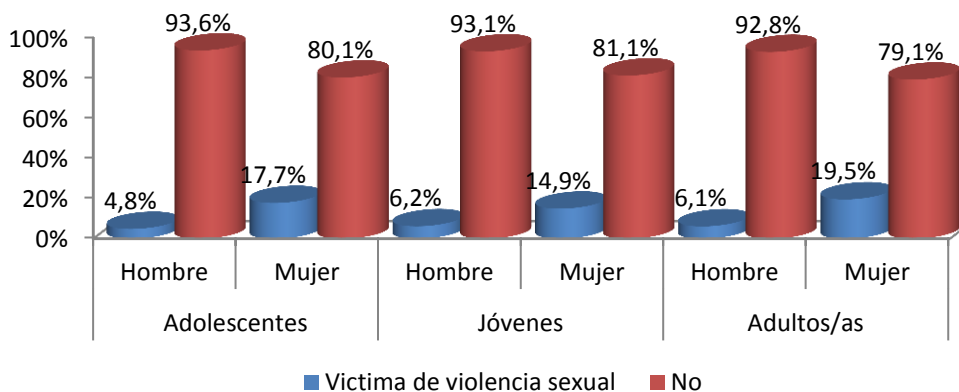
Eliminar las desigualdades de género

En Bolivia las tasas de violencia hacia y contra las mujeres representan un elevado porcentaje, principalmente en lo que respecta a la violencia física y el maltrato psicológico. Aunque en los últimos años se ha ido avanzando en el tema legal, persiste una cultura machista que limita el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de la población, convirtiéndose el problema de la violencia en un problema estructural.

Se ha demostrado que existe una relación entre la violencia, principalmente sexual y la transmisión del VIH, aunque este aspecto trasciende de la población general hacia los grupos clave, acentuándose en el trabajo sexual tanto de mujeres como de mujeres trans, que presentan porcentajes mayores a 50% de maltrato ya sea de parte de sus clientes o parejas habituales.

Un estudio de línea de base realizado por el UNFPA el año 2012, acerca de Derechos Sexuales y Reproductivos muestra, que existe mayor proporción de mujeres que declaran haber sido víctimas de violencia sexual en los tres grupos generacionales, con mayor porcentaje en las mujeres adultas (20%) y un valor menor en mujeres jóvenes (15%), aspecto que podría traducirse en una transmisión intergeneracional de la violencia. En el caso de los hombres en todos los grupos se registra una proporción por debajo del 7%, con un valor menor en adolescentes.

Bolivia: Población que alguna fue víctima de violencia sexual por grupo de edad y sexo



Fuente: Estudio Línea de Base , 2012

El estudio muestra que del total de casos registrados de violencia sexual, aproximadamente 1 de cada 4 fueron en la casa y 1 de cada 4 en el barrio/comunidad. En la población adolescente alrededor, de 3 de cada 10 sufrió la agresión en la escuela; mientras que en la población joven la mayoría recibió la agresión en el barrio/comunidad y en los adultos/as fue mayoritariamente en su casa, se encuentra también que 1 de cada 4 mujeres adultas fue agredida en el trabajo.

Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja ⁶

De acuerdo con la DHS 2008, se encuentra que 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 puede contribuir de manera directa a la disminución del riesgo de contraer VIH, aunque su abordaje es multidimensional y está relacionado con un proceso multidimensional orientado al cambio de actitudes y comportamientos, demandando intervenciones multisectoriales con las diferentes instancias involucradas con la problemática. En el caso específico de VIH, es importante señalar que el país el año 2013 ha desarrollado una Herramienta de Género para avanzar en el compromiso relacionado con la eliminación de las disparidades de género tanto entre hombres y mujeres como en las poblaciones clave.

Indicador 7.1.

Bolivia: 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 una pareja íntima de sexo masculino en los últimos doce meses, 2008

Grupos de edad (años)	Mujeres		
	Víctimas de violencia física o sexual	Muestra total	Porcentaje
15- 19	149	517	21,8
20 – 24	449	1.434	31,2
25 – 49	1.621	7.437	28,6
Total	2.219	9.388	23,64

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

⁶ 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).

3.10. Objetivo 8

Erradicar el estigma y discriminación

Uno de los problemas de mayor complejidad es el estigma y discriminación. La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por el Derecho Internacional en materia de derechos humanos. En Bolivia se ha promulgado la Ley No. 737/2010-2011 “Ley Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación” promulgada el 8 de octubre de 2010.

