

## Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia

Juan Pablo Protto,<sup>1</sup>  
Diddie Schaaf,<sup>2</sup> Marco Fidel Suárez<sup>3</sup>  
y Christian Darras<sup>4</sup>

**Forma de citar:** Protto JP, Schaaf D, Suárez MF, Darras C. Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(4):288-94.

**Palabras clave:** VIH, SIDA, epidemiología, servicios de salud, Bolivia.

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia. Área técnica del Grupo Temático, ONUSIDA. La correspondencia se debe dirigir a Juan Pablo Protto, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia. Área técnica del Grupo Temático, ONUSIDA, Calle Víctor Sanjinés 2678 6to piso, Sopocachi, La Paz, Bolivia. Teléfono: 00 591 2 241 2465; fax: 00 591 2 241 2598. Correo electrónico: jprotto@bol.ops-oms.org/jpprotto@yahoo.fr

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia. Área técnica de Salud ITS VIH/SIDA. La Paz, Bolivia.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia. Enfermedades Transmisibles y Factores de Riesgo. La Paz, Bolivia.

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia. La Paz, Bolivia.

El VIH/SIDA constituye, actualmente, un problema de salud pública debido a la propagación constante y continua de la enfermedad. La detección temprana de la infección es una estrategia prioritaria en salud pública para la orientación y difusión de los mensajes de prevención, y el tratamiento temprano y oportuno de la enfermedad. En Bolivia, cerca de 50% del total de personas notificadas al momento del diagnóstico (n = 2 190) se encuentran en fase SIDA, con una detección tardía de la enfermedad (1).

El objetivo de este trabajo es describir la situación epidemiológica del VIH/SIDA en Bolivia y la respuesta brindada al control de la epidemia hasta fines de 2006. Para ello, se ha realizado un análisis bibliográfico de fuentes nacionales como estudios, boletines e informes de consultorías inéditos, elaborados por las diferentes instituciones y agencias que trabajan en el tema VIH/SIDA en el país como son, entre otros, el Ministerio de Salud y Deportes, los organismos de cooperación internacional como OPS/OMS, ONUSIDA, USAID, los organismos no gubernamentales como Sexsalud, las organizaciones de la sociedad civil (de personas que viven con VIH/SIDA como REDBOL y UNINBOL, y de la comunidad gay, lesbianas y travestis como Adesproc-Libertad) y otras fuentes.

La OPS y ONUSIDA han tipificado la epidemia del VIH/SIDA en tres niveles: incipiente o de bajo nivel, concentrada y generalizada (2). Dicha tipificación está basada en la prevalencia del VIH en mujeres gestantes de zonas urbanas y en grupos con comportamientos de mayor riesgo o grupos vulnerables, por ejemplo los trabajadores sexuales comerciales (TSC), los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y los usuarios de drogas inyectables. Se denomina epidemia incipiente cuando la prevalencia en gestantes de zonas urbanas y en grupos vulnerables es inferior a 1% y 5%, respectivamente. La epidemia concentrada se refiere a una prevalencia inferior a 1% en gestantes de zonas urbanas y superior a 5% en grupos vulnerables; finalmente, se habla de epidemia generalizada cuando la prevalencia en gestantes es mayor a 1% y en los grupos vulnerables es superior a 5%. En esta última tipificación de la epidemia, el VIH se encuentra bien establecido en la población.

### Características de la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia

En Bolivia la epidemia del VIH/SIDA es de tipo concentrada, con prevalencias por encima de

5% en poblaciones vulnerables, principalmente en grupos poblacionales de HSH (1, 3, 4). Los casos acumulados de VIH/SIDA notificados en el país entre enero de 1984 y octubre de 2006, ascienden a 2 190 (figura 1): 1 239 son casos acumulados de VIH y 951 de SIDA, con un subregistro nacional estimado mayor a 70% (3, 5). Para fines de 2006, ONUSIDA había estimado que 6 700 personas en Bolivia vivirían con el VIH/SIDA (1, 6). Los departamentos más afectados y con la mayor notificación de casos en el país, sobre todo a expensas de sus ciudades capitales, son Santa Cruz, Cochabamba y La Paz. La vía de transmisión predominante es la sexual, con más de 90% de las notificaciones. La relación de casos de VIH/SIDA hombre mujer notificada es superior a 2, es decir, hay una mujer por cada dos hombres notificados (1,3). Si bien se puede suponer una feminización de la epidemia, ya que la relación hombre mujer ha disminuido considerablemente en los últimos años (al inicio de la epidemia era 9:1), es importante destacar que la oferta de pruebas rápidas de VIH a las mujeres embarazadas y a las TSC es mayor que la hecha a los hombres.

