





# Políticas públicas y prevención del *VIH/SIDA* en América Latina y el Caribe

*Una revisión basada en la Conferencia  
Latinoamericana y del Caribe  
Forum 2000*



*José Antonio Izazola Licea / Editor*

*Francisco Inácio Bastos / Mario Bronfman*

*Edgar Carrasco / Raquel Child G.*

*Cristina Herrera / Jorge Huerdo Siqueiros*

*José A. Izazola Licea / Nadia Massün*

*Rubén Mayorga / Richard Parker*

*Luís Felipe Ríos / Veriano Terto Jr.*

*Ricardo Valladares / Patricia Volkow*



FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD  
INSTITUCIÓN PRIVADA AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD



**SIDALAC**  
Iniciativa Regional  
sobre SIDA para  
América Latina y el  
Caribe



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID  
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

POLÍTICAS PÚBLICAS Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA  
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE  
UNA REVISIÓN BASADA EN LA CONFERENCIA LATINOAMERICANA  
Y DEL CARIBE FORUM 2000

Primera edición, 2001

ISBN 968-5018-62-6

Derechos Reservados

© Fundación Mexicana para la Salud, AC  
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal, Tepepan  
14610 México, DF

Coordinación editorial: Victoria Castellanos  
Diseño: Laura Novelo Q.  
Producción: *Grafia*

Se autoriza la reproducción parcial o total  
de la obra siempre y cuando se cite la fuente.  
El libro completo o en partes se puede bajar  
de Internet de la página Web de SIDALAC:  
<http://www.sidalac.org.mx>

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones son responsabilidad  
exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de  
vista de la Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC o las  
instituciones patrocinadoras.

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

# CONTENIDO

## Presentación

*Guillermo Soberón Acevedo*

7

## Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

Visión de conjunto

*José Antonio Izazola Licea / Jorge Huerdo Siqueiros*

13

## Prevención de la transmisión del VIH

*Revisión conceptual y colección de intervenciones  
eficaces en América Latina y el Caribe*

### 1. Prevención de la transmisión perinatal del VIH/SIDA

*Raquel Child Goldberg*

57

### 2. Transmisión por vía sanguínea del VIH/SIDA en América Latina. Implicaciones legislativas para la prevención

*Patricia Volkow*

91

### 3. El papel del consumo de drogas inyectables en la epidemia regional de SIDA en América Latina y el Caribe

*Francisco Inácio Bastos*

117

4. Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina  
*Richard Parker / Luís Felipe Ríos / Veriano Terto Jr.*  
151

**Sociedad civil y trabajo en SIDA**  
***Prevención, derechos humanos y ciudadanía***

5. La planificación estratégica para hombres que tienen sexo con hombres y ciudadanía en América Latina y el Caribe  
*Rubén Mayorga*  
185

6. Derechos humanos y el acceso a anti-retrovirales en América Latina y el Caribe  
*Edgar Carrasco*  
241

**Políticas públicas**  
***Instrumentos de política pública en la lucha contra el SIDA: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA y Planificación Estratégica***

7. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: flujos de financiamiento y gasto  
*Ricardo Valladares / Nadia Massün / José Antonio Izazola Licea*  
275

8. Planificación estratégica e investigación en Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: avances en la región latinoamericana y del Caribe  
*Mario Bronfman / Cristina Herrera*  
325

# PRESENTACIÓN

*Guillermo Soberón Acevedo\**

\* Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. (FUNSALUD).



El desarrollo del conocimiento sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las diferentes disciplinas: básicas, clínicas, epidemiológicas, sociales y económicas ha permitido confrontar la pandemia en forma significativa, frenando el aumento del número de casos de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Asimismo ha sido posible, cada vez más, proporcionar mayor calidad de vida a las personas que viven con VIH o ya con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), dada la aparición de nuevos fármacos anti-retrovirales y su prescripción combinada.

Sin embargo, se ha constatado que el SIDA ha afectado gravemente a nuestras sociedades, convirtiéndose en una amenaza para el desarrollo social y económico de nuestros países, por lo que es imperativo continuar con los esfuerzos de conocer mejor, con detalle, todos los aspectos que envuelven a la pandemia y, sobre todo, conocer las medidas que han probado su utilidad en diversos contextos y países.

El difundir los avances científicos y compartir las lecciones aprendidas sobre el VIH/SIDA es una prioridad de la Iniciativa Regional sobre el SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), razón por la cual, una vez más, la Iniciativa colabora en la difusión del conocimiento con la presente publicación que tiene como antecedentes las tres últimas conferencias internacionales sobre SIDA llevadas a cabo en Vancouver, Canadá (1996), Ginebra, Suiza (1998) y Durbán, Sudáfrica (2000), en donde SIDALAC publicó en tres volúmenes, disponibles también en el Internet,\* los resultados relevantes que se expusieron. También, consciente de la necesidad de contar con información detallada a nivel regional,

\* Disponibles en la página web de SIDALAC <http://www.sidalac.org.mx>

SIDALAC ha apoyado las acciones colaborativas emprendidas por organismos gubernamentales y no gubernamentales de la región.

En esta publicación SIDALAC da a conocer los avances presentados a nivel regional en el Forum 2000, reunión latinoamericana y del Caribe que tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil, del 6 al 10 de noviembre de 2000, organizado y realizado por el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH). Se enfatiza en esta ocasión la prevención ya que las acciones que permiten frenar el crecimiento de la pandemia aún se consideran de vital importancia. Sin embargo, es de notar que aunque en este libro se hace hincapié en la prevención, SIDALAC no desconoce la necesidad de seguir apoyando tanto la difusión del conocimiento que favorece el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, y que compete por ejemplo, a las ciencias básicas, como los mecanismos que lleven estos conocimientos a la práctica de la mayor población posible, lo cual puede ser de la competencia de las disciplinas dedicadas a los sistemas y políticas de salud y desarrollo.

La publicación está conformada por ocho capítulos, escritos por expertos en cada uno de los temas que se tocan. Cada capítulo busca la actualización en el área tratada mediante el análisis crítico de la literatura y de los trabajos presentados en la XIII Conferencia Internacional sobre SIDA, Durbán 2000 y en el propio Forum 2000. En la primera parte, el licenciado Jorge Huerdo Siqueiros y el doctor José Antonio Izazola Licea nos presentan una visión global del libro en el capítulo de resumen crítico del mismo intitulado *Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*.

En la sección dirigida a las acciones preventivas, la doctora Raquel Child hace una revisión de las intervenciones eficaces en la prevención de la transmisión perinatal del VIH que se han hecho en América Latina y el Caribe. En el segundo capítulo, la doctora Patricia Volkow expone sobre las intervenciones eficaces en la prevención del VIH en bancos de sangre. En el tercero, Francisco Inácio Bastos revisa el papel del consumo de drogas inyectables en la epidemia de SIDA en América Latina y el Caribe. Por su parte, Richard Parker, en el siguiente capítulo, se enfoca a las intervenciones en la prevención de la transmisión sexual, haciendo hincapié en los hombres que tienen sexo con otros hombres y en el trabajo sexual.

Más adelante, el doctor Rubén Mayorga nos ofrece información sobre la respuesta de la sociedad civil en el trabajo de SIDA, en la planifi-

cación estratégica de acciones contra la pandemia enfocadas a hombres que tienen sexo con otros hombres y en la cuestión de la ciudadanía en la atención de enfermos y la prevención en América Latina y el Caribe. Este capítulo resalta la importancia que en Latinoamérica tiene todavía la epidemia del VIH/SIDA en forma concentrada en este grupo de hombres y plantea la urgente necesidad de energizar las acciones directas y específicas a los hombres homosexuales y bisexuales quienes son los más vulnerables al VIH en América Latina. En el sexto capítulo el abogado Edgar Carrasco presenta una revisión en lo que respecta a derechos humanos y el acceso a anti-retrovirales en la región latinoamericana, sobre todo desde la perspectiva comunitaria.

Los últimos dos capítulos presentan información en Cuentas Nacionales sobre VIH/SIDA, producto de los estudios económicos que se están llevando a cabo en distintos países de América Latina y el Caribe y que SIDALAC está financiando, con el apoyo de organismos como la Comisión Europea y el propio Programa Conjunto de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA). Este recuento de los recursos de cada país, tanto gubernamentales como de los ciudadanos directamente (gastos de bolsillo) y de apoyo y cooperación internacional, permite conocer la mejor forma de respuesta organizada para contender contra el SIDA. Aquí se nos ofrece un marco conceptual de esta herramienta de política pública y un resumen de los primeros países con resultados de esta contabilidad nacional en VIH/SIDA. Asimismo, el doctor Mario Bronfman expone sobre la planificación estratégica y la investigación en cuentas nacionales en VIH/SIDA. En efecto, se plantea como una de las posibles aplicaciones del análisis del flujo de financiamiento y gastos en VIH/SIDA el monitoreo de la implementación de los planes estratégicos nacionales contra el SIDA que, por ejemplo, llevan realizados a la fecha veintidós de los treinta y cinco países de América Latina y el Caribe. Esta herramienta, las Cuentas en SIDA, utilizan la misma metodología que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Cooperación Económica y Desarrollo (OCDE) en Cuentas Nacionales en Salud.



# POLÍTICAS PÚBLICAS Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

VISIÓN DE CONJUNTO

*José Antonio Izazola Licea\**

*Jorge Huerdo Siqueiros\*\**

\* Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para  
América Latina y el Caribe (SIDALAC)

\*\* Comisionado para VIH/SIDA en la Comisión de Estudios Contra la Discriminación en  
México; Secretario Técnico del Comité de Observación y Vigilancia Ciudadana del VIH/SIDA  
(MEX-SIDA), y Director para la Región de Latinoamérica de la Red Global de Personas  
Viviendo con VIH/SIDA (GNP+).



## Introducción

Ya suman cerca de 20 años desde que fue diagnosticado el primer caso de SIDA en el mundo, pero para una epidemia se trata de una historia relativamente corta. Sin embargo, los estragos sociales que ha generado el VIH/SIDA la han convertido en una epidemia de graves consecuencias, siendo a la fecha una amenaza para el desarrollo social y económico global, así como para la seguridad nacional; no obstante, también se ha generado una respuesta vigorosa y en muchos casos alentadora, como es el caso del descubrimiento de los fármacos anti-retrovirales y el tratamiento a través de terapias combinadas que ahora permiten a las personas que viven con VIH/SIDA prolongar su vida con calidad.

La cooperación y múltiples esfuerzos conjuntos dieron paso en noviembre de 2000 en Río de Janeiro, Brasil a la realización del *I Foro y la II Conferencia del Grupo de Cooperación Técnica y Horizontal de América Latina y el Caribe* (GCTH). Sin duda, en la región han venido surgiendo importantes iniciativas y experiencias, como el caso de la creación GCTH en 1995, el cual reúne a los y las responsables de los programas de lucha contra las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ITS/VIH/SIDA) de los países de la región, con el principal objetivo de fortalecer las capacidades de gestión de los programas nacionales de prevención y control de la epidemia, a través de la cooperación técnica entre iguales.

Una confluencia de procesos sociales, económicos y políticos, junto con el claro avance de la epidemia, lo que enmarca iniciativas en la región. Por una parte, las políticas de ajuste estructural, con el redimensionamiento del papel del Estado y las consecuentes reformas al sector salud, y por la otra, la democratización progresiva de las sociedades latinoameri-

canas, con un papel mucho más activo de la sociedad civil y un rol cada vez más clave de la información en el desarrollo de políticas públicas.

Este contexto plantea grandes desafíos, pero también nuevas oportunidades para articular una respuesta más creativa, integrada y participativa ante la epidemia. Prueba de ello es la formación desde hace varios años de diversas redes regionales de trabajo, entre las que se cuentan el GCTH; la Red SIDA y Economía para América Latina (SEAL); la Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en SIDA (REDPES); el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA). Se cuenta también con las redes integradas por la sociedad civil que vienen realizando un trabajo de colaboración con los gobiernos, entre estas redes encontramos a la Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA (REDLA+); la Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+ región Latinoamérica); la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW); el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA (LACASSO); la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL) y su proyecto ACAT. Y también sumados a estos esfuerzos de planificación estratégica encontramos al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) a través de su oficina para América Latina y el Caribe, y a la Iniciativa Regional sobre VIH/SIDA (SIDALAC), originalmente promovida por el Banco Mundial y ejecutado por la Fundación Mexicana para la Salud A. C.

Paradójicamente, pese a todos los esfuerzos e iniciativas que encontramos en la región, el SIDA y las infecciones por el VIH siguen creciendo, y las infecciones de transmisión sexual (ITS) afectan a alrededor de 40 millones de personas en América Latina y el Caribe, aunque en la mayor parte de los países se dispone de los conocimientos y la capacidad técnica para reducir sustancialmente su transmisión y proveer tratamiento óptimo y oportuno. Esta situación es grave en sí misma y tiene implicaciones para la pandemia del VIH/SIDA.