La ley reconoce que la discriminación es toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual e identidad de géneros, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica, social o de salud, profesión, grado de instrucción, capacidades diferentes y/o discapacidad física u otras.

El contexto del VIH hace referencia a un trato injusto (por acto u omisión) de una persona debido a su estado, real o supuesto, en relación con el VIH. La discriminación intensifica los riesgos y priva a las personas de sus derechos, limitando el alcance de las intervenciones.

En el informe 2014 se incluye la temática de estigma & discriminación hacia las personas que viven con VIH, aunque los factores de vulnerabilidad social y estigmatización no son exclusivas de las PVVS, el contexto de la discriminación se acentúa cuando el diagnóstico se hace público, aspecto que se traduce en el hecho de esconder el estatus de VIH generando una suerte de autodiscriminación.

De acuerdo con el Índice de Estigma y Discriminación la violencia doméstica, la discriminación de género, el trabajo sexual o la opción sexual de las personas son las principales causantes para el surgimiento de insultos, acoso o amenazas verbales hacia las PVVs llegando a derivar en agresiones físicas una vez que la condición serológica positiva es conocida.

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH

Este indicador busca medir los progresos realizados en la reducción de actitudes discriminatorias, y el apoyo a las políticas de lucha contra la discriminación. El indicador construido es una medida de las actitudes discriminatorias que pueden desembocar en acciones (u omisiones) discriminatorias.

Las Encuestas de Demografía y Salud incluyen una de las preguntas definidas en las Directrices del Informe “Compraría vegetales frescos de un vendedor con el virus del SIDA”. De acuerdo con la ENDSA 2008 se encuentra que 45% manifiesta que no realizaría la compra, siendo el porcentaje mayor en la población masculina, 53%, en contraste con un 42% en la población femenina, con diferencias moderadas entre los diferentes grupos de edad.

Indicador 8.1.

Bolivia: Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH, 2008

Grupos de edad (años)	Hombres			Mujeres			Total
	No comprarían verduras frescas de un vendedor con el virus del SIDA	Muestra total	Porcentaje	No comprarían verduras frescas de un vendedor con el virus del SIDA	Muestra total	Porcentaje	
15- 19	530	1.000	53,0	1.442	2.996	48,1	49,3
20 – 24	324	750	43,2	1.012	2.348	43,1	43,1
25 – 49	1.559	2.845	54,8	3.203	8.105	39,5	43,5
Total	2.413	4.595	52,5	5.657	13.449	42,1	44,7

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

3.11. Cuestiones sobre políticas referentes a los objetivos

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 Índice Compuesto de Políticas Nacionales (ICPN) está orientado a medir la percepción de los progresos realizados en el desarrollo y la implementación de políticas, estrategias y leyes a escala nacional en materia de VIH y sida. 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.

La principal fuente de información para la percepción del avance de políticas se encuentra en el **Plan Estratégico Multisectorial 2013-2018.**

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.

El Plan Estratégico Multisectorial 2013 – 2018, define un proceso orientado a la contención de la epidemia con un proceso que busca definir acciones de sostenibilidad operativa bajo un enfoque multisectorial y multiactorial. Después de la evaluación temática del componente de prevención del PEM 2008-2012, se han identificado desafíos importantes en el contexto definido por el nuevo marco de inversión para la respuesta al VIH:

- Identificación de nuevos actores
- Mapeo y sistematización de buenas prácticas
- Desarrollo de investigaciones operativas
- Impulso de un proceso participativo que motive diálogos multisectoriales y multiactoriales.
- Realización de un análisis organizacional interno.
- Fortalecimiento del sistema de monitoreo y evaluación.

La percepción acerca de los esfuerzos de la política pública se traduce en los siguientes aspectos:

I. Plan estratégico:

- ✎ Evaluación temática del componente de prevención del PEM 2008-2012.
- ✎ Formulación del PEM 2013 – 2018, caracterizado por la búsqueda de un modelo orientado a la sostenibilidad operativa con enfoque multisectorial y multiactorial con nuevos actores, edificando un PEM estructurando en prevención, atención y tratamiento y lucha contra el estigma & discriminación, con énfasis en un modelo autogestionado desde los diferentes niveles de decisión.
- ✎ Definición de acciones para impulsar el desarrollo del currículo educativo que incorpore la temática de VIH desde un enfoque de derechos.
- ✎ Revisión y articulación de una propuesta modificatoria de la Ley 3729 en el contexto de La Ley Marco de Autonomías, para garantizar la gestión económica de la respuesta nacional desde el accionar de las competencias de los gobiernos autónomos en sus diferentes niveles de gestión.