La prevalencia de VIH en grupos poblacionales de HSH en Bolivia es de 12,8% (1, 5, 7), y en el departamento de Santa Cruz se observa la mayor prevalencia en HSH (cuadro 1). La prevalencia en TSC informada a través de los Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia de ITS/SIDA (CDVIR) y de otros estudios de vigilancia epidemiológica realizados en el país, es inferior a 0,5% (1, 3, 5, 8). Se dispone de escasa información sobre el impacto del VIH/SIDA en ciertos grupos poblacionales, pero se calcula que el VIH está llegando a grupos que no han sido tomados en cuenta por la política nacional, como son las personas de la calle, los clientes de los TSC y la población rural (prevalencia estimada: 0,2%, 3,5%, y 0.05%, respectiva-

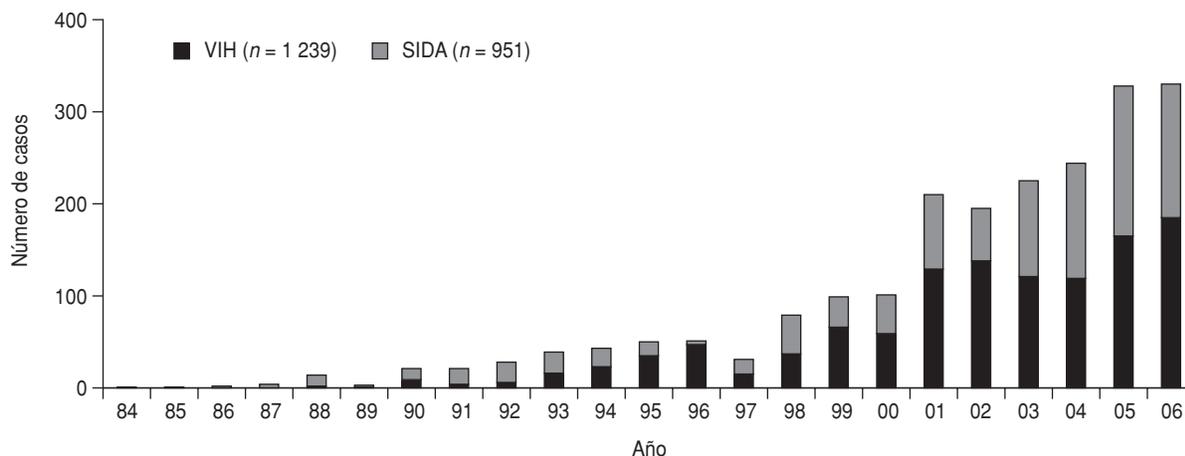
mente) (5). En Bolivia la epidemia ha alcanzado a todos los estratos socioeconómicos, abarca a todas las edades y ha penetrado el ámbito rural.

Desde 2000 funcionan siete sitios para el estudio centinela del VIH/SIDA dirigido a poblaciones de bajo riesgo para VIH; se trata de centros hospitalarios y maternidades de El Alto, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Guayaramerin y Cobija. En cuatro de estos sitios se realiza la vigilancia centinela a mujeres embarazadas y en tres se vigilan otros grupos de la población general. Las prevalencias notificadas en estos grupos poblacionales han sido consistentemente inferiores a 1% (1, 3, 5, 9). A partir de la información disponible, se estima que es muy baja la cobertura de los servicios públicos de diagnóstico y atención para poblaciones HSH (<5%) y TSC (<30%) (3, 5). Por este motivo, estos grupos son considerados de alta importancia y vulnerabilidad.