Sin lugar a dudas la prevención continúa siendo la pieza angular en la lucha contra el VIH/SIDA, y los expertos coinciden en que la mejor recomendación son las medidas de prevención, dirigidas hacia donde apunta la información epidemiológica, y no hacia epidemias imaginarias.

Muchos especialistas en el tema, e incluso en un importante número de publicaciones técnicas y científicas reconocidas mundialmente, han señalado y descrito que en América Latina y el Caribe aún se presenta una epidemia del VIH/SIDA concentrada, es decir, en personas que

llevan a cabo prácticas de alta probabilidad de transmisión del VIH ubicadas especialmente en ciudades con alta concentración poblacional; la transmisión continúa siendo predominantemente por vía sexual, aunque se observa con preocupación un incremento de la transmisión por uso de drogas inyectables.

Si bien este conocimiento implica grandes retos a vencer para frenar el avance del VIH/SIDA en la región, también es cierto que ofrece enormes posibilidades para estructurar y desarrollar acciones exitosas para contender con su avance y evitar consecuencias mayores como el crecimiento de una epidemia que se generalice rápidamente hacia toda la población. También es cierto que la situación que el VIH/SIDA representa para los países con presupuestos limitados en sus ministerios de salud es crítica, por lo que es imperante conocer la velocidad de crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA, la demanda de servicios nuevos que genera y los costos asociados. Es correcto señalar que el SIDA compite con otras enfermedades por presupuestos limitados, pero el hecho de que esta epidemia sea potencialmente grave requiere ciertamente que se le considere como una emergencia de salud pública mundial para incrementar sustancialmente los recursos para su combate.

En estos contextos de cambio, el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (SCNS) responde a las crecientes necesidades de información financiera de los servicios de salud, y en el caso particular del VIH/SIDA se constituye en un apoyo a los procesos de decisión para una gestión informada. Un SCNS en VIH/SIDA genera información que orienta y da seguimiento al desarrollo del sector salud y a los procesos de la reforma del mismo. La información financiera es básica para la gestión de recursos porque permite apreciar los siguientes aspectos: a) el comportamiento de los servicios ante las necesidades; b) el nivel de eficiencia de las instituciones; c) los programas que se encuentran subfinanciados; d) las prioridades de atención y los recursos que consumen; e) el apoyo financiero destinado a los grupos marginados y vulnerables, y f) el potencial operativo de los programas.

Un mejor sistema de salud debe ser de particular interés ya que coadyuva a que se tenga un mejor desempeño en la economía nacional e internacional. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe los principales objetivos de la reforma debieran estar encaminados a acabar con el rezago de la transición epidemiológica, reforzar los programas de vigilancia epidemiológica para erradicar enfermedades, y

buscar que el eje principal del gasto sanitario sea el preventivo para evitar que la ciudadanía llegue a enfermarse y, por lo tanto, tiene un impacto favorable en la atención médica de alta calidad.

En países desarrollados se toman decisiones terapéuticas impulsadas generalmente de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos, pero en cambio en los países subdesarrollados se requiere de la decisión política expresada en presupuesto y en cambios sustanciales en los sistemas de salud, lo que dificulta considerablemente las respuestas a problemas sociales de envergadura como es el caso del VIH/SIDA. Esta epidemia ha costado muchas vidas, millones de personas han fallecido como producto del SIDA y otros millones se ven afectados por las consecuencias de la enfermedad biológica, psicológica y social que este virus provoca, por tanto, no hay que esperar mayores avances científicos o tecnológicos para garantizar que los ya existentes sean puestos en marcha por los sistemas nacionales de salud y que podamos, a través de los planes estratégicos de lucha contra el SIDA, ejecutar las más eficientes acciones para la prevención y atención a la salud que el SIDA nos plantea.

La prevención de la transmisión del VIH es una de las prioridades que se deben mantener aun cuando existan tratamientos anti-retrovirales que incrementen la cantidad y mejoren la calidad de vida de quienes viven con VIH o con SIDA. La prevención puede analizarse desde los diversos mecanismos de transmisión que existen. El control de los Bancos de Sangre y la prevención de la transmisión de madre a hijo/a del VIH pueden lograrse fundamentalmente por acciones ejecutadas por los sistemas de salud, dado el avance tecnológico con el que se cuenta. Aun así, no hay que cejar en los esfuerzos preventivos dedicados a este control, pues con frecuencia se han descuidado críticamente.

Sin embargo, los mayores retos en la prevención de la transmisión del VIH radican en la transmisión sexual y por el uso de agujas y jeringas compartidas entre usuarios de drogas inyectables. En estas dos situaciones lo que los sistemas de salud pueden aportar requiere de un complemento de gran magnitud de las disciplinas sociales y psicológicas que dan cuenta del cambio de comportamiento en forma sostenida.

Adicionalmente, por ejemplo en el uso de drogas inyectables y el comercio sexual, el reto es de magnitudes mayúsculas al incorporar aspectos jurídicos y de derechos humanos.

A continuación se presenta un resumen de cada uno de los capítulos que integran el presente libro.

## **Prevención de la transmisión perinatal del VIH/SIDA\***

Frente al creciente problema de la infección por VIH/SIDA pediátrica, originada en la transmisión materna-fetal de dicho virus, la comunidad científica internacional ha desarrollado una gran cantidad de investigación buscando comprender el fenómeno en sus vertientes biológicas y psicosociales así como evaluando alternativas que lo prevengan.

Hoy sabemos que la carga viral del VIH de la mujer condiciona las probabilidades de transmisión; que dicha transmisión ocurre en el embarazo, parto y lactancia ya que en estas dos últimas circunstancias la transmisión ocurre por el contacto prolongado entre secreciones maternas y las mucosas del niño/a.

El objetivo preventivo entonces se ha dirigido a disminuir la carga viral materna y evitar el contacto facilitador de la transmisión viral. Actualmente se cuenta con intervenciones que permiten disminuir la transmisión materno-fetal del VIH/SIDA basadas prioritariamente en la utilización de anti-retrovirales. Las intervenciones farmacológicas de mayor eficacia reconocida hoy en día son las que utilizan Zidovudina únicamente, o en combinación con Lamivudina y la Nevirapina, existiendo resultados promisorios en la evaluación de otros inhibidores de la enzima transcriptasa reversa.

Los protocolos de mayor eficacia son el ACTG 076/ANRS 024 que disminuyó la transmisión en un 70% y el protocolo tailandés, adaptación acortada del anterior, que disminuyó la transmisión en magnitud similar; ambos protocolos utilizan Zidovudina y fueron evaluados con suspensión de la lactancia materna.

El protocolo HIVNET 012, que entrega Nevirapina en el parto y al recién nacido/a por una vez, presenta también efectividad importante y una gran facilidad de administración.

El protocolo SAINT, que incluye Zidovudina más Lamivudina tiene eficacia algo menor a los anteriores y considera la lactancia, lo que lo hace de interés en lugares donde este tipo de alimentación sea difícil de suplir.

La mayor efectividad preventiva se ha observado en mujeres tratadas con terapias de alta efectividad, en quienes resultados preliminares de observación muestran la eliminación de la transmisión vertical del VIH.

\* Con base en el capítulo escrito por la doctora Raquel Child Goldberg *Prevención de la transmisión perinatal del VIH/SIDA*, de esta publicación.

Las medidas biomédicas complementarias a la farmacológica recién descrita incluyen la intervención cesárea como vía de parto y la suspensión de lactancia materna, indispensables para incrementar la efectividad de los anti-retrovirales.

Para el logro de estos resultados se requiere también la instalación de un conjunto de medidas que respondan a las diferentes variables del problema; ello implica disponer de programas de prevención primaria de la infección en la mujer, consejería y acceso a diagnóstico del VIH voluntario e informado, programas de comunicación que favorezcan este diagnóstico, información y acceso a métodos de anticoncepción para quienes lo requieran, disponibilidad de atención médica prenatal, del parto y para el recién nacido/a, que incluyen disponibilidad y acceso de fármacos anti-VIH, cesárea como alternativa de parto, consejería posparto y suplementación alimenticia láctea para el hijo/a, y un eventual tratamiento anti-retroviral para el hijo/a y, por supuesto, para la mujer.

El examen de detección de VIH es un requisito obvio para lograr la disminución de la transmisión del VIH. Este examen debe ser siempre informado, voluntario y acompañado de consejería; su implementación masiva dependerá de las prevalencias en la población femenina en edad fértil y el costo-efectividad de la medida.

Las complicaciones de estas intervenciones son escasas, siendo superadas ampliamente por sus ventajas y aportes. Ello incluye ventajas de la alimentación artificial sobre la materna así como de efectos de los anti-retrovirales. Las principales complicaciones pueden darse en aspectos psico-afectivos de mujeres que no han sido suficientemente acompañadas en esta difícil situación de vida.

Los diversos análisis de costo-efectividad se muestran a favor de la implementación de este conjunto de medidas, siendo de especial interés el estudio efectuado comparando el protocolo tailandés de AZT con HIVNET 012, que demuestra resultados altamente favorables a la implementación del primero. Las necesidades de las mujeres embarazadas con VIH/SIDA deben estar presentes en los programas formulados, siendo la consejería efectuada en el sistema de salud y la comunitaria estrategias que faciliten las decisiones en el ámbito de la salud reproductiva y el VIH, y apoyen con información y soporte emocional el proceso del embarazo y el parto a nivel individual y en su dimensión social. Por otro lado, los programas preventivos eficaces también deben contar con personal de salud capacitado y sensibilizado en el tema. En este mismo sentido, la incorpo-

ración de nuevos conocimientos y de experiencias del campo internacional son posibles de introducir y modificar las normativas locales y han permitido mejorar los resultados buscados.

Finalmente se puede señalar que existe una diversidad de intervenciones, aplicables diferenciadamente según las condiciones de cada sitio, prevalencia de infección, organización y sistemas de atención clínica y recursos disponibles, pues las evidencias demuestran que se puede disminuir la transmisión materno-fetal del VIH/SIDA en prácticamente un 90%, lo que incluye la utilización de fármacos profilácticos en la prevención de la transmisión perinatal del VIH, como: la zidovudina, zidovudina y la lamivudina o nevirapina (ZVD, ZVD + LAM o NVP). Sin duda en los países de América Latina y el Caribe es posible implementar cualesquiera de los protocolos para la prevención de la transmisión perinatal del VIH, ya que además se obtiene una efectividad superior a las del ensayo clínico, y la mayor efectividad preventiva se ha logrado en las mujeres que tratan su infección por VIH con terapias de alta efectividad, con o sin inhibidores de las proteasas.

El protocolo tailandés muestra mejor costo-efectividad que HIVNET 012, demostrándose también así que el costo de los fármacos representa un mínimo en el costo total de la medida preventiva y que por otra parte es adecuado buscar fundamentos evaluativos antes de tomar decisiones. Los riesgos de la utilización de estos protocolos ocurren en el ámbito de las resistencias pero ellos son ampliamente sobrepasados por los beneficios que entregan. Es necesario considerar en el conjunto de las medidas efectivas el tratamiento farmacológico anti-retroviral de la mujer después del parto.

La lactancia artificial está indicada como una de las medidas preventivas de la transmisión del VIH y debe ser apoyada especialmente. Por otro lado, las necesidades de las usuarias deben estar presentes en los programas formulados, siendo la consejería al interior del sistema de salud y la comunitaria una estrategia que facilite las decisiones en el ámbito de la salud reproductiva y el VIH y apoye con información y soporte emocional el proceso del embarazo y el parto a nivel individual y en su dimensión social.

Los programas preventivos deben considerar la participación de los diversos integrantes de un equipo de salud, constituidos como tales en un proceso de capacitación que incluya aspectos biomédicos y psicosociales del problema, requiriéndose que los profesionales médicos se integren y participen del proceso

No se puede dejar de lado el que es de vital importancia: el examen de detección de VIH, el cual debe ser estimulado tomando en consideración las prevalencias y el costo-efectividad de las estrategias a implementar; siempre debe ser voluntario y acompañado de consejería.

Las personas responsables de la toma de decisiones, particularmente en temas presupuestales, deben tomar muy en cuenta que el problema de la transmisión madre-hijo/a del VIH se incrementa sostenidamente al incrementarse el número de mujeres infectadas. Existe disponibilidad de medidas del campo de la salud que permiten controlar el nacimiento de niños infectados por el VIH. Por tal motivo, los recursos que se inviertan representan una inversión y no un gasto, siendo las medidas preventivas altamente costo-efectivas en relación con el tratamiento de los niños infectados y sus madres. Para ello, existen análisis de costo-efectividad entre diversas medidas e intervenciones preventivas que indican los caminos a seguir.

La obtención de buenos indicadores nacionales y locales en salud se van logrando con la instalación de las medidas recién señaladas, complementadas tomando en consideración las necesidades integrales de las personas y las comunidades en que se desenvuelven, que cada “beneficiario” sea sujeto de su salud, con respeto y participación en el tema del VIH/SIDA. El tema es de interés y preocupación internacional así como de preocupación en las poblaciones femeninas de nuestros países.