Durante las tres mediciones, del ICPN desde el informe 2010, persisten algunos problemas que limitan el alcance de las estrategias:

- ✦ Mayor asignación presupuestaria.
- ✦ Seguimiento, monitoreo y evaluación de los CODESIDAs.
- ✦ Mejorar la ampliación de los sistemas de apoyo social.
- ✦ Mejorar la deficiencia en la capacidad de la red de laboratorios.

II. Apoyo Político:

- ✦ Apoyo de la gestión nacional desde el CONASIDA y el Mecanismo de Coordinación de País.
- ✦ Inclusión de la sociedad civil en la participación para lucha contra el SIDA, mediante el impulso de una serie de Comités como es el caso del Comité Nacional de Monitoreo & Evaluación, el Comité Farmacoterapeutico Nacional y el Comité de Acceso Universal de la población GBT-HSH.

Principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Sensibilizar al sector privado para mejorar la respuesta.
- ✦ 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.

III. Prevención.

- ✦ Guía y protocolos en proceso de implementación.
- ✦ Mayor aceptación y comprensión a poblaciones vulnerables.
- ✦ Mayor alcance de pruebas de VIH, principalmente en mujeres embarazadas.
- ✦ Reducción de la transmisión materna infantil.
- ✦ Capacitación continua al personal de salud respecto al VIH.
- ✦ Cambios en las estrategias de comunicación que priorizan la información y se orientan hacia el cambio de conductas y comportamientos.

Principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Completar acciones de prevención entre educación y salud.
- ✦ Difusión de material informativo dirigido y focalizado a cada tipo de la población.
- ✦ Socialización, información y comunicación de las leyes relacionadas al VIH/SIDA..

IV. Tratamiento, atención y apoyo

- ✧ Implementación de ciclos cortos de calidad.
- ✧ Mayor cobertura de terapia antirretroviral
- ✧ Implementación de la estrategia de tratamiento 2.0
- ✧ Mayor efectividad del tratamiento en función a la implementación de nuevos protocolos de atención.
- ✧ Mayor cobertura de tratamiento financiado con presupuesto nacional.

Principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✧ Mejorar la cobertura de atención en niños expuestos al VIH.
- ✧ Implementar acciones tendientes al abordaje del problema de la fármacoresistencia.
- ✧ Mejorar la atención de las infecciones oportunistas..

V. Vigilancia y evaluación

- ✧ Consolidación de un sistema de reporte en línea con cobertura nacional permitiendo generar información clave para la toma de decisiones.
- ✧ Revisión y actualización de la Guía de Vigilancia Epidemiológica.
- ✧ Implementación de vigilancia centinela en gestantes.
- ✧ Integración con los sistemas nacionales de información.

Principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✧ Trabajar en la implementación de un sistema de seguimiento a pacientes que no se encuentran en TARV.
- ✧ Mejorar el sistema para su integración al Sistema Nacional de Información en Salud.
- ✧ Consolidar la vigilancia de segunda generación para evaluar los cambios en las poblaciones clave.

VI. Derechos Humanos

- ✧ Implementación de la ley contra la discriminación y toda forma de racismo que protege entre otros a una población clave determinada y a otros grupos vulnerables.
- ✧ Implementación de los observatorios de derechos con énfasis en las personas que viven con VIH.
- ✧ Integración de las acciones con otras instancias sectoriales.
- ✧ Desarrollo de la herramienta de género.

Principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Ausencia de un Plan Específico para el abordaje de la problemática de estigma y discriminación.
- ✦ Consolidar esfuerzos orientados al empoderamiento de las PVVs y poblaciones clave para el ejercicio de derechos..

La participación de la sociedad civil fortalece el compromiso político de los líderes principales y la formulación de políticas/estrategias nacionales.

I. Participación de la sociedad civil.

- ✦ Conformación de Mesas de Trabajo y comités departamentales y nacionales de trabajo en VIH, para el proceso de discusión y elaboración del PEM 2013-2018
- ✦ Mayor involucramiento de la sociedad civil y un 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.
- ✦ Participación activa en el desarrollo e implementación de estrategias de prevención y tratamiento para las PVVs y las poblaciones claves

Principales problemas:

- ✦ 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, tampoco una perspectiva clara de que las actividades de la sociedad civil sean financiadas por el estado a corto o mediano plazo.
- ✦ Promoción de nuevos liderazgos tanto en las poblaciones clave como en otras poblaciones vulnerables.