### Respuesta nacional a la epidemia

El modelo actual de atención pública para personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) muestra signos de fragilidad. Actualmente existen 13 CDVIR en Bolivia; son centros públicos auspiciados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) hasta finales de 2006, orientados a brindar atención a PVVS. Sin embargo, desde un inicio también atendieron a TSC, de tal manera que se estima que 85% de los servicios de los CDVIR han sido para TSC registrados, con una limitada atención específica a HSH y a PVVS. La estigmatización de estos centros y la falta de respuesta nacional hacia una descentralización de la atención del VIH a centros hospitalarios especializados e interdisciplinarios, determina que la

FIGURA 1. Notificación de casos de VIH/SIDA. Bolivia, enero 1984–octubre 2006



**CUADRO 1. Estudios de prevalencia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de Bolivia**

Fuente, ciudad y año	Personas tamizadas	Número de positivas	Prevalencia %	IC95% <sup>a</sup>
Bartoloni. Santa Cruz, 1987	12	0,00	0,00	0,00–30,13
Melgar. Santa Cruz, 1988	68	7	10,29	4,59–20,65
Hierholzer. La Paz, 1999–2001	48	7	14,58	6,54–28,38
NMRCD. Santa Cruz, 2001–2002	238	52	21,85	16,88–27,75

**Fuente:** Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Categorización de la epidemia de VIH-SIDA en Bolivia. La Paz: OPS/OMS; 2003.

<sup>a</sup> Intervalo de confianza de 95% para la prevalencia.

atención pública a PVVS no sea integral, periódica y oportuna (3, 5, 10, 11). En Bolivia son escasos los centros privados que brindan orientación y atención a HSH, TSC y PVVS. En la actualidad ninguna estrategia nacional contempla a niñas y niños huérfanos y/o en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA.

Para el desarrollo e implementación de políticas y estrategias nacionales sostenibles en el área del VIH/SIDA, resulta importante contar con recursos humanos capacitados y comprometidos en el plano gubernamental. Hasta diciembre de 2006, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, como parte de la estructura técnica y administrativa del Ministerio de Salud y Deportes, contaba con 117 profesionales técnicos distribuidos en los nueve departamentos del país (1, 9), con recursos provenientes del gobierno y de la cooperación internacional. Los médicos especialistas capacitados y con experiencia en el manejo clínico de las PVVS son escasos. Hasta la fecha no se ha elaborado ningún protocolo de atención sobre el manejo clínico del VIH/SIDA en el plano nacional. Estudios realizados por las organizaciones de PVVS del país indican que 83.8% declaran tener necesidades que no son atendidas por los servicios de salud, además de la ausencia de médicos especialistas con enfoque interdisciplinario, la baja atención de calidad y calidez brindada en los servicios de salud, el escaso apoyo nutricional prestado desde los centros de atención a PVVS y los problemas en la entrega de antirretrovirales (ARV) y medicamentos para enfermedades oportunistas (12, 13).

En Bolivia se estima que sólo 4% de las mujeres embarazadas y con VIH reciben el ciclo completo de profilaxis para evitar la transmisión vertical. Hasta octubre de 2006 se había notificado que 337 PVVS recibían terapia ARV. Empero, estimaciones de OPS/ONUSIDA consideran que son 1 600 PVVS las que necesitarían contar con tratamiento (3,5). Por otra parte, la adherencia al tratamiento es un obstáculo para las PVVS: una de cada tres menciona no recibir la terapia ARV por diversas razones como son el miedo a la toma de los medica-

mentos, el consumo de alcohol, los efectos adversos provocados por los propios ARV (más evidenciado en mujeres), la falta de pruebas de laboratorio para hacer el seguimiento y evolución de la enfermedad y, finalmente, la poca disponibilidad de ARV (12, 13). La no adherencia al tratamiento predispone al desarrollo temprano de resistencia viral y a la limitación en las opciones disponibles para futuras combinaciones de drogas antirretrovirales.

En cuanto a las enfermedades oportunistas más prevalentes, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA carece de datos nacionales o departamentales, pero se estima que 17% de las PVVS cursan anualmente con alguna. En el plano regional, la tuberculosis, las neumonías por *N. carinii*, el citomegalovirus, el sarcoma de Kaposi y las candidiasis, son los padecimientos más prevalentes (5, 14–16). A través de estudios realizados por organizaciones de PVVS, se observa que en Bolivia las diarreas graves, la tuberculosis y las candidiasis constituyen las patologías más frecuentemente declaradas por las PVVS (12, 13).