### **Transmisión por vía sanguínea del VIH/SIDA en América Latina. Implicaciones legislativas para la prevención\***

Durante las diversas Conferencias Regionales e Internacionales ha sido evidente que el tema del control de la sangre se minimiza y es de poca relevancia. Habrá quienes pregunten ¿por qué debe seguirse considerando como un tema prioritario el de la seguridad de la sangre?

Primero, porque la transfusión de sangre o derivados es la forma más eficiente de transmisión de VIH.

\* Con base en el capítulo escrito por la doctora Patricia Volkow *Transmisión por vía sanguínea del VIH/SIDA en América Latina. Implicaciones legislativas para la prevención*, de esta publicación.

Segundo, porque es la forma de transmisión más susceptible de prevenirse en forma eficiente siempre y cuando se cuente con la infraestructura de laboratorio, personal capacitado, presupuestos y la voluntad política para dar cabal cumplimiento al programa de Sangre Segura.

Tercero, porque hoy en día la Organización Mundial de la Salud estima que entre el 5% y el 10% de las infecciones por el VIH son transmitidas por transfusión sanguínea.

La OMS/OPS señala que el 40% de los 75 millones de unidades de sangre donadas cada año se utilizan para el 83% de la población mundial. Aunque la cantidad de sangre utilizada es menor, representa el número de seres humanos que están expuestos a ser infectados por esta vía, en los países con economías débiles donde no existen programas de sangre segura. Por ejemplo, son pocas las mujeres que se benefician de la atención prenatal y ello conlleva una alta mortalidad materno-infantil, y se estima que anualmente mueren 585,000 mujeres por complicaciones del embarazo o el parto, y el 25% de esas muertes son secundarias a consecuencia de pérdida de sangre.

Estos países se ven afectados por otras enfermedades como la malaria, la cual hace necesario el uso de transfusiones en población de menor edad, muy diferente al uso que se le da a la sangre en países desarrollados donde son las enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer y los programas de cirugía cardíaca las principales razones de transfusiones.

En los países más pobres la transfusión de sangre contaminada resulta ser la fuente más eficiente de transmisión del VIH, particularmente en las mujeres en edad reproductiva y un doble puente de transmisión en la edad pediátrica a través de la infección de las madres (transmisión perinatal) y la propia transfusión en los niños.

Hoy en día existen países que carecen de un Programa de Sangre Segura. De acuerdo con la información presentada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sólo 9 de los 19 países de Latinoamérica tamizan al 100% la sangre transfundida para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la Hepatitis B y C (VHB y VHC), y sífilis; en el Caribe, solamente en 8 de 21 países un millón de unidades transfundidas no son tamizadas para Hepatitis C.

Existen cuatro puntos fundamentales para la sangre segura: 1. Establecer un servicio coordinado de transfusión sanguínea en los países. 2. Recolectar la sangre de donadores voluntarios no remunerados con se-

lección estricta de donantes. 3. Tamizar toda la sangre para VIH, Hepatitis B y C, sífilis y otros agentes infecciosos. 4. Racionalizar el uso de sangre y derivados.

En este sentido, un ejemplo importante en la región fue la experiencia del Programa de Sangre Segura de México, donde el comercio de la sangre fue una práctica común y jugó un papel fundamental en el crecimiento explosivo de la epidemia del VIH a mediados de la década de los ochenta. A su vez, la legislación que prohibió el comercio de la sangre tuvo un papel medular en la lucha contra esta epidemia. Cuando México inició el tamizaje obligatorio de toda la sangre transfundida, en mayo de 1986, la seroprevalencia en donadores pagados era del 7%. Era una práctica común el reutilizar material desechable no estéril, compartir entre varios donadores las soluciones utilizadas para mantener la vena permeable, e inclusive haber hiperinmunizado con sangre humana para la producción de antisueros para la tipificación de grupos sanguíneos o antiRho a los proveedores consuetudinarios. El plasma obtenido de estos centros de plasmaféresis se utiliza por compañías farmacéuticas fraccionadoras de plasma que producen y comercializan al menos 20 productos derivados del plasma humano.

La cantidad y calidad de plasma que se obtiene de una donación de sangre total no reúne los requisitos necesarios de la industria fraccionadora, que prefiere para ello el plasma que se obtiene por plasmaféresis. Por dos razones: una es la cantidad, ya que de una donación por plasmaféresis se obtienen de 650 a 750 ml y de una donación de sangre total se obtienen 225 ml, y la otra es por la concentración de sus componentes, que es menor en el plasma que se obtiene al separarlo de una donación de sangre total. En México, la transmisión por vía sanguínea del VIH constituyó una forma muy rápida de sembrar el virus en la población general, ya que los donadores vendían plasma entre 3 y 5 veces por semana y sangre hasta dos veces por mes. La feminización de la epidemia tuvo como principal causa la transfusión a través de las urgencias gineco-obstétricas, al igual que en muchos países en vías de desarrollo, afectando principalmente a mujeres en edad reproductiva. En 1989 los casos de SIDA por transfusión sanguínea representaron el 17% del total notificado ese año; la transmisión del VIH por vía sanguínea tuvo su pico máximo en 1986 y terminó en mayo de 1987 con la prohibición del comercio de la sangre.

La prohibición del comercio de la sangre tuvo un impacto muy importante en la prevención del SIDA en México, principalmente entre las mujeres en donde esta tendencia acelerada no sólo se frena sino que

se revierte elevándose la relación hombre-mujer en 7:1 en el año de 1994, cuando había sido de 3:1 en años anteriores, fenómeno no descrito en ningún otro país ya que la tendencia mundial es a reducir la relación hombre:mujer.

Es importante destacar que la prevención fue el resultado de la prohibición del comercio de la sangre y no del tamizaje obligatorio de la sangre para el VIH, ya que la mayor parte de la epidemia en donadores pagados y en receptores de transfusiones tuvo lugar cuando la serología para VIH ya era obligatoria. A pesar de que la prohibición del comercio de la sangre en México fue tomada en situación de emergencia, no hubo desabasto de sangre en el país, ya que se establecieron medidas urgentes para promover la formación de un servicio coordinado de transfusión y donación voluntaria nacional.

Con esta experiencia resulta difícil entender cómo en muchos países de la región existe un vacío jurídico y la donación remunerada es una práctica cotidiana.

Millones de litros de plasma son traficados en el mundo provenientes de países en vías de desarrollo a la industria del plasma de países desarrollados, y la mayor parte del plasma se exportaba a Estados Unidos y Europa. Las razones por las que la industria farmacéutica utiliza el plasma de países desarrollados son dos principalmente: una es el costo, ya que la remuneración puede ser de 10 a 20 veces menor a un donante en un país en vías de desarrollo, y segundo por las características inmunológicas de los donantes.

La sangre segura se da por hecho simplemente porque se expide una ley, pero las leyes están muy lejos de alcanzar la realidad en muchos países de América Latina, donde la falta de presupuesto, de personal entrenado, de instalaciones equipadas, de suministro regular de insumos para realizar las pruebas serológicas y de programas permanentes para estimular la donación voluntaria son problemas de todos los días, especialmente en los países de menores ingresos. Sin embargo, a pesar del esfuerzo que se ha hecho por casi dos décadas para mostrar la seguridad de los productos derivados del plasma, ha habido trágicas experiencias que de manera constante expresan lo contrario. El problema de infección de donantes pagados no fue exclusivo para el VIH, el virus de la Hepatitis C fue el siguiente ejemplo de este grave problema.

Desde el inicio de la década de los noventa existía información de la alta prevalencia de Hepatitis C en donadores de plasma en países en

vías de desarrollo, y casi a la par se demostró la presencia de RNA viral en inmunoglobulinas comerciales producidas con pasta (plasma obtenido por plasmaféresis comercial) pero no de plasma recuperado de donaciones de sangre total. Mientras los autores señalaban la seguridad de estas preparaciones comerciales autorizadas por Estados Unidos, se iniciaba una nueva catástrofe relacionada con los productos comerciales del plasma, la epidemia de virus de Hepatitis C (VHC) en receptores de Gammagard, producto autorizado en Estados Unidos.

El problema de infección por VHC en receptores de productos derivados del plasma no era algo nuevo para el año 1993, cuando se inició el brote de Hepatitis C. Desde que se contó con la herramienta diagnóstica se informó de un gran número de estudios que daban testimonio de la alta prevalencia de infección en pacientes hemofílicos de países desarrollados a principios de la década de los noventa y la clara asociación con la terapia antihemofílica.

La industria del plasma produce anualmente mas de 4000 millones de dólares en ventas, el 60% proviene de compañías estadounidenses. Blakestone estimó en 1990 que la industria del plasma consumió 12 millones de litros de plasma. Existe un tráfico internacional de plasma a través de intermediarios, que buscan países adecuados (usualmente bajas tasas de infección de VIH, pobreza y altas tasas de desempleo) para establecer centros de plasmaféresis comercial donde obtener plasma barato para la industria.

Hay evidencias de la existencia de centros de plasmaféresis a finales de los años setenta en al menos cuatro países del área: Haití, Honduras, Brasil y México, que coincidentemente son aquellos donde inicialmente creció la epidemia en forma explosiva en la década de los ochenta. Con todo esto resulta difícil de entender cómo el comercio de la sangre/plasma no ha sido prohibido en los países de la región, ya que muchos de éstos tienen condiciones donde se puede reproducir, o quizá ya se ha reproducido el fenómeno de la epidemia por transmisión sanguínea. La identificación de este problema ha sido obstaculizado ya que no se ha reconocido esta categoría como de riesgo de transmisión del VIH por donación de plasma a nivel internacional. Por ejemplo, para la OPS esta categoría de transmisión no existe.

Organizaciones internacionales han estado ciegas a un problema tan serio, lo que se suma a la actitud suspicaz de médicos y científicos que están siempre dispuestos a reconocer un caso de transmisión sexual

de VIH y a cuestionar uno transmitido por transfusión, alegando que el sujeto pretende esconder su comportamiento sexual o alguna conducta no aceptada socialmente.

Desgraciadamente en muchos países de América Latina aún se transfunde sangre sin tamizar para el VIH y el comercio de la sangre sigue siendo hoy en día una práctica cotidiana. En algunos de ellos la sangre proveniente de donadores remunerados llega a ser entre el 5 y el 25% de la que se utiliza en el país.

### **El papel del consumo de drogas en la epidemia regional de SIDA en América Latina y el Caribe\***

Desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA se han reportado casos de SIDA entre personas que hacen uso de drogas inyectables y sus parejas. El problema no es exclusivo de Estados Unidos o Europa. En América Latina y el Caribe el primer caso entre usuarios de drogas intravenosas (UDIs) se reportó en 1983 en la ciudad de Sao Paulo, Brasil.

Es muy importante tomar en cuenta que la transmisión directa entre los UDIs ocurre efectivamente al compartir equipo de inyección contaminado, pero de manera indirecta se debe considerar la transmisión entre los UDIs y sus parejas sexuales.

Actualmente en el mundo y de forma acumulada, las personas UDI representan entre el 5 y 10% de las infecciones del VIH entre adultos. Las regiones más afectadas por esta forma de transmisión del VIH hoy en día son: Europa Occidental, Europa del Este, el Norte de África y Medio Oriente.

La inyección de drogas representa el 44% de los casos de SIDA reportados en Europa, y cerca de un tercio de los casos en Estados Unidos y en la región de América del Sur.

La rápida dispersión del VIH entre los UDIs ha originado una mayor visibilidad y legitimidad de esta población oculta, aunque casi todos los países el uso de drogas, incluyendo las inyectables, continúa siendo altamente estigmatizado.

\* Con base en el capítulo escrito por Francisco Inácio Bastos *El papel del consumo de drogas inyectables en la epidemia regional de SIDA en América Latina y el Caribe*, de esta publicación.

Los UDIs y sus parejas sexuales están en alto riesgo no sólo de adquirir VIH sino también otras infecciones sanguíneas resistentes como Hepatitis B, C, D y G, HTLV-I / II y malaria, muchas veces como co-infecciones de individuos ya infectados con el VIH.

Aunque muchos estudios realizados al inicio de la epidemia mencionan la transmisión del VIH entre usuarios de heroína, otros patrones de drogas psicoactivas como las anfetaminas y la cocaína se han vinculado claramente a la transmisión del VIH.

Los altos riesgos de transmisión del VIH entre usuarios de cocaína se deben al patrón frecuente de inyección y a la cercana relación con el comercio del sexo. Se han observado altos rangos de seroprevalencia en regiones en las que la cocaína es la única o principal droga inyectada, en países en vías de desarrollo, y en cierta medida en países desarrollados.