II. Apoyo y liderazgo político

- ✦ Participación activa en el CONASIDA (Consejo Nacional de SIDA) y los CODESIDAS (Consejo Departamental de SIDA), instancia política departamental.
- ✦ Participan activamente en los Comités de Acceso Universal de la Población GBT-HSH.
- ✦ Participación en los Comités TB/VIH, tanto nacional como departamental
- ✦ Participación activa en el Comité Farmacoterapéutico Nacional.
- ✦ Participación activa en el Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación.

Principales problemas:

- ✦ Ausencia de 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.
- ✦ Limitado poder en la toma de decisiones, a pesar de la participación en los comités.
- ✦ Escasa participación en los espacios de decisión para el diseño de presupuestos y asignación de recursos, este tipo de participación se limita exclusivamente al espacio del MCP.

III. Derechos humanos

- ✦ Disminución de la discriminación y estigma en poblaciones claves en la red de servicios de salud de prevención y atención del VIH y las otras ITS.
- ✦ Mejoramiento del trabajo con aliados estratégicos para la optimización de recursos.
- ✦ Revisión de la Ley 3729 para la sostenibilidad
- ✦ Incorporación de estrategias diferenciadas en el PEM 2013-2018

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.
- ✦ En la coyuntura el VIH no es una prioridad y por lo tanto no es política nacional, problema recurrente en los tres últimos informes.
- ✦ Ausencia de un abordaje integral en la problemática desde un enfoque multisectorial.

IV. Prevención

- ✦ Mejora de los mensajes de prevención con información clave focalizada en la población GBT-HSH.
- ✦ Mejora de la cobertura de diagnóstico y atención temprana en mujeres embarazadas.
- ✦ Fortalecimiento de la prevención secundaria mediante la optimización del tratamiento antirretroviral.

Principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Ausencia de una estrategia de prevención de VIH integral.
- ✦ Abordaje sanitario que limita el trabajo multisectorial.

V. Tratamiento, atención y apoyo

La sociedad civil contribuye con estrategias de prevención para jóvenes, poblaciones clave, atención y apoyo domiciliario a los afectados, programas de protección a huérfanos

Los principales logros en este componente son:












- ✦ Disponibilidad y suministro continuo de ARV.
- ✦ Mejoramiento de protocolos de atención.
- ✦ Implementación de la Estrategia de Tratamiento 2.0.
- ✦ Implementación de las pruebas de genotipo.

Los principales problemas que se deben resolver son las siguientes:

- ✦ Acceso Universal al tratamiento y atención integral.
- ✦ Insuficiencia de servicios en el área rural, la atención sigue concentrada en los CDVIR/CRVIR
- ✦ Falta impulsar el abordaje de la problemática de Hepatitis B y otras ITS en poblaciones vulnerables y en población general.

CAPÍTULO IV

PRACTICAS ÓPTIMAS/LECCIONES APRENDIDAS

Áreas	Practica/Lección aprendida
Liderazgo político	<ul style="list-style-type: none">  La dispersión de esfuerzos limita el logro de los objetivos.  Las intervenciones dirigidas a la sostenibilidad deben promover liderazgos efectivos que impulsen los procesos de transición.  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, desde la instancia de los CODESIDAS.
Entorno político de Apoyo	<ul style="list-style-type: none">  Existe un entorno político de apoyo en todos los niveles, de gestión, sin embargo estos entornos precisan del apoyo económico, lo que supone promover acciones de abogacía e incidencia para la gestión de recursos.
Programas de prevención	<ul style="list-style-type: none">  La prevención tiene que ser sostenida y diferenciada tanto geográficamente como demográficamente en función de las características de la población afectada en dicho contexto se promueve desarrollar estrategias focalizadas en cada segmento poblacional/territorial.
Programas de atención y tratamiento	<ul style="list-style-type: none">  La ampliación de la cobertura de TARV debe ir acompañada por un proceso de seguimiento a las PVVS que no se encuentran en TARV, a esto se suma el mejoramiento de los esfuerzos de atención en niños y niñas.
Vigilancia y Evaluación	<ul style="list-style-type: none">  Las evaluaciones que no cuentan con un seguimiento, quedan en la nada, por lo tanto no se generan mejoras.  Los estudios de vigilancia de segunda generación deben ir acompañados de diseños estratégicos para abordar los problemas identificados en las investigaciones.
Mejora de capacidades	<ul style="list-style-type: none">  Los procesos de capacitación y formación deben ir acompañados con procesos de extensión multiplicadores y sensibilización para abordar la temática de VIH de forma integral.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none">  La sostenibilidad operativa se construye sobre una estructura de inversión de fortalecimiento de las redes locales de atención.