El acceso y la cobertura del tratamiento con ARV y de las enfermedades oportunistas continúa siendo un problema en Bolivia, atribuido a diversos factores como son: la excesiva burocracia administrativa en los distintos niveles gubernamentales; la falta de implementación del Sistema Administrativo Logístico de Medicamentos e Insumos en los CDVIR; las demoras en la distribución de los medicamentos y reactivos; la falta de control y seguimiento de las regionales y del nivel central de los insumos enviados y recibidos y, por último, las debilidades gerenciales nacionales y regionales (Programas departamentales y responsables regionales de los centros de almacenamiento—CEASS)(1).

En el país existen aproximadamente 25 bancos de sangre y/o servicios de transfusión que realizan pruebas de VIH, y tres laboratorios de referencia que se encargan de la confirmación de las pruebas positivas y de las pruebas de seguimiento de la infección VIH y el SIDA, como conteo de CD4/CD8 y cargas virales (9). El tamizaje de la sangre para detectar agentes causales de enfermedades que se

transmiten por vía sexual o bien sanguínea (sífilis, hepatitis, VIH, etc.) ha tenido un impacto positivo en el control de la transmisión de estos padecimientos. En la actualidad menos de 1% de los casos acumulados han contraído la infección por la vía sanguínea. En 2004, la prevalencia observada en el tamizaje de VIH de 40 430 donantes fue de 0,13% (5).

En lo que concierne al marco legal, hasta la fecha no existe una ley nacional de SIDA que regule la prevención y atención integral del VIH y proteja los derechos de las PVVS. Desde hace más de cinco años, en el Congreso Nacional se encuentra un proyecto de ley para ser aprobado y promulgado. Únicamente existen resoluciones (como la 0711) que contemplan el respeto de ciertas pautas legales en materia de atención VIH/SIDA, sobre todo en lo referente a promover la prueba de VIH con consentimiento informado, la confidencialidad y la defensa ante la discriminación a personas con VIH/SIDA. Lamentablemente Bolivia no cuenta con puntos focales en las instituciones gubernamentales para la vigilancia de los derechos humanos relacionadas con el VIH/SIDA; asimismo, carece de mecanismos de seguimiento y recolección de información sobre derechos humanos, además de que no se han desarrollado procesos de sensibilización sobre VIH/SIDA y de derechos humanos dirigidos a autoridades del poder judicial y, por último, tampoco existen servicios de apoyo jurídico para casos individuales relacionados con el VIH/SIDA (1). Los mecanismos o instancias legales comúnmente utilizados frente a actos o acciones que violan los derechos humanos de las PVVS, son las denuncias presentadas a la defensoría del pueblo y a abogados privados. Las herramientas legales que existen hoy en día en el país son los amparos constitucionales como el Artículo 7 de la Constitución Política del Estado y las resoluciones ministeriales y/o defensoriales (17, 18). En 2005 y 2006 se presentaron seis querrelas a la defensoría del pueblo por parte de PVVS. En 2002, las redes de PVVS de Bolivia presentaron un recurso de amparo a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, a fin de garantizar la provisión de ARV en el país; en 2003 la Comisión falló a favor de la demanda, lo cual llevó al Estado a generar garantías en cuanto a la compra y el abastecimiento de antirretrovirales.

El aporte financiero brindado por la cooperación internacional a políticas y programas de VIH/SIDA representa 84% del presupuesto global nacional destinado a este padecimiento, siendo la contribución del gobierno de tan sólo 16% (1). Desde 2002, mediante convenios de cooperación entre los gobiernos de Brasil-Bolivia, el país recibe apoyo para la implementación de centros especializados en el manejo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA, la capacitación del