Un factor clave en la propagación del VIH entre los UDIs es el involucramiento con otros usuarios de drogas y la población en general. Relacionarse con una población considerable de UDIs infectados por VIH, usuarios de cocaína y la población en general, está dando otra forma a la epidemia del VIH/SIDA en la región. En un mundo que tiene procesos rápidos de globalización, los escenarios de drogas presencian problemas que fortalecen comportamientos de alto riesgo y como consecuencia se incrementa el riesgo de transmisión del VIH. Muchos países en vías de desarrollo sirven como productores de materia prima y están altamente relacionados con las rutas de tránsito de droga y las redes de lavado de dinero.

Es claro que el crack de cocaína tendrá un papel predominante en América Latina. El crack se ha infiltrado en países y subregiones con características sociodemográficas y culturales distintas. Análisis recientes llevados a cabo en ciudades brasileñas como Santos, Sao Paulo y Río de Janeiro, han demostrado que fumar crack es el principal factor de riesgo de infección por VIH entre las/os sexo-servidoras/es (TCS) quienes con más frecuencia tienen comportamientos sexuales de riesgo que los UDIs no fumadores de crack. Cabe mencionar que en Estados Unidos los UDIs disuelven y se inyectan crack como una alternativa más barata al polvo de cocaína; existen estudios recientes que reportan el mismo hábito en diferentes regiones de Brasil.

El papel de la heroína y la extensión de su difusión en la región, ya sea la de producirla o venderla, dentro de mercados locales o para exportación, es un fenómeno reciente. Gran parte de la información del consumo local de heroína en diferentes regiones de América Latina y el

Caribe es básicamente anecdótica. Información preliminar de estudios recientes en Brasil muestran que su uso está aumentando entre los que se inyectan diversas drogas en diferentes áreas de países de la región. Por ejemplo, en la subregión andina, la disponibilidad de heroína está creciendo, debido principalmente a la reciente diversificación de productos y cultivos de los cárteles de drogas. Las consecuencias en los patrones locales de consumo parecen estar restringidas por ahora. Las tendencias futuras son difíciles de predecir, pero su impacto podría ser un crecimiento considerable en la difusión tanto del uso de droga inyectada como de la infección del VIH por sangre.

Hasta hace poco, en casi todos los países de América Latina y el Caribe las estrategias de reducción de daño han sido implementadas en forma dispareja, y rara vez con una propuesta adecuada y discutida. Hasta mediados de los noventa, muy pocas organizaciones civiles con trabajo en SIDA y organizaciones de autodependientes estaban involucradas en el desarrollo de actividades preventivas entre UDIs; sólo se involucraban en las actividades que promovían la abstinencia. Aun ahora, las filosofías de reducción de daño se encuentran restringidas a Brasil y Argentina.

La lucha por la implementación de un juego de iniciativas de reducción de daño dirigida a los UDIs en Brasil recibió un estímulo después de 1992, cuando el Gobierno Federal solicitó respaldo financiero y técnico del Banco Mundial para la prevención del SIDA.

Un análisis de la información epidemiológica a principios de los noventa dejó en claro que tanto el personal del Banco Mundial como las autoridades de salud de Brasil necesitaban subrayar el papel central de los programas específicamente dirigidos a los UDIs y sus parejas para detener la difusión de la epidemia. El proceso para introducir las políticas de reducción de daño en América Latina y el Caribe ha sido errático, influenciado por una fuerte oposición de las fuerzas conservadoras locales, y el reto a los prejuicios culturales y religiosos contra la mayoría de los principales componentes para reducir el daño, como por ejemplo la distribución de condones.

Sin embargo, las barreras más arraigadas en la región parecen ser la prohibición legal, explícita o implícita, para llevar a cabo estas actividades. Una barrera adicional es la fuerte influencia de presiones contradictorias internacionales, especialmente de Estados Unidos, para reducir el suministro de cocaína en países intrínsecamente inestables política y económicamente. Estas presiones políticas y económicas, así como las

coacciones, son particularmente fuertes por parte de los países productores de coca, cuando estrategias alternativas severas para imponer la reducción del suministro son difíciles de implementar.

Debido a su prominente papel socioeconómico en América Latina y al tamaño de la epidemia de VIH/SIDA, la reformulación de la política de prevención de VIH/SIDA en Brasil ha tenido un impacto significativo sobre las actividades de casi toda América Latina, y en un menor grado en el Caribe. En 1996 por primera vez todos los países americanos propusieron una estrategia común para luchar contra el tráfico ilegal de drogas y su consumo en la región en un foro auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud, realizado en Montevideo, Uruguay. Además de las estrategias de reducción de suministro tradicionales y el refuerzo de ley, se incluyó la implementación de estrategias de reducción de demanda enfocadas a la educación y la prevención.

Además del intercambio de jeringas, otras iniciativas implantadas en diferentes países incluyen mayor disponibilidad de la prueba del VIH e instalaciones de consejería, y la apertura de nuevos programas de tratamiento de drogas en países como Argentina y Brasil. En subregiones donde el papel de la heroína y otros narcóticos ha sido desdeñado, se han usado terapias de sustitución innovadora para la adicción a la cocaína. Por ejemplo, en Perú y Bolivia se ha utilizado la infusión de hoja de coca para tratar la adicción a la cocaína. Otras estrategias importantes que podrían disminuir indirectamente las tasas de infección por VIH incluyen un diagnóstico sistemático y un tratamiento de infecciones mayores transmitidas por vía sexual (ITS), y el libre acceso a la terapia anti-retroviral para personas que viven con VIH o SIDA.

Estos programas pueden tener una influencia favorable en la epidemia de VIH de la región, al reducir la incidencia de ITS, que son factores adicionales de la transmisión del VIH, y potencialmente reducir la carga viral entre las personas infectadas. Sin embargo, es necesaria una evaluación formal de dichos programas. Por ejemplo, se han encontrado problemas en la orientación y referencia de tratamiento para ITS en la región. La literatura internacional sugiere que la observación de terapias anti-retrovirales es problemática para la población de UDIs, lo cual se confirmó recientemente a través de una investigación llevada a cabo en Sao Paulo, Brasil.

A pesar de estos pasos positivos la mayoría de las iniciativas de prevención no tienen suficientes fondos y el único programa de in-

tercambio de jeringas que existe en América Latina se encuentra en Brasil. A la fecha, la mayor parte de los programas que se han abierto recientemente son relativamente pequeños y no cuentan con suficiente personal, además de que tienen una capacidad de operación muy limitada. Estos programas operan a pesar de la amenaza de tener que interrumpir sus actividades debido a conflictos con la legislación nacional de drogas y con la policía local. Sin embargo, representan el momento crucial en la implementación de las actividades de reducción de daño entre UDIs en el continente.

Aunque no se han subrayado las regiones que tienen un contacto más directo con Estados Unidos, como por ejemplo, en la parte continental la frontera norte de México, y por el Caribe Puerto Rico. Estas subregiones en ocasiones se han beneficiado por la transferencia de conocimientos con respecto a las actividades de reducción de daño.

Por ejemplo, en Puerto Rico hay varios programas de servicios de asistencia con consejería, desarrollo de habilidades y distribución del condón. Sin embargo, la distribución y/o intercambio de agujas y jeringas (NEPs, por sus siglas en inglés) continúa como una controversia tanto en estos países como en Estados Unidos. Hasta donde sabemos, no existen programas NEPs en México ni en Puerto Rico. En el Caribe, las estrategias preventivas implementadas a la fecha básicamente se enfocan a riesgos sexuales e incluyen educación y distribución de condones.

Un reporte reciente del personal de la OPS indica claramente que la implementación de estrategias de reducción de daño entre UDIs en Sudamérica, el Caribe y en general en la región de América Latina, tiene diferentes niveles de compromiso político. En pocos países latinoamericanos las estrategias de reducción de daño han recibido ayuda política, comunitaria ni financiamiento. Por otro lado, en muchos otros países existe un prejuicio muy claro en contra de dichos programas por el público en general y/o los cuerpos gubernamentales.

## **Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina\***

En la apertura del Primer Foro y el Segundo Congreso de Cooperación Técnica Horizontal en América Latina y el Caribe para VIH/SIDA y ETS —Forum 2000—, el doctor Peter Piot, Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), se refirió enfáticamente a la necesidad de prestar atención en América Latina y el Caribe a los esfuerzos de prevención de la epidemia en hombres que tienen sexo con otros hombres, debido a los altos niveles que indica la información epidemiológica.

La región de América Latina y el Caribe en términos generales presenta una epidemia concentrada, y particularmente en la parte continental la población más afectada son los hombres que tienen sexo con otros hombres, presentando aún a la fecha una alta incidencia de infección por VIH. Lamentablemente, por estigma y discriminación se han postergado acciones efectivas en muchos de los países de la región. En América Latina, como en muchas otras partes del mundo, en gran medida debido a la falta una acción efectiva por parte de los gobiernos y de los programas oficiales de prevención del SIDA, y las organizaciones civiles con trabajo en VIH/SIDA y organizaciones en pro de los derechos gays han desempeñado un papel en mayor o menor medida protagónico en el desarrollo de programas preventivos.

Ha sido realmente hasta finales de los años noventa, como resultado de la presión política ejercida por la comunidad afectada, cuando algunos programas gubernamentales comenzaron a desempeñar un papel más activo en la respuesta a la epidemia entre hombres que tienen sexo con hombres.

El trabajo con hombres que tienen sexo con hombres ha sido especialmente importante para llamar la atención respecto del papel que desempeñan la estigmatización y la discriminación en la conformación de la vulnerabilidad al VIH/SIDA. El impacto de la discriminación y la violen-

\* Con base en el capítulo escrito por Richard Parker, Luis Felipe Rios y Veriano Terto Jr. *Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina y el Caribe*, de esta publicación.

cia ha sido identificado como un problema fundamental, y la necesidad de intervenciones estructurales dirigidas a cambiar y ensanchar el contexto social y cultural en relación con la homosexualidad se ha convertido en una prioridad importante.

Se ha dado una creciente atención a la necesidad de desarrollar estructuras de apoyo sociales y psicológicas: grupos de apoyo, programas de consejería e intervenciones similares dirigidas a romper con el aislamiento que muchos hombres sienten e involucrarlos en estructuras que sean capaces de reducir el riesgo al reforzar el cambio de comportamientos como parte de una respuesta más amplia social y colectiva a la epidemia.

Una serie de teorías cognitivo-conductuales ha sentado las bases conceptuales de mucha de la investigación sobre intervenciones. Por ejemplo, el Modelo de Creencias en Salud se ha enfocado en la manera en la que los comportamientos relacionados con la salud son moldeados por el conocimiento, las actitudes y las creencias relacionadas con el riesgo, y ha proporcionado la base para muchos estudios de intervención que han buscado influir en el conocimiento, las actitudes y las creencias relacionadas con el SIDA con el objeto de reducir los niveles de riesgo conductual. Los componentes conocimiento, actitud y habilidad han estado en el centro de la mayoría de los modelos cognitivo-conductuales que han guiado la investigación de intervenciones en VIH/SIDA, y existe una creciente evidencia que documenta que muchas de las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en estos modelos han producido resultados importantes. Sin embargo, se ha identificado también una serie de asuntos sociales y culturales más amplios importantes en el condicionamiento de las respuestas cognitivo-conductuales al VIH/SIDA.

A pesar de la creciente atención tanto a los factores individuales como a los factores sociales que influyen en el cambio conductual, la dificultad para expandir tales enfoques con objeto de provocar cambios de mayor alcance y sustento en respuesta a la epidemia se ha tornado evidente.

Una serie de barreras estructurales así como impedimentos en el nivel de la política social han restringido la aplicabilidad de muchas intervenciones, y la atención de la investigación ha buscado en forma creciente examinar dichos factores y desarrollar estrategias innovadoras capaces de responder a ellos.

El desarrollo histórico de las estrategias de prevención del VIH/SIDA ha sido especialmente importante en relación con el desarrollo de programas para hombres que tienen sexo con hombres. Como el primer

grupo en ser afectado por el VIH/SIDA en la mayoría de los países occidentales, los hombres homosexual y bisexualmente activos han estado desde hace tiempo en la vanguardia de los esfuerzos para responder a la epidemia. Los programas preventivos por y para hombres gay han influido de manera especial en el cambio de considerar a las estrategias de prevención de manera más amplia, y virtualmente la mayor parte de las teorías más importantes sobre cambio conductual que han guiado el diseño de programas de intervención han sido perfeccionadas y probadas en proyectos dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, las dificultades para mantener prácticas sexuales más seguras también se han hecho evidentes con el tiempo, como también lo han hecho los obstáculos para la intervención entre poblaciones más fluidas de hombres que tienen sexo con hombres pero que no necesariamente se identifican a sí mismos como gays o bisexuales. Y es en gran medida como respuesta a estas dificultades que se ha explorado una serie de enfoques sociales y culturales hacia el VIH/SIDA: teorías sobre acción e influencia sociales, estrategias para el empoderamiento y la transformación social, y así sucesivamente.