CAPITULO IV PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Reducir la transmisión sexual del VIH en población general y poblaciones vulnerables	<p>En la población en general muy poco progreso, ya que no existen campañas sistemáticas (Poblaciones en general). No se trabaja en el área de cambio de conducta y comportamiento (Poblaciones vulnerables).</p> <p>No existe una estrategia comunicacional nacional que apunte al tema de prevención de la transmisión sexual y algunas estrategias tienden a ser ya obsoletas y no garantizan sostenibilidad.</p> <p>Falta un análisis de contexto sociocultural, de género y sexualidad en prevención de VIH.</p> <p>La población en general por temor no acude a la atención de ITS y no hay condiciones para acceder a servicios de prevención, no hay una política clara en torno a la población masculina, esta problemática constituye un factor asociado al estigma y discriminación.</p>	<p>Diseñar una estrategia comunicación en base a diagnósticos del marketing y/o psicológicos para identificar como influencia de manera efectiva a la población.</p> <p>Diseño e implementación de temas de sexualidad desde los niveles iniciales de educación incorporando currículos con enfoque de derechos</p> <p>Diseñar una campaña dirigida a hombres heterosexuales.</p> <p>Se debe mejorar las estrategias de prevención hacia la población desde un enfoque diferenciado y generacional que logre cambio de actividades.</p> <p>Elaborar un plan multisectorial desde el Estado, agencias de cooperación, ONG's y sociedad civil, para la prevención de ITS y VIH, utilizando las NTIC'S. Enfocando la sexualidad.</p>

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Eliminar la transmisión maternoinfantil y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	<p>Existe escasez de recursos humanos capacitados y sensibilizados.</p> <p>Falta de personal adecuado para la pro y post consejería a las mujeres embarazadas, en los establecimientos de salud.</p> <p>Aún existe discriminación en las maternidades y negación de la atención.</p> <p>Muchas veces al enterarse las mujeres que son diagnosticadas los esposos las golpean.</p>	<p>Socializar e implementar los protocolos de atención a esta población.</p> <p>Que exista personal capacitado para la pre y post consejería desde un enfoque generacional.</p> <p>Que el Estado, municipios y gobernaciones gestionen la contratación del personal haciéndolo sostenible.</p> <p>En los hospitales deben de estar altamente capacitados y sea en cualquier lugar de atención de la prevención de la transmisión vertical.</p> <p>Que las capacitaciones a hospitales sean constantes y actualizadas que no discriminen.</p>

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Garantizar el acceso universal al tratamiento, atención y apoyo de las PVVS	<p>No se tiene documentación sobre las causas de las muertes de PVVS.</p> <p>Insuficiente cobertura de seguimiento a pacientes que no están en TARV.</p> <p>Escasa cobertura de seguimiento en niños.</p>	<p>Fomentar espacios para generar reflexión y respuestas para el VIH y el SIDA.</p> <p>Implementar sistemas de seguimiento y acompañamiento para las PVVS.</p>

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Gestión de la coinfección TB-VIH	<p>La TB sigue siendo una de las primeras enfermedades oportunistas en el país.</p> <p>Hay problemas de adherencia tanto para TB, como para el VIH.</p>	<p>Seguir coordinando acciones con los programas de TB para tener mejores resultados.</p> <p>Contratar personal capacitado y sensibilizado.</p> <p>Implementar un sistema integrado de seguimiento y evaluación para la coinfección TB – VIH.</p>

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Garantizar la sostenibilidad de los recursos financieros	<p>Existe todavía una fuerte dependencia de recursos externos, principalmente en el financiamiento de la estructura de la respuesta nacional.</p> <p>Los recursos están limitados a la salud de las PVVS; mientras que los grupos vulnerables no son políticamente importantes.</p>	<p>Se necesita una incidencia política de la sociedad amplia más estratégica y políticamente orientada en la nueva coyuntura política y focalizada localmente intersectorial.</p> <p>Trabajar en un plan de sostenibilidad operativa y definir un plan de inversiones.</p> <p>Utilizar información estratégica para planificación de recursos financieros.</p> <p>Se requiere liderazgo político de alto nivel con el apoyo de cooperación internacional.</p>