**CUADRO 2. Costos estimados de acceso universal a la atención de VIH/SIDA, Bolivia, 2006**

Líneas de intervención	Total costos (en dólares) Escenario 100%
Prevención en grupos vulnerables	5 530 893
Hombres que tienen sexo con hombres	4 265 808
Trabajadoras sexuales	1 134 347
Clientes de trabajadores sexuales	63 418
Personas que viven en la calle	67 319
Personas con VIH/SIDA	8 536 469
Prevención positiva	659 142
Quimioprofilaxis	12 256
Infecciones oportunistas	91 944
Tratamiento antirretroviral de gran actividad	7 773 127
Transmisión vertical	2 400 082
Madre	1 544 366
Niño	855 716
Prevención en población general	9 459 593
De 10 a 17 años	2 055 355
De 10 a 49 años	7 404 238
Servicios sistema de salud	7 060 314
Sangre y hemoderivados	5 321 750
Recursos humanos	1 506 194
Infraestructura	232 370
Monitoreo	2 449 368
Gran total	35 436 718

**Fuente:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral en Bolivia 2006-2010. La Paz: ONUSIDA; s.f.

personal en el manejo clínico de las personas con VIH/SIDA y medicamentos ARV de primera línea. En 2005 el Fondo Global contribuyó con la compra de reactivos para el diagnóstico y seguimiento de las ITS y VIH/SIDA, medicamentos para el tratamiento de las ITS, antirretrovirales de segunda línea para el VIH/SIDA, y tratamiento para enfermedades oportunistas (1,5).

Según ONUSIDA, el costo estimado en Bolivia para lograr una cobertura total en materia de acceso universal a la prevención, atención y tratamiento del VIH, es decir la disponibilidad continua de servicios de atención integral por parte del público, independientemente de su situación legal o de su capacidad económica, asciende a 35,4 millones de dólares; el costo estimado para implementar la prevención en grupos vulnerables es de 15,9% (5) (cuadro 2).

Los mecanismos de coordinación multisectorial, encabezados por el gobierno para hacer seguimiento y monitoreo de las políticas y estrategias VIH implementadas en todo el país, son escasos (1). El Grupo Temático Ampliado de Naciones Unidas para el VIH y el Mecanismo de Coordinación País para el Fondo Global, constituyen las dos instancias nacionales de coordinación en la temática VIH.

## Factores determinantes asociados a la propagación del VIH

Bolivia es un país multiétnico y pluricultural que sufre de migraciones múltiples y temporales desde el área rural hacia lugares donde se pueden encontrar fuentes de trabajo. Los procesos migratorios, sumados a factores tales como el machismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de concienciación y conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia y los prejuicios y falsas creencias acerca del tema, favorecen la rápida transmisión de las ITS y el VIH en el país. Es poca la información que existe acerca de los procesos y dinámicas de la sexualidad y sus determinantes en ciertas poblaciones rurales vulnerables, migrantes, que permitan diseñar estrategias adecuadas de prevención y atención para disminuir la tasa de ITS y VIH/SIDA, promoviendo cambios de comportamiento. Estudios realizados en comunidades y municipios migrantes de habla quechua, del departamento de Chuquisaca, demuestran que una alta proporción de la población desconoce las ITS/VIH/SIDA y su prevención; se ha observado que el condón es muy poco utilizado y que las prácticas sexuales de riesgo son frecuentes en la población (10).