Aunque es evidente que un solo proyecto o programa no puede enfrentar por completo la serie de aspectos que en última instancia deben ser considerados para alcanzar un cambio social más profundo, la conceptualización de las estrategias preventivas como parte de este proceso más amplio ha permitido abrir nuevos frentes para la acción y vincular la prevención del VIH/SIDA a los movimientos en pro del cambio social en formas novedosas y poderosas. Particularmente en relación con los hombres que tienen sexo con hombres, ya sea en el contexto de las comunidades gay bien desarrolladas, o en el de las comunidades emergentes que pueden encontrarse en muchas partes del mundo, este enfoque ha ofrecido la posibilidad de construir sobre teorías del cambio conductual más psicológicas o psicodinámicas, e integrarlas en programas más amplios relacionados con el cambio social. Si bien el éxito final de tales esfuerzos de ninguna manera está garantizado (y aún existe sin duda una serie de problemas, como los medios adecuados para determinar y evaluar tales programas reformulados), estos desarrollos ofrecen importantes incentivos para el desarrollo de futuros programas de prevención del VIH/SIDA.

Como en muchas partes del mundo, las iniciativas tempranas de intervención y prevención desarrolladas en Latinoamérica fueron en su mayoría realizadas a pequeña escala y en la mayoría de los casos sin

ningún apoyo financiero, y en muchos casos aun en contra de la resistencia oficial. Sin embargo, al enfocarse en estrategias tales como alcance en la calle, activismo cultural, construcción de la comunidad y movilización se han empezado a tomar importantes pasos para subsanar la anterior falta de atención hacia uno de los grupos de población más vulnerables en prácticamente todos los países de la región.

Durante el desarrollo del Forum 2000 de los trabajos dedicados a la prevención una gran parte (cerca del 22.6%) se refiere a informes sobre acciones dirigidas a la mayoría de la población, es decir dirigidos a la población heterosexual, seguidos por las ponencias dirigidas a los jóvenes (cerca del 18%), y sólo un estudio sobre hombres que tienen sexo con otros hombres jóvenes. Los trabajos dirigidos a las mujeres y aquellos que tratan sobre la reducción del daño entre los usuarios de drogas intravenosas son casi en el 6.55%. Las iniciativas dedicadas a las mujeres sólo dejan a los estudios sobre reducción del daño en segundo lugar solamente cuando las primeras están complementadas por estudios dedicados al tema de la transmisión vertical (4.17%). Sólo el 2.8% de las ponencias (14 en números absolutos) tratan sobre la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, aun cuando podríamos agregar a éstas los trabajos sobre prevención entre travestís (7 ponencias) y trabajo sexual masculinos (3 estudios), que representan el 2% de todos los trabajos presentados. Hay también algunos estudios sobre trabajadores sexuales que no hacen referencia al género y/o a la identidad socio-sexual (10 trabajos).

Se percibe una creencia generalizada, aun no documentada, de una tendencia hacia la “feminización y juvenilización” de la epidemia, ya que el escaso número de iniciativas dirigidas hacia los hombres que tienen sexo con otros hombres puede significar una falsa creencia de que la epidemia está bajo control en este grupo de la población.

A pesar del hecho de que el número de presentaciones en el Forum 2000 relacionadas con hombres que tienen sexo con otros hombres (particularmente sobre hombres homosexual y bisexuales) fue menor de lo que podría haberse esperado a la luz de la importancia epidemiológica de esta población, es un claro reflejo de la continua estigmatización y discriminación sufrida por este grupo de la población. Sin embargo, con base en la historia de los primeros programas preventivos realizados en la década pasada, el nuevo trabajo ofrece razones para la esperanza y el optimismo respecto al estado actual de los programas de prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.

## **La planificación estratégica para hombres que tienen sexo con hombres y ciudadanía en América Latina y el Caribe\***

La Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL) es un proyecto cuyos objetivos pretenden la elaboración de planes estratégicos en la atención, prevención y apoyo en VIH/SIDA para hombres que tienen sexo con hombres a través del proyecto ACAT (Advocacy, Capacitación y Apoyo Técnico). El proyecto surge por la magnitud de la epidemia entre hombres gays y bisexuales en los países de la región, y la notoria falta de proyectos y estrategias nacionales dirigidas a disminuir la transmisión del VIH entre dicha población y del traspaso a la población general.

ASICAL, las organizaciones que la integran y sus miembros esperan que este esfuerzo sirva para la elaboración, defensa pública, movilización de fondos, ejecución y evaluación de proyectos y programas para disminuir la propagación del VIH entre otras poblaciones altamente vulnerables al mismo y, por consiguiente, a las poblaciones de las sociedades donde el VIH/SIDA sigue presentándose con el patrón de epidemias concentradas.

En general, los esfuerzos de prevención y atención del VIH/SIDA encaminados hacia el grupo poblacional de hombres que tienen sexo con otros hombres en Latinoamérica y el Caribe se enfrentan a obstáculos culturales, sociales, políticos y económicos. Sin embargo, es urgente enfocar estrategias y actividades de cabildeo al más alto nivel para garantizar el apoyo político y lograr movilizar los recursos para implementar los planes estratégicos de prevención y atención en VIH/SIDA dirigidos hacia este grupo altamente vulnerable.

La epidemia de VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres en la región tiene un alto potencial de transmisión, comparado con el resto de la población, debido en parte a las altas seroprevalencias y a la frecuente práctica de sexo entre hombres, así como a la alta incidencia de prácticas bisexuales entre los hombres de la región. Las relaciones sexuales entre varones son muy comunes en otras poblaciones de hombres sin identidades homosexuales. Debe incluirse el tema de la homosexualidad masculina en el desarrollo de estrategias de prevención

\* Con base en el capítulo escrito por el doctor Rubén Mayorga *La planificación estratégica para hombres que tienen sexo con hombres y ciudadanía en América Latina y el Caribe*, de esta publicación.

con estos hombres (migrantes, camioneros, personal uniformado, hombres privados de libertad, etcétera). La homosexualidad debe considerarse como un eje transversal en los programas de prevención del SIDA en hombres, lo cual no implica homosexualizar la epidemia, simplemente significa tomar decisiones informadas y técnicamente correctas haciendo totalmente de lado cualquier juicio valorativo de la epidemia del VIH/SIDA.

Todo indica que las acciones dirigidas a la prevención en hombres que tienen sexo con otros hombres y en otras poblaciones con altas seroprevalencias serán muy eficaces por la disminución del impacto nacional del VIH/SIDA aun con los escasos estudios de costo-beneficio. Las intervenciones preventivas entre la población de hombres que tienen sexo con otros hombres beneficiarán satisfactoriamente a otros sectores poblacionales evitando el incremento de casos como el de las mujeres. Para ello, es necesario considerar seriamente la reinterpretación de los datos epidemiológicos relativos al VIH/SIDA desde una perspectiva cien por ciento técnica y no de agendas de décadas anteriores que ahora usan al SIDA para su autopromoción, y poder estimar la magnitud de transmisión del VIH. En tal caso, en los países donde ya existen datos de seroprevalencia de VIH entre el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres, estos deben ser complementados con estudios de comportamiento, de los contextos de vulnerabilidad y de otros estudios de las áreas sociales. Asimismo, deben realizarse estudios de incidencia para estimar mejor el impacto de la epidemia, y por consiguiente también se hace necesario que se analice la influencia de la transmisión del VIH entre este grupo de la población y las dinámicas de transmisión de la infección a otros grupos poblacionales.

Existen experiencias exitosas de trabajo en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con otros hombres en la región. Estas experiencias usualmente se encuentran sistematizadas, lo que permite la implementación de programas de capacitación dirigidos a diversos sectores como personal de salud, organizaciones civiles con trabajo en VIH/SIDA y derechos humanos, y otros actores involucrados en las respuestas nacionales en la lucha contra esta epidemia.

El respeto a los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía de los hombres que tienen sexo con otros hombres son factores que facilitan la prevención del VIH/SIDA, por lo cual es urgente que se produzcan cambios legislativos y estructurales para disminuir la discriminación y los efectos de la exclusión social relacionados con la violación de

los derechos humanos de los hombres que tienen sexo con otros hombres, e incrementar el impacto positivo que pueden tener los esfuerzos de prevención y atención en VIH/SIDA entre este grupo de la población altamente vulnerable. Asimismo, es importante trabajar arduamente en la modificación de leyes que aseguren el respeto de los derechos de todas las personas, independientemente de su orientación sexual, prácticas sexuales o estado de salud.

### **Derechos humanos y el acceso a anti-retrovirales en América Latina y el Caribe\***

Los estudios presentados en diversos congresos internacionales hablan de la eficacia de la combinación de los fármacos anti-retrovirales popularmente conocidos como “coctel”. La disminución de la replicación viral y el aumento de los linfocitos CD4, constituyen por vez primera una esperanza para la vida y el desempeño de las actividades cotidianas y laborales de las personas que viven con VIH/SIDA.

En todos estos años se han dado asombrosas recuperaciones de las personas afectadas; una importante disminución en la tasa de morbilidad y el descenso de la mortalidad asociada al SIDA, y desde el punto vista clínico se presentan como la mejor y más adecuada opción para las personas afectadas por el VIH/SIDA. No obstante alrededor del acceso a estos tratamientos anti-VIH existe un sinnúmero de cuestiones relacionadas.

Sin duda la gran polémica desde su aparición ha sido su alto costo, el cual es estimado hasta en \$1,000 US dólares mensuales en la región de América Latina y el Caribe, a lo cual habría que agregar los costos relacionados con pruebas especializadas de laboratorio, esenciales para el seguimiento de las terapias anti-retrovirales, los medicamentos para las enfermedades oportunistas y la adecuada nutrición, lo que coloca a la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA de la región en una situación de incapacidad financiera para costearse los tratamientos.

A lo anterior se aúna la angustia emocional de tener un conjunto de tratamientos en el mercado al que no se puede acceder. Muchas

\* Con base en el capítulo escrito por el abogado Edgar Carrasco *Derechos humanos y el acceso a anti-retrovirales en América Latina y el Caribe*, de esta publicación.

personas que viven con VIH/SIDA han empeñado su futuro económico recurriendo a la venta de sus bienes, a los llamados “mercados negros”, a erráticas donaciones internacionales y a migraciones forzadas, para así alcanzar una sobrevida limitada y dolorosa.

Las crisis económicosociales en la región condicionan y ponen en riesgo la sustentabilidad de las políticas de acceso universal y gratuito ya implementadas en algunos de los países latinoamericanos. Para enfrentar estas situaciones se deben profundizar y divulgar los estudios de costo-efectividad. Sin resolverse aún el imperativo ético de los derechos humanos de acceso universal a los tratamientos anti-retrovirales, surgen nuevos dilemas como la disminución de costos a través del suministro de fármacos de dudosa calidad y procedencia.

Otro de los retos a vencer es la adherencia adecuada, lo cual es un factor primordial para el éxito de las terapias anti-VIH, lo que depende de una multiplicidad de acciones interrelacionadas, que van desde las diferentes expectativas de las personas bajo tratamiento anti-retroviral y de los profesionales de salud hasta factores socioculturales diversos.

En América Latina y el Caribe es urgente la implementación de las directivas de la Asamblea de Ministros de Salud de la región y de la Cumbre Iberoamericana de Panamá, recientemente realizadas, en las cuales los Estados y los gobiernos se comprometieron a implementar condiciones adecuadas de tratamiento integral y acceso universal y gratuito a los anti-retrovirales. De acuerdo a la progresiva implementación del acceso universal y gratuito, los países deberán garantizar la sustentabilidad de la provisión así como los mecanismos para un permanente y ético control de calidad de los productos suministrados.

Bajo esta perspectiva es imperativo encontrar alternativas que reduzcan las disparidades de precios observados en la región buscando su reducción; en este sentido, se deberán unir esfuerzos involucrando a las diversas redes regionales formadas por las personas que viven con VIH/SIDA y a las organizaciones civiles con trabajo en VIH/SIDA, así como a los gobiernos, las agencias internacionales y la industria farmacéutica, con vistas al inmediato alcance de la igualdad para el acceso universal y gratuito de dichos tratamientos.

Por lo anterior es de suma importancia la realización de estudios y análisis relativos a costo-efectividad del acceso universal y gratuito para las terapias anti-VIH, así como de estudios multidisciplinarios para el diagnóstico de no adherencia y propuestas de intervención. Asimismo,

las acciones y medidas que urgen deberán programarse, implementarse, ejecutarse y evaluarse teniendo como eje transversal los principios de la ética y los derechos humanos.

El libre acceso a los tratamientos contra el VIH y SIDA, que incluye los fármacos anti-retrovirales, y por supuesto la atención integral de las personas que viven con el virus o ya han desarrollado SIDA, no sólo es la garantía del derecho que ampara el bienestar y la calidad de vida de las personas directamente afectadas, sino que incluye el conjunto de elementos que permiten apostar por la construcción progresiva de una sociedad más justa y equitativa, así como por el desarrollo económico y social, en la medida que favorece el pleno aprovechamiento de las potencialidades de las personas que viven con VIH/SIDA.