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Eliminar las desigualdades de género	<p>Elevados niveles de violencia física y sexual tanto en la población general como en las poblaciones clave.</p> <p>Inequidades en el acceso a la salud con diferencias marcadas en los contextos rurales.</p>	<p>Consolidar los esfuerzos de promoción en la aplicación del aparato legislativo para frenar la violencia.</p> <p>Desarrollar prácticas tendientes al empoderamiento en cuanto al ejercicio de derechos desde una perspectiva multisectorial.</p>

Objetivo	Problemas	Acciones Correctoras
Eliminar el estigma y discriminación	Escasas intervenciones dirigidas al abordaje de la problemática.	<p>Realizar acciones de abogacía e incidencia para alcanzar los objetivos propuestos en el PEM.</p> <p>Fortalecer el ejercicio de derechos en las PVVS y las poblaciones clave.</p>

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>Apoyo en la actualización de protocolos de atención y tratamiento</p> <p>Asistencia técnica y apoyo en las prácticas de tratamiento, atención y apoyo</p> <p>Apoyo en el fortalecimiento de los sistemas de información y seguimiento.</p>	<p>Fortalecimiento de la implementación de la Estrategia Nacional de Reducción de la transmisión vertical del VIH y la eliminación de la sífilis congénita.</p> <p>Desarrollo de lineamientos y orientación para la actualización de guías y protocolos de atención en el marco de la estrategia 2.0.</p> <p>Desarrollo de estudios 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>Fortalecimiento de las acciones de desconcentración de servicios para optimizar la cobertura de tratamiento.</p> <p>Fortalecimiento de los sistemas de información mediante la revisión de indicadores, mejora del uso y gestión de la información para la toma de decisiones.</p>
<p>Acciones pendientes para contribuir al logro de los objetivos</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> <p>Mayor involucramiento de otras instancias de cooperación (ONGs internacionales) para trabajar de manera conjunta en función a los objetivos de la Respuesta Nacional.</p>

CAPITULO VII

ENTORNO DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

El año 2010 se inicia el proceso de implementación del Sistema Nacional de Información de la Respuesta Nacional, en el marco de las acciones definidas en la ronda 9 del Fondo Mundial, desde entonces se han iniciado una serie de cambios tendientes a mejorar la vigilancia, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones programáticas y no programáticas.

En el contexto definido por el PEM 2013-2018, se ha articulado un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación y se ha consolidado el funcionamiento del Comité Nacional de Monitoreo y Evaluación.

La infraestructura de información permite disponer de un sistema de reporte en línea de los casos notificados en los programas departamentales, asimismo se dispone de información relativa al seguimiento de pacientes en TARV, seguimiento de niños expuestos al VIH y un seguimiento a los indicadores de vigilancia regular. Esta infraestructura 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.

El sistema de Vigilancia y Monitoreo está articulado en una vigilancia regular mensual y un monitoreo trimestral, a este sistema regular se suma la vigilancia centinela en mujeres embarazadas que se está implementando en el marco de la novena ronda entre 2012 y 2015, en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz que son las de mayor concentración poblacional y de casos notificados, en la misma línea se ha ido fortaleciendo la vigilancia por investigaciones que ha permitido desarrollar un estudio en población trans y la implementación de la Agenda Nacional de Investigación y Evaluación.

Obstáculos	Acciones Correctoras
Las capacidades en los Programas Departamentales aún son débiles a esto se suma la mala infraestructura informática de la red de laboratorios.	Formar recursos humanos expertos en manejo y análisis de información. Fortalecer la infraestructura de información, gestionando la inversión desde los niveles de gestión correspondientes.
Escasa elaboración de Reportes Estadísticos de Epidemiología y Análisis de Información	Establecer un plan de trabajo anual para la generación y difusión de la información y propiciar el desarrollo continuo de Comité de Análisis de Información en los contextos departamentales.
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 e incorporar a los pacientes que no se encuentran en seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ 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.
- ❖ Ministerio de Salud. “Estudio PREVETS”. La Paz – Bolivia, 2010.
- ❖ Ministerio de Salud. “Estudio EPV Trans”. La Paz – Bolivia, 2012.
- ❖ Ministerio de Salud. “El estigma y la discriminación en VIH/SIDA en Bolivia”. La Paz – Bolivia, 2011.
- ❖ ONUSIDA, Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos. Informe 2012. Ginebra Suiza, 2014.
- ❖ 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.
- ❖ 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

- ❖ Instituto Nacional de Estadística. Página Web: www.ine.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
- ❖ Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo. Página Web: www.vipfe.gob.bo