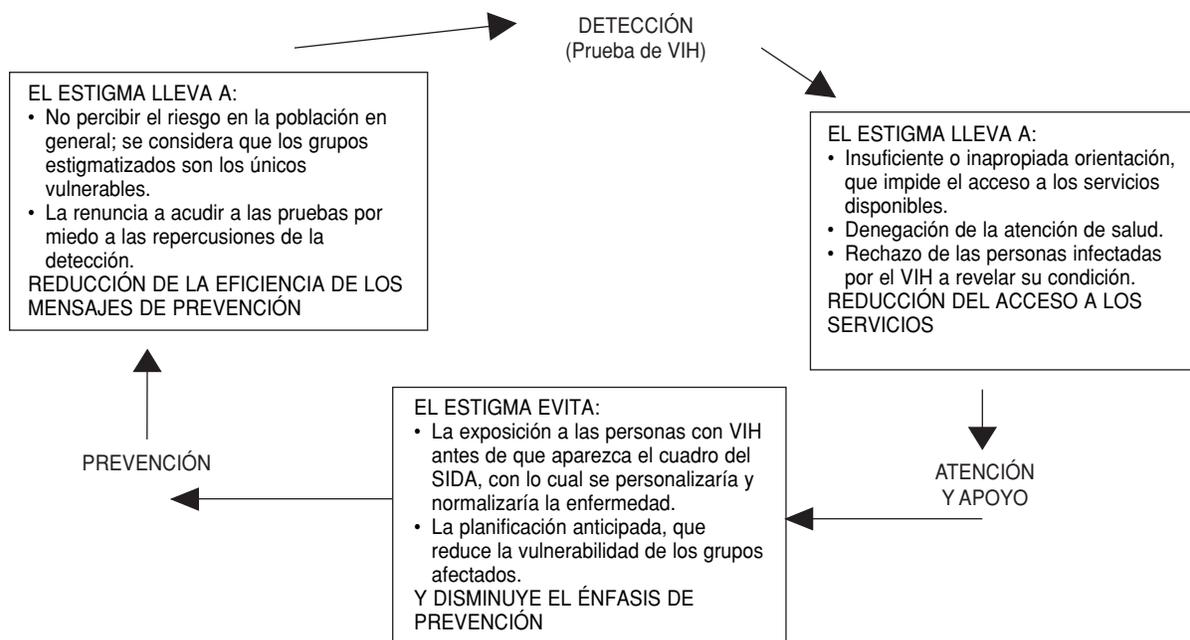
El considerable estigma y la discriminación reinantes en el país inciden en la propagación de la

enfermedad, sobre todo entre las poblaciones vulnerables. A esto se suma la escasez de servicios, por un lado, y la renuencia a acudir a los mismos, por el otro (19). En muchas comunidades no se ofrecen servicios para ITS/VIH/SIDA a los hombres, o bien son insuficientes; en Bolivia los HSH representan aproximadamente 5% de la población masculina de 15 a 49 años, pero equivalen a 60% del total de casos de VIH estimados (1,5). Estos factores ocasionan que esos grupos de población no accedan de manera oportuna a los servicios de orientación sobre ITS/VIH-SIDA, a las pruebas y a los servicios asistenciales apropiados (figura 2).

La relación entre el VIH/SIDA y el estigma lleva a muchas personas que están dentro de una norma social, a no considerarse afectados por la enfermedad y a seguir practicando comportamientos inseguros que las ponen en riesgo. Al disminuir la motivación para hacerse las pruebas y cuidar de la salud propia, el estigma y la discriminación promueven la propagación del VIH, con consecuencias personales y sociales graves, además de que pueden tener consecuencias psicológicas profundas en las PVVS, al intensificar el aislamiento social y la depresión (20).

Los datos nacionales ponen de manifiesto la necesidad de elaborar una política nacional intersectorial sostenible en relación con el VIH/SIDA, encabezada y supervisada por el Ministerio de

**FIGURA 2. Repercusiones del estigma del VIH/SIDA en el proceso continuo de la prevención. Bolivia, 2003**



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por el VIH en el sector salud. Washington: OPS/OMS; 2003.

Salud y Deportes a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Esta política debe contemplar un enfoque intersectorial y estar dirigida a promover, fortalecer y ampliar los programas de prevención y atención del VIH/SIDA del país, garantizando el acceso universal a la atención integral de ITS/VIH/SIDA, con énfasis particular en los grupos poblacionales más vulnerables al riesgo de infección por el VIH.

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por OPS/ONUSIDA (21–25), las políticas nacionales relativas al VIH/SIDA tendrían que construirse tomando en cuenta cuatro pilares estratégicos:

1. El diseño e implementación de un solo marco de acción nacional que provea la base de coordinación nacional y departamental, a través de la elaboración de un plan estratégico multisectorial nacional VIH/SIDA, adecuado y pertinente a la realidad del país, que permita determinar los lineamientos, políticas y estrategias nacionales VIH/SIDA de manera armonizada.
2. La conformación de un ente nacional multisectorial VIH/SIDA, liderado por el Ministerio de Salud y Deportes, que haga seguimiento y evaluación nacionales de las metas integrales de control de la epidemia. La conformación de una unidad nacional de monitoreo y evaluación que promoverá el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica nacional del VIH/SIDA a través de la recopilación y el análisis oportuno de la información, normando los indicadores de verificación y control de la epidemia y estableciendo una única estrategia de divulgación y uso de la información.
3. Una sola autoridad de coordinación nacional, con un mandato de amplia base multisectorial que permita armonizar y determinar las políticas de acción y las estrategias de impacto.
4. Un marco legal nacional que vele por el respeto de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA (Promulgación de la Ley Nacional de Sida).