Por ello, es menester que el conjunto de actores vinculados a la toma de decisiones económicas y políticas incorporen a su accionar una visión realista de las dimensiones y amenazas de la epidemia. Esto permitirá, eventualmente, no ya su concientización, sino la garantía de implementación de respuestas a mediano y largo plazo para reducir el impacto social y económico del VIH/SIDA.

El acceso universal, con las múltiples variables de optimización que se requieren, no sólo es una necesidad aislada de las personas que viven con el virus, sino también es una respuesta urgente al desarrollo socioeconómico de América Latina y el Caribe, nuestra región.

### **Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: flujos de financiamiento y gasto\***

En el último quinquenio una importante corriente de recursos nacionales e internacionales ha sido movilizada para combatir la epidemia del SIDA. Se estima que en 1996 el financiamiento de programas de SIDA a nivel mundial alcanzó la suma de US\$ 548.5 millones, de los cuales, el 49% fue aportado por los gobiernos, el 19% por agencias de asistencia oficial al desarrollo (AOD), 9% provino del Sistema de Naciones Unidas y 23% del Banco Mundial. Esto significa que más de la mitad de los recursos que en

\* Con base en el capítulo escrito por Ricardo Valladares, Nadia Massún y José Antonio Izazola Licea *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: flujos de financiamiento y gasto*, de esta publicación.

los países fueron asignados a SIDA provenían de fuentes externas. En los países menos desarrollados, el panorama se agudiza: el aporte externo tiene una proporción: en el África Sub-Sahariana de 91%; en el Caribe de 92%; en Asia y el Pacífico de 43%; en América Latina de 33% y en Europa del Este de 21% (1).

¿Cómo son utilizados esos recursos? ¿A qué poblaciones benefician? ¿Cuántos recursos se destinan a las actividades de prevención y cuánto a las de tratamiento? ¿Qué organizaciones intervienen como fuentes financieras y cuáles como proveedores de la atención? ¿Qué insumos se adquieren con esos fondos?

Es muy importante contar con información que respalde la formulación y la evaluación de políticas y estrategias para afrontar el VIH/SIDA. En tal sentido, constituyen un avance las investigaciones en distintos países para estudiar los costos directos e indirectos del SIDA (2), así como para medir la efectividad de diversas estrategias en relación con sus costos (3). Han surgido metodologías para estimar el costo de las estrategias preventivas, para estimar los costos de los servicios médicos para personas con SIDA y para realizar la evaluación económica (mayormente costo-efectividad) de los programas de prevención y tratamiento (4).

La riqueza de este acervo, sin embargo, no se encuentra al alcance de muchos países de ingreso bajo y mediano, y las preguntas que se formulan en torno a la movilización, asignación y distribución de recursos en el combate al VIH/SIDA continúan sin respuesta.

Los estudios parciales de costo y de costo-efectividad trazados para una estrategia o un conjunto de estrategias en particular, generalmente comparan una innovación contra la práctica vigente, o bien comparan un conjunto de intervenciones existentes contra un techo financiero que, según se asume, constituye el nivel social de capacidad o voluntad de pago. A esta práctica corriente del análisis de costo-efectividad con frecuencia se le escapan las fallas de asignación de recursos en la totalidad del programa o del sector. Sin embargo, para muchos países es más importante identificar y corregir las ineficiencias globales en la ubicación de fondos que introducir un nuevo componente tecnológico —por efectivo que parezca— el cual se agregue a la situación insatisfactoria actual (5).

Esta identificación de ineficiencias de asignación puede obtenerse con inventarios generales y completos de los recursos que han sido realmente movilizados y los gastos ejercidos en programas de SIDA. Los resultados de tales inventarios con frecuencia son inesperados, (6) y

proporcionan argumentos eficaces para movilizar a la acción. Esta “novedad” de los resultados se produce porque los actores que asignan recursos solamente ven un recorte de la realidad, el espacio institucional en el que están inmersos. La asignación total (a nivel de país, estado o provincia) depende de las decisiones de muchos actores particulares, y la suma de tales decisiones no siempre conduce a una respuesta sectorial congruente con la naturaleza del problema, con su distribución o con la efectividad relativa de las estrategias implicadas.

Tan importante como el inventario de recursos, el análisis de los flujos –de dónde provienen y hacia dónde van los recursos- revela la estrategia del país frente al SIDA mediante el más definitivo de los discursos: el que indica a qué poblaciones blanco se le financian servicios, qué proveedores reciben los fondos, cuáles son las actividades preventivas y de tratamiento mejor y peor financiadas, así como la distribución territorial de los gastos. El análisis de flujos requiere la especificación de tres componentes: las entidades, los mecanismos y las magnitudes, brevemente descritos a continuación.

- *Las entidades.* Por ser el flujo una relación de intercambio entre entidades, identificar aquellas que participan es un buen punto de partida para definir los flujos. Entre los atributos de las entidades que conviene establecer se cuentan: el nombre o razón social, el sector institucional al que pertenecen (privado, público, externo) y cuál es el papel que juegan en el flujo (fuentes de financiamiento o proveedores de servicios).
- *Los mecanismos.* El mecanismo de transferencia es lo que permite el enlace entre entidades en los roles de fuente y proveedor. El traslado de fondos de una entidad a otra puede corresponder a diferentes reglas. Son ejemplos de mecanismos de traslado de recursos: la asignación presupuestaria (de ministerio de finanzas a ministerio de salud); el pago de prima (de empresas a seguros privados de salud); las cuotas laborales (contribución de hogares al régimen de seguridad social); pago directo (de individuos a farmacias).
- *Las magnitudes.* Es deseable establecer el peso de cada relación de intercambio entre los participantes del flujo, vale decir, la importancia relativa de la relación. Tanto en el análisis

de políticas como en la toma de decisiones, es importante conocer las magnitudes y las proporciones que en el sistema se dirigen desde fuentes diversas hacia proveedores, grupos meta, tipos de servicio y objetos de gasto.

Para la cuantificación y caracterización de flujos de financiamiento y gasto para afrontar el VIH/SIDA se requiere un esfuerzo de acopio de datos orientado a obtener la mayor cantidad de información disponible sobre el uso de recursos, con el más alto nivel de precisión y exactitud posible. En ciertos casos, los datos no están disponibles, existe subregistro o la clasificación es imperfecta. Por esa razón se deben hacer estimaciones dirigidas a completar el marco contable. En tanto no se disponga de cifras, estas estimaciones cubrirán el objetivo de lograr una apreciación lo más completa posible, y a la vez, al divulgarse los resultados, estimularán las fuentes de información para registrar y compartir las informaciones más abiertamente.

La estimación de gastos en SIDA se efectúa aplicando métodos y reglas contables del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, y es relevante conocer su definición, método, pasos y aplicaciones prácticas. Se ha denominado Cuentas Nacionales en VIH/SIDA a la *contabilidad sistemática, periódica y exhaustiva* del nivel y los *flujos de financiamiento y gasto* en salud que, en los subsectores público y privado, se dirigen a la prevención y el tratamiento de personas afectadas por el VIH/SIDA.

- Esta contabilidad debe ser *exhaustiva* por la cobertura de entidades, servicios y gastos financiados; *periódica* en cuanto se registra, integra y analiza con alguna frecuencia, idealmente, anual; *sistemática*, porque desarrolla categorías y estructuras de registro y reporte consistentes en el tiempo y comparables entre países.
- *Los flujos de financiamiento* se refieren a la corriente de recursos que distintas fuentes financieras aportan para la prestación de servicios de salud dirigidos a afrontar el VIH/SIDA, y que ingresan al sistema de salud a través de agentes financieros que los distribuyen entre los proveedores de servicios.
- *Los gastos en VIH/SIDA* comprenden los desembolsos para adquirir o contratar los bienes o servicios requeridos para la prevención y el tratamiento del SIDA, y pueden analizarse en

su distribución por tipo de servicio, grupo de usuario, área geográfica cubierta, tipo de establecimiento y otros.

A fin de que la interpretación de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA favorezca la toma de decisiones y la formulación y evaluación de propuestas de intervención, sus resultados deben articularse en el análisis con indicadores de la situación demográfica, epidemiológica, socioeconómica, de los servicios y las instituciones de salud.

El objetivo inmediato de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA consiste en determinar la magnitud y el flujo de los recursos que dentro de cada país se destinan a la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, así como la distribución de tales fondos entre instituciones públicas y privadas, elementos de gasto, programas y servicios, regiones y usuarios. En síntesis, permiten identificar quién paga, quién se beneficia, en qué proporción, y mediante cuáles mecanismos.

Esta información tiene múltiples aplicaciones. En principio, contribuye a precisar el análisis de la situación actual y a trazar su dinámica en el tiempo; en este caso, los estudios de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA persiguen entre otros fines:

- Dimensionar la respuesta de los sistemas nacionales de salud ante la epidemia del VIH/SIDA, su importancia en las agendas públicas, y el costo que representa la combinación de proveedores, servicios y usuarios que conforman la estrategia de abordaje del VIH/SIDA.
- Establecer un registro cronológico continuo de las decisiones relevantes para afrontar el VIH/SIDA en cada una de las instituciones que conforman el sector salud, de cuyo análisis y evaluación puedan derivarse lecciones para la planificación estratégica y la programación operativa, tanto en el marco institucional como en el ámbito del sector salud.

El análisis de la situación de financiamiento y gasto en VIH/SIDA ayuda a encontrar opciones para aumentar la disponibilidad de recursos orientados a enfrentar la epidemia. Tanto los grupos directamente vinculados a la lucha contra el SIDA, como los actores abocados a la reforma financiera del sector salud, encontrarán que el análisis de los flujos de financiamiento y gasto en SIDA facilitan el esfuerzo creativo de constituir

mecanismos innovadores para elevar la captación de recursos hacia el sector, diversificar las fuentes de financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA, generar incentivos para movilizar recursos desde las fuentes que participan menos; acotar áreas donde puede alcanzarse mayor eficiencia en la asignación de recursos y mayor equidad en su distribución; identificar las necesidades de regulación en las diversas etapas de gestión financiera, de acuerdo con la organización del sistema de atención y el papel de los intermediarios en el manejo de recursos.

La metodología que se propone para estimar el financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA, genéricamente designada Cuentas Nacionales en Salud (CNS), ha sido aplicada en estudios de alcance sectorial en una red de países de América Latina, África y Asia, con el propósito de orientar la reforma del sector salud. Algunos países latinoamericanos han principado a aplicar esta metodología al estudio específico de los gastos y el financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA (7).

La metodología emplea tablas de doble entrada (matrices) para representar el movimiento de recursos entre entidades. Las matrices indican el origen y destino de los recursos, evitando contar más de una vez los gastos realizados.

La estimación del gasto cubre generalmente periodos anuales y reconstruye el flujo financiero desde el origen hasta su utilización final, por tres niveles de agrupación: (i) las *fuentes* de financiamiento; (ii) los *proveedores de servicios*, y (iii) las *funciones de servicio*. Estas dimensiones provienen principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, sin embargo las condiciones varían de país a país, y en cada contexto es necesario realizar una adaptación del contenido de las fuentes de financiamiento, las funciones de atención y los proveedores.

Por otra parte, una de las ventajas que tiene el análisis de problemas de salud en particular, como en el caso de las cuentas en VIH/SIDA, consiste en la posibilidad y conveniencia de analizar la distribución del gasto de acuerdo con los grupos humanos cubiertos, agrupados por características relevantes al análisis del problema de salud. Esto agrega una dimensión sobre el *destino* de los fondos según los grupos beneficiarios de los servicios, la cual es importante, entre otras razones, porque:

- Existen grupos núcleo en los cuales la inversión preventiva tiene mayor efectividad; no obstante, estos grupos son muchas veces desatendidos a cambio de actividades de información,

educación y comunicación a población abierta. La clasificación del gasto por grupos humanos visibiliza las inconsistencias de la asignación en el gasto preventivo.

- Algunas inequidades en la atención se dan a causa de discriminación, ya sea en función de diferencias étnico-raciales, o bien de las preferencias sexuales, la ocupación y el género. Es importante detectar si en la distribución del gasto se presentan sesgos discriminatorios, pues las poblaciones discriminadas, por su misma condición de vulnerabilidad, encierran un potencial epidémico elevado y requieren, comparativamente, de una mayor inversión en prevención y tratamiento.

El Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, en términos amplios, conduce a clasificar a los usuarios de servicios en términos genéricos, socioeconómicos (quintil de ingresos, o de gastos en salud, por ejemplo), demográficos (sexo y grupo de edad) o geográficos (urbano-rural o según la división político-administrativa del país). Para una afección particular como el SIDA es posible una clasificación de usuarios más precisa y cuya lectura es vital para la acción epidemiológica y su reflejo en la programación y los presupuestos.