Para lograr la sustentabilidad de las políticas de VIH/SIDA en el tiempo, es necesario contar con un mayor compromiso y participación del gobierno en el abordaje del VIH/SIDA. El mismo debe promover y garantizar estabilidad y capacitación del capital humano, e incrementar la asignación de recursos presupuestarios y humanos hacia el VIH/SIDA, fortaleciendo la gerencia nacional y regional y la coordinación interinstitucional e intersectorial. Conocer la propia epidemia y comprender los factores que la impulsan, es absolutamente fundamental para la prevención del VIH y lograr una respuesta de largo plazo al SIDA.

---

SYNOPSIS

**Epidemiological environment and response to the HIV epidemic in Bolivia**

*With AIDS/HIV, early detection is of key importance to public health, as well as disseminating prevention information and providing timely and appropriate treatment. In Bolivia, at the end of 2006 approximately 50% had AIDS at the time of diagnosis, detection having occurred late in the illness. The HIV/AIDS epidemic in Bolivia is concentrated, with prevalence rates over 5% among the at-risk population, primarily men who have sex with men. From January 1984 through October 2006, the total number of HIV/AIDS cases reported in Bolivia rose to 2 190, with 1 239 HIV and 951 AIDS cases, and underreporting estimated to be over 70% country-wide. The United National Joint Program on AIDS (UNAIDS) estimated that by the end of 2006 there would be 6 700 people living with HIV/AIDS in Bolivia. In the context of this scenario, the article describes the challenges facing the HIV/AIDS program and the strategies developed to address the epidemic in Bolivia. In addition, the UNAIDS/PAHO strategies are stressed and must get underway for HIV/AIDS prevention and control activities in the country.*

**Key words:** HIV, AIDS, epidemiology, health services, Bolivia.

---

REFERENCIAS

1. Bolivia. Ministerio de Salud y Deporte. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia. La Paz: ONUSIDA; 2006.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual. Washington: OPS/OMS/ONUSIDA; 1999.
3. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Caracterización de la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia. La Paz: Boletín Informativo Epidemiológico; 2006.
4. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Categorización de la epidemia de VIH-SIDA en Bolivia. La Paz: OPS/OMS; 2003.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral en Bolivia 2006–2010. La Paz: ONUSIDA; s.f.
6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
7. Bautista CT, Sanchez JL, Montano SM, Laguna-Torres VA, Lama JR, Sanchez

- JL, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. *Sex Transm Infect* 2004;80:498-504.
8. Bautista CT, Sanchez JL, Montano SM, Laguna-Torres A, Suarez L, Sanchez J, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex Transm Infect* 2006;82:311-6.
  9. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Plan estratégico nacional de ITS/VIH/SIDA 2004-2008: versión preliminar. La Paz: s.e.; 2003.
  10. Universidad Andina Simón Bolívar. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales para las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA: municipios de Poroma y Tarabuco, Departamento de Chuquisaca. Sucre: UASB-ONUSIDA; 2006.
  11. Centers for Disease Control and Prevention. Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de ITS/VIH/SIDA del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y de los CDVIR. La Paz: CDC/USAID/BOLIVIA; 2004.
  12. Red Nacional de Personas que Viven con el VIH y el SIDA de Bolivia. El acceso a la atención integral para las personas viviendo con VIH/SIDA en Bolivia. La Paz: OPS/ONUSIDA; s.f.
  13. Bolivia. Unidad Nacional Boliviana Identificación de Necesidades de la Red UNINBOL frente al acceso universal y atención integral de las personas viviendo con el VIH y/o SIDA en Bolivia. La Paz: OPS/ONUSIDA; s.f.
  14. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH: actualización técnica del ONU-SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 1999.
  15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Plan para alcanzar el acceso universal a la atención integral en Perú 2006-2010. Lima: ONU-SIDA; 2006.
  16. Gona P, Van Dyke R, Williams P, Dankner W, Chernoff M, Nachman S, et al. Incidence of opportunistic and other infections in HIV infected children in the HAART era. *J Am Med Assoc* 2006;296(3):292-300.
  17. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Resolución Ministerial N. 0711 para la prevención y vigilancia del VIH/SIDA en Bolivia. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2005.
  18. Defensor del Pueblo. República de Bolivia. Resolución Ministerial N RD/LPZ/00007/2003/DH. La Paz: Defensoría del pueblo; 2002.
  19. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Comprensión y respuesta al estigma y discriminación por el VIH en el sector salud. Washington: OPS/OMS; 2003.
  20. Comunidad Andina de Naciones. Informe comparado sobre la situación del VIH/SIDA y los Derechos Humanos en la Comunidad Andina de Naciones. Seguimiento al cumplimiento de las obligaciones emanadas de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Lima: CAN; 2003.
  21. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Intensificación de la prevención del VIH. Documento de posición de política del ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
  22. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los "tres Unos" en acción: dónde estamos y adónde nos dirigimos. Ginebra: ONUSIDA; 2005.
  23. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington: OPS/OMS; 2005.
  24. Pan American Health Organization. Toward universal access to HIV prevention, care, and treatment: 3 by 5 report for the Americas. Washington: PAHO; 2006.
  25. Organización Mundial de la Salud. ONUSIDA. Progresos realizados en materia de acceso mundial al tratamiento antiretroviral contra el VIH.; Informe sobre "tres millones para 2005" y más adelante. Ginebra: PAHO-ONUSIDA; 2006.

### **El VIH/SIDA en países de América Latina.**

*Los retos futuros*



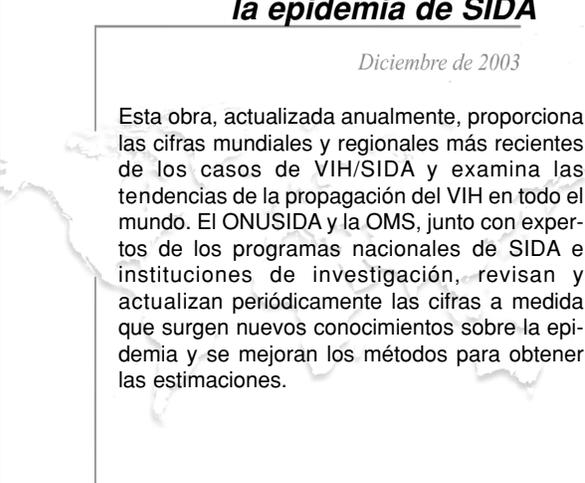
Este libro presenta información reciente y actualizada acerca de la magnitud y tendencias de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina. En esta obra se evalúa la capacidad actual de vigilancia en los países, se examinan las respuestas nacionales del sector de la salud a la epidemia en cada país, se identifican las áreas fundamentales en las que se requieren con urgencia intervenciones específicas y se describen los retos futuros.

2004 • xi 316 pp. • ISBN 92 75 31597 3  
Código: PC 597 • Precios: US\$ 26.00 en América Latina y el Caribe/ US\$ 20.00 fuera de América Latina

**Organización Panamericana de la Salud**  
Banco Mundial

### **Situación de la epidemia de SIDA**

*Diciembre de 2003*



Esta obra, actualizada anualmente, proporciona las cifras mundiales y regionales más recientes de los casos de VIH/SIDA y examina las tendencias de la propagación del VIH en todo el mundo. El ONUSIDA y la OMS, junto con expertos de los programas nacionales de SIDA e instituciones de investigación, revisan y actualizan periódicamente las cifras a medida que surgen nuevos conocimientos sobre la epidemia y se mejoran los métodos para obtener las estimaciones.

2003 • 40 pp. • ISBN 92 9173 306 7  
Código: WHO 45 • Precios: US\$ 14.00 en América Latina y el Caribe/ US\$ 10.00 fuera de las Américas

**ONUSIDA**  
**Organización Mundial de la Salud**

**Para solicitar estas publicaciones: <http://publications.paho.org>  
Fax: (301) 206-9789 • Correo electrónico: [paho@pmds.com](mailto:paho@pmds.com)**