País	Población en millones	Prevalencia del VIH en adultos	Gasto total en VIH/SIDA (millones US\$)	Gasto en VIH/SIDA per cápita US\$	PNB per cápita US\$
Brasil	161.8	0.7%	\$654.3	\$4.04	\$4,650
Guatemala	12.1	0.4%	\$11.9	\$0.98	\$1,300
Honduras	6.0	1.46%	\$22.1	\$ 3.65	\$ 869
México	97.2	0.6%	\$35.9	\$1.25	\$4,130
Uruguay	3.2	0.3%	\$21.2	\$6.63	\$5,600

## **Planificación Estratégica e investigación en Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: avances en la región latinoamericana y del Caribe\***

El impacto socioeconómico del VIH/SIDA, la movilización y asignación de recursos por parte de los gobiernos y la necesidad de una planificación estratégica coordinada, multisectorial y participativa para articular una respuesta nacional más efectiva ante la epidemia, es de desarrollo relativamente reciente en la región de América Latina y el Caribe.

Los estudios de cuentas nacionales llevados a cabo por la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), con el objetivo principal de analizar la manera en que se utilizan los recursos para VIH/SIDA a nivel nacional en la región y de ese modo producir información relevante para la toma de decisiones, han sido impulsados formalmente en 20 países, a partir de 1999, y constituyen una herramienta clave especialmente para el diseño de políticas públicas. Los estudios de cuentas nacionales y la planificación estratégica están estrechamente relacionados, y comparten al menos dos rasgos: por una parte la respuesta nacional gubernamental a la epidemia, y por otra, maximizar y crear mecanismos estratégicos que amplíen esa respuesta, ordenando el problema a atender según prioridades.

La relación entre planificación estratégica e investigación en cuentas nacionales constituye un buen ejemplo de vinculación entre investigación académica y elaboración de políticas públicas. Los estudios de cuentas nacionales forman una parte fundamental de lo que en planificación estratégica, se identifica como fase de análisis de la respuesta, al ofrecer información fundamentada sobre la manera en que el gobierno está gastando sus recursos y la cantidad de los mismos que destina a salud, y específicamente a VIH/SIDA, lo cual es un indicador de la priorización que establece el gobierno de los problemas de salud pública y de la voluntad política para resolverlos. También permiten evaluar, después del proceso de planificación estratégica, si esta respuesta se ha modificado y en qué sentido, además de proveer de una herramienta del monitoreo de implementación de los planes estratégicos.

\* Con base en el capítulo escrito por el doctor Mario Bronfman y la doctora Cristina Herrera *Planificación Estratégica e investigación en Cuentas Nacionales en VIH/SIDA: avances en la región latinoamericana y del Caribe*, de esta publicación.

El enfoque de planificación estratégica puede aportar a los estudios de cuentas nacionales una forma de ordenar el problema de estudio y de enfocar el análisis, permitiendo evaluar, después del proceso de planificación estratégica, si esta respuesta se ha modificado y en qué sentido.

La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) ha impulsado el desarrollo de los estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA, implementando una metodología estandarizada para aplicar en una serie de proyectos llevados a cabo en 20 diferentes países de la región. Los estudios en cada país fueron diseñados para determinar de manera sistemática los niveles actuales y tendencias de gastos en VIH/SIDA tanto en términos de tipo de financiamiento (atención o prevención) como fuente (pública o privada, local o internacional). Además se distingue entre gastos en salud propiamente dichos y otros gastos sociales como aspectos bioéticos, de derechos humanos, de legislación, de cabildeo, albergues, por mencionar algunos.

El análisis desarrollado por este proyecto identifica aquellos puntos en los que podría hacerse una intervención crítica para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos en salud; la determinación de los niveles actuales de gastos y de fuentes de financiamiento en cada país muestra la manera en que está organizado el sistema de salud, documenta cómo se manejan los recursos en VIH/SIDA y apuntan a la posible necesidad de regulación del gobierno. La descripción de los flujos de fondos destinados a la lucha contra el SIDA también representa una clara evaluación de la respuesta nacional hacia la epidemia. Las estimaciones obtenidas, junto con información de otras fuentes, también proveen información clave para monitorear la adecuación de los programas de VIH/SIDA en curso, tomando en cuenta los sistemas nacionales de salud específicos de cada uno de los países. Además de generar información crítica para los procesos de toma de decisiones encaminadas a alcanzar una asignación efectiva de recursos dirigidos a actividades relacionadas con el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.

El proyecto en América Latina busca fortalecer la capacidad de análisis de esos flujos de recursos e institucionalizar estas estimaciones como una actividad cotidiana. Para estos estudios se trabajó en coordinación con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) y se establecieron contactos con la Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en SIDA (REDPES) para que ésta aproveche y utilice la información generada como insumo en sus misiones de asistencia

técnica a países, de manera de hacer recomendaciones, de reorientación del gasto en VIH/SIDA donde resulte pertinente. Los informes que ya se han publicado son los de Brasil, Guatemala, México y Uruguay; estos estudios permiten observar que las fuentes privadas de financiamiento han ganado progresivamente en importancia, aun cuando la principal fuente siga siendo la gubernamental.

Actualmente, los gastos privados son en su mayor parte canalizados a la compra de medicamentos y atención a personas que viven con VIH/SIDA. Si bien los esfuerzos de prevención han logrado atraer mayores niveles de financiamiento de organizaciones locales e internacionales y los gobiernos reconocen su costo-efectividad, el patrón de gastos del sector público sugiere que las prioridades de los gobiernos son de atención, lo que se refuerza al constatar que la presión social por la provisión de tratamiento anti-retroviral desafía a los esfuerzos de prevención.

Estos estudios sugieren, también, importantes conclusiones con respecto a la relación entre la efectividad de los programas de VIH/SIDA y las características estructurales de los sistemas de salud en los que operan.

Un problema crucial es la poca capacidad de los programas para generar y utilizar la información epidemiológica y por lo tanto una dificultad para jerarquizar prioridades y diseñar intervenciones estratégicas. La toma de decisiones basada en información epidemiológica apunta a que el patrón de propagación del VIH en América Latina es similar al de los países desarrollados: los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los/as usuarios/as de drogas intravenosas y sus parejas.

Cuando las decisiones respecto a la fijación de prioridades ya dieron buenos resultados, nace un nuevo perfil epidemiológico que, a su vez, hace necesario proceder a una nueva evaluación de las prioridades y a un nuevo proceso de selección. Los marcos institucionales y jurídicos de salud establecen los límites dentro de los cuales es posible fijar y poner en práctica las prioridades, a menos que se tenga la intención de una reforma radical.

Los elevados gastos recurrentes de funcionamiento de hospitales y los mecanismos predominantes de pago a proveedores, obedecen a la inercia presupuestaria, basados en el gasto retrospectivo y en el tamaño del hospital. En relación con el VIH/SIDA, el número de camas de hospital se encuentra en descenso en algunos países de la región, debido principalmente a la accesibilidad gratuita que han dado a los esquemas de tratamiento anti-retroviral.

La mayor parte de los trabajos sobre planeación estratégica que se encuentran actualmente en la región, se enfocan más hacia el diseño y ejecución de políticas que hacia la investigación, a excepción de los estudios de cuentas nacionales; que tienen su origen en la investigación aplicada pero intentan establecerse como un sistema continuo de información. Sin embargo, también se orientan claramente al diseño de políticas, pero donde se pueden apreciar progresos en el esfuerzo conjunto por generar conocimiento que permita diseñar mejores políticas y programas. Además de las cuentas nacionales, otro ejemplo de información útil para la toma de decisiones es la generada en los procesos de formulación de planes estratégicos temáticos, que es una estrategia eficaz para impulsar actividades de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con poblaciones prioritarias y marginalizadas y el mapeo político. El reto consiste en incorporarlos a los planes nacionales y obtener el financiamiento necesario.

Pero aún existen importantes preocupaciones sobre la manera efectiva de implementar los planes estratégicos para que los programas de VIH/SIDA den una respuesta más acorde a las necesidades reales de la población. En el contexto de las reformas al sector salud en nuestra región esto implica necesariamente tomar en cuenta las diferencias entre sistemas centralizados o descentralizados, la participación social, el papel del sector privado y las características básicas de los sistemas de salud, identificando acuerdos e inconsistencias entre éstos y los programas de VIH/SIDA. Hace falta también fortalecer los esfuerzos tendientes a la institucionalización de las estimaciones de costos, para que bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias nacionales o bien de los propios programas nacionales de SIDA, se desarrollen las estimaciones de cuentas nacionales de VIH/SIDA en forma periódica y sistematizada, a efecto de que toda esta información sea utilizada para el proceso de elaboración de políticas públicas en el tema.

Un vacío que persiste es la carencia de un marco analítico y metodológico para evaluar el desempeño de los programas de VIH/SIDA en la región, excepto en lo que se refiere a indicadores generales sobre el grado de prevalencia e incidencia de la epidemia, que de alguna manera permiten acercarse a una medición de resultados. Muchos países de la región no cuentan todavía con bases de información suficientes para lograrlo. Por otra parte, los gastos fuera del sector no están contemplados en los procesos de estimación, por lo que la información es parcial. Es necesario seguir un modelo sistematizado de contabilización de gastos

dirigidos específicamente a la prevención, control y atención del VIH/SIDA de las diferentes secciones de la sociedad

Existe otro vacío de información en la identificación y reconocimiento de los grupos de alto riesgo que impide focalizar mejor los programas. La complejidad de los programas focalizados es mucho mayor que la de los de la población general y la capacidad para diseñarlos y ejecutarlos es débil en muchos países de la región. Por otra parte, cuando la demanda de servicios se encuentra con una infraestructura rígida e ineficiente, que ofrece mala calidad en la atención, la tendencia se dirige al incremento de proveedores de servicios voluntaristas y de organizaciones no gubernamentales para proveer la atención a los servicios públicamente financiados.

El acceso a los anti-retrovirales ya se vislumbra como uno de los problemas de mayor complejidad para los sistemas de salud debido a su alto costo, pero al mismo tiempo por permitir una mayor sobrevivencia y mejora considerable en la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA. En la región, con una mayoría de países con ingreso medio, la adquisición y abasto de estos fármacos se puede tornar como un asunto de importancia para las finanzas del área de salud en nuestros países. En todo momento es conveniente tener registros de los procesos de acceso a estos medicamentos con el fin de poder detectar errores o evitarlos en el futuro, y tener en cuenta que cualquier política de provisión de anti-retrovirales no podrá ser exitosa a largo plazo si no se acompaña de un incremento en las acciones preventivas.

Es evidente que los estudios de cuentas nacionales son una herramienta fundamental, que indica cómo se están ocupando los recursos existentes en un país, permitiendo evaluar, señalar ineficiencias y sugerir formas mejores de asignar recursos en SIDA, por lo cual una de las tareas fundamentales en el futuro es continuar avanzando en el esfuerzo de utilizar la información generada por estas investigaciones como insumo en la persuasión de los tomadores de decisiones acerca de mejores maneras de reorientar el gasto, y las acciones en la lucha contra el VIH/SIDA.

## Referencias

1. UNAIDS/WHO. Level and flow of national and international resources for the response to HIV/AIDS, 1996-1997. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organisation (WHO), Geneva, 1999.
2. Entre otros, Soderlund N *et al.* (1993) The cost of HIV prevention strategies in developing countries. Bulletin of WHO, 71 (5): 595-604. Over M and Kutzin J. The Direct and Indirect Costs of HIV Infection: Two African Case Studies. Postgraduate Doctor Middle East 1990; Scitovsky A and Rice D. Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986 and 1991. Public Health Rep 1987; 102:5-17. Galia S *et al.* The Epidemiologic, Social and Economic Impact of HIV/AIDS in three Central American Countries: A Country-specific and Regional Analysis. XI International Conference on AIDS, Yokohama 1994.
3. Por ejemplo, Gilson L *et al.* Cost-effectiveness analysis of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. Lancet, 1997; 350(27):1805-1810. Foster S and Buve A. Benefits of HIV screening of blood transfusions in Zambia. Lancet; 346:225-7. Kahn J. The cost-effectiveness of HIV prevention targeting: how much bang for the buck? American Journal of Public Health; 86 (12):1709-12.
4. Algunas de estas metodologías se incluyen en la página de “Best Practices” de ONUSIDA, en relación con el Análisis de la eficacia en función del costo y VIH/SIDA (actualizada a agosto de 1998). Entre ellas, Kumaranayake *et al* (1998) Costing Guidelines for HIV/AIDS prevention strategies. Programa de Economía y Financiación de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Scitowsky A and Over M (1998) AIDS: cost of care in the developed and developing world. AIDS; 2(suppl 1):S71-S81. Holtgrave DR *et al* (1996). Economic evaluation of HIV prevention programs. Annual Review of Public Health; 17:467-88. Simpson KN (1995) Design and assessment of cost-effectiveness studies in AIDS populations. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology. 10 (suppl 4): 528-532.
5. Murray, JL Evans DB, Acharya A and Baltussen RBPM. Development of WHO Guidelines on Generalised Cost-Effectiveness Analysis.

6. Esta impresión han causado, por ejemplo, los informes de los estudios de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA de Brasil, México, Guatemala y Uruguay, en sus respectivas audiencias nacionales y en foros internacionales. Pueden descargarse como pdf en el sitio de SIDALAC en Internet: <http://www.sidalac.org.mx>.
7. Se ha completado una primera estimación en Uruguay, México, Brasil, Honduras y Guatemala; está en proceso en República Dominicana y Perú. En los próximos meses iniciará en otros países de la región latinoamericana y del Caribe para totalizar veinte países en 2002.



PREVENCIÓN DE LA  
TRANSMISIÓN DEL VIH



*Revisión conceptual y colección de  
intervenciones eficaces en América  
Latina y el Caribe*



# 1. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH/SIDA

*Raquel Child Goldberg\**

## **Introducción**

La Transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana ha costado muchas vidas, millones de personas han fallecido producto del SIDA y otros millones se ven afectadas por las consecuencias de la enfermedad biológica, psicológica y social que éste virus provoca.

El tema de este capítulo, transmisión materno-fetal del VIH, trata de un ámbito del problema que muestra estos resultados de manera paradigmática, toca al grupo humano más especialmente vulnerable y sensible y se constituye también en una de las expresiones del problema del VIH/SIDA, expresión que por otra parte nos abre a la diversidad y complejidad que el problema contiene.

Es así que, al analizar las características y las respuestas a esta forma de transmisión del VIH, nos encontramos con la grandeza del ser humano, buscando las mejores formas de proteger a los seres más vulnerables de la sociedad, el producto del mayor acto de amor que desarrollamos, nuestros hijos, los de la humanidad; pero nos encontramos también con las peores y más contradictorias construcciones que como humanidad hemos desarrollado, con las brutales diferencias e inequidades que hemos generado en el transcurso de nuestro devenir histórico; las inequidades de género que están en la base y sustentando la vulnerabilidad de la mujer al VIH y la consecuente probabilidad de transmisión del VIH a su descendencia; las inequidades en el acceso a soluciones que son

\* Fue directora de la Comisión Nacional contra el SIDA en Chile hasta el 2000. Fue la primera Secretaria Técnica del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) 1995-1996. Actualmente es Directora de Relaciones Externas del Ministerio de Salud de Chile.

también gigantescas y dependen de pertenecer al sur o al norte, de la riqueza y la pobreza, de la pertenencia a sistemas sociales solidarios o individualistas, del acceso a la información y educación, del color de la piel y los orígenes étnicos; ellas han dificultado, al igual que en los aspectos de género, las posibilidades de resolver un tema esencial para la humanidad, el que es expresado permanentemente en los discursos pero escasamente en la práctica. Cada una de estas variables son mostradas por el VIH/SIDA con especial crudeza en el tema de la transmisión vertical. Ellas se ven aún más relevadas cuando ya nos encontramos viviendo con VIH, la discriminación por el solo hecho de estar directamente afectada por el problema es demasiado conocida.

El peso de ser mujer y vivir con VIH, la posibilidad de transmitir el virus a la descendencia, la culpa asociada a todo ello, la mirada tradicional del cuerpo de la mujer como objeto de intervención para salvar a su hija/o se constituyen en el escenario sobre el cual la prevención de la transmisión del VIH debe desarrollarse. El embarazo compromete a toda la comunidad en la que la mujer se desarrolla.

La investigación dedicada al tema que nos convoca es significativa, la búsqueda de tratamiento farmacológico y de medidas resolutivas desde la experiencia biomédica son notables, los aportes de dichas tecnologías son gigantescos; sin embargo la investigación y la búsqueda de soluciones en ámbitos que implican la afectividad, la sexualidad, la reconstrucción de la cultura y de normas sociales que están en la base del problema se ha visto limitada, dificultando los logros que en este tema tan urgentemente requerimos.

Conocemos hoy en día que cientos de miles de mujeres se infectan diariamente, que de los hijos que ellas engendren, el 30% adquirirá el virus de no mediar intervención terapéutica, que contamos con intervenciones que disminuyen esta cifra de transmisión en prácticamente un 90%, que la evolución natural de la infección VIH en los niños conduce a la enfermedad y la muerte, que la implementación de estas medidas terapéuticas requiere condiciones estructurales y culturales para lograrlas y que las decisiones políticas para ello están frecuentemente ausentes. En los países desarrollados se toman decisiones terapéuticas impulsadas por los avances científicos y tecnológicos, sin necesidad de contar con el apoyo político explícito; los países del sur requerimos la decisión política expresada en financiamiento y en cambios en los sistemas de atención para incorporar nuevas soluciones a los problemas de salud, hecho que retarda

y dificulta las respuestas a problemas sociales de envergadura como es el caso que analizamos.

En este capítulo revisaremos los avances en el conocimiento y la práctica y las dificultades encontradas para responder a la transmisión vertical del VIH, con especial foco en la situación de nuestro continente americano donde la epidemia del VIH continúa incrementándose en la población femenina heterosexual.

ONUSIDA comunica que existe en América Latina y El Caribe una epidemia diversa, de mayor magnitud en América Central y El Caribe que afecta a mujeres. En América del Sur la epidemia tiene un patrón de extensión focalizada en grupos con conductas de riesgo, con tendencia a la estabilización en las cifras de seroprevalencia.

En el mundo, se estima que 2.4 millones de mujeres que viven con VIH por año tienen hijos, un tercio de ellos se infectará al nacer, lo que hace que nazcan diariamente alrededor de 1,600 niños infectados. Ya sabemos que en el mundo hay 1.5 millones de niños infectados y que han fallecido desde el inicio de la epidemia 3.8 millones. El mundo se ve también afectado por el impacto demográfico que esta situación genera, la mortalidad en menores de cinco años en África se verá triplicada para el año 2010 (1).

El problema es sensible a medidas de salud públicas e intervenciones biomédicas conocidas, el más sensible en el amplio problema del VIH/SIDA, por lo que tenemos un imperativo ético, científico y político de cambiar el curso de este componente de la epidemia a la brevedad.

## **Qué sabemos en la actualidad**

Los factores que inciden en la transmisión perinatal del VIH han sido progresivamente descritos desde los inicios de la pandemia, pero no ha ocurrido así con los mecanismos de transmisión del virus, los cuales aún son desconocidos. Los antecedentes con que contamos a la fecha nos señalan que:

- La carga viral VIH plasmática que la mujer presenta durante el embarazo, el parto o la lactancia y las circunstancias facilitadoras del paso del virus desde la madre al niño son factores que inciden en la transmisión perinatal del VIH.

- Entre las circunstancias facilitadoras de la transmisión independientes de la magnitud de la carga viral materna encontramos que factores del embarazo y el parto tales como la ruptura de membranas de más de cuatro horas y el parto por vía vaginal presentan riesgo elevado. La ruptura de membranas de más de cuatro horas en relación al parto presenta una tasa de transmisión de 25%, la que prácticamente dobla el riesgo encontrado cuando la ruptura ha ocurrido con menos de cuatro horas (2); el parto por cesárea disminuye la transmisión en un 50% en mujeres que tomaban ZDV en comparación con aquellas que tuvieron parto vaginal (3).

- La última Conferencia Internacional de SIDA demostró significativos avances en la comprensión de los determinantes de la transmisión viral, los que deberían expresarse en el mediano plazo en medidas prácticas de intervención.

Así, en relación con la situación del parto, el equipo del Dr. Chauchoowong en Tailandia demostró que la concentración de DNA viral en las secreciones naso/orales de los recién nacidos y la concentración de RNA viral en las secreciones cervicovaginales de la madre tienen una correlación con la transmisión del VIH mayor que la observada con la CV plasmática de la madre (4). Otro trabajo, desarrollado en Kenya por el Dr. Mwanyumba, ganador del premio al investigador joven de la Conferencia, demostró que la transmisión intraparto está relacionada de manera independiente con la CV plasmática de la madre, la CV en las secreciones cervicovaginales y el ADN-VIH en las secreciones orofaríngeas del niño (5).

- Conocemos factores protectores de la transmisión, como el uso de fármacos anti-retrovirales, que en el esquema propuesto por el Protocolo ACTG 076/ANRS 024 disminuye la transmisión en dos terceras partes (6).

- Basándose en antecedentes que señalaban que la vía del parto era influyente en las tasas de transmisión, en Europa se implementó, al igual que en otras regiones del mundo, la oferta sistemática de una intervención cesárea como vía de parto a todas las mujeres embarazadas que vivían con VIH; la asociación de terapia anti-retroviral en esquemas diversos que incluyen el protocolo 076, terapias dobles, triples y cuádruples y una tasa de cesárea de 66% demostró un descenso en las tasas de transmisión vertical desde el 16 al 7% (7).

- La lactancia natural constituye un factor de riesgo adicional al embarazo y al parto. Se ha aislado virus VIH en la parte líquida de la leche, en la fracción celular del calostro y en los histiocitos de la leche (8).

Leroy demostró en una revisión internacional que el riesgo de transmisión posnatal más allá de los tres meses de edad del niño/a era de 3.2 por 100 años-niño amamantado (9). Un metanálisis reciente demostró que la transmisión posnatal tardía de VIH varió entre 2.5% luego de 12 meses de lactancia materna y 9.2% luego de 36 meses del mismo tipo de lactancia, confirmando el significado negativo de la lactancia materna prolongada (10). Por otra parte, Miotti en Malawi estimó el riesgo de transmisión posnatal en niños y niñas de entre 2 y 23 meses de edad, en un 10.3% (11), cifra que se acerca a la históricamente conocida de un 14% (12,13).

Los factores que intervienen en la transmisión por lactancia materna conocidos a la fecha son la infección de la mujer durante el embarazo o el período de lactancia y la etapa avanzada de la enfermedad (14), ambas condiciones presentando elevadas cargas virales plasmáticas. Así mismo, los procesos inflamatorios mamarios tales como mastitis y abscesos o fisuras del pezón aumentan el riesgo de transmisión del VIH (8,12).

La lactancia mixta, práctica culturalmente de amplia aceptación, ha demostrado ser de mayor riesgo que la lactancia materna exclusiva, en resultados preliminares. Coutoudis viene demostrando en el seguimiento de una cohorte prospectiva en Durbán, que esto sucede a diferentes edades del lactante, y que a los 15 meses de observación dichas diferencias son significativas, con tasas de transmisión de VIH de 24.7 % en niños alimentados con lactancia materna exclusiva, 19.4 % con alimentación artificial y 35.0 % en niños que recibieron alimentación mixta. Complementariamente, dicho estudio mostró que sólo el 26% de las mujeres que eligieron lactancia natural exclusiva lo cumplieron (15).

Nduati demostró en la cohorte keniana de seguimiento de la transmisión vertical, que la mortalidad acumulada a dos años, observada en los niños amamantados era de 24.4%, y ésta era de 22% en aquellos alimentados artificialmente; dichos datos corresponden a esta cohorte que consideró de manera especial la educación en la preparación de alimentos y la entrega gratuita de un alimento lácteo estándar a las mujeres que alimentaron artificialmente a sus hijos/as. En la misma cohorte se demostró que el exceso de transmisión de VIH por lactancia materna fue de 16.2%, a los 24 meses de seguimiento (16).

- El riesgo de transmisión del VIH/SIDA es mayor en los países así llamados subdesarrollados que en los industrializados, y de acuer-

do a cifras históricas, en los primeros es de 1/3-4 hijos de mujeres VIH y de 1/5 en los segundos (17).

- La introducción de drogas anti-retrovirales durante el embarazo ha disminuido aún más dichas cifras en beneficio de recién nacidos sanos, siendo la utilización del protocolo ACTG076/ANRS 024(6) el que ha logrado disminuir la transmisión a menos del 3 %; y debido a que es utilizado masivamente —58% de las mujeres embarazadas en EUA— se ha reducido la incidencia de SIDA pediátrico en un 74% (19). Este protocolo indica zidovudina durante el embarazo, parto y período de recién nacido

Este 3% de transmisión que aún persiste a pesar del uso de ARV ha sido investigado, buscando los riesgos de transmisión del VIH cuando la madre y el niño han recibido AZT, demostrándose en 480 mujeres y sus hijos que los niveles plasmáticos de ARN VIH-1 en el momento de inicio del control de salud materno y en el momento del parto son el mejor predictor de transmisibilidad; no se encontró transmisión ya sea en las 84 mujeres que tenían niveles de carga viral indetectable al inicio del estudio o en las 107 que lo tenían al momento del parto (20).

Esta afirmación ha confirmado la importancia de la búsqueda de soluciones que disminuyan la carga viral plasmática en las mujeres embarazadas. Por lo tanto, contamos hoy en día con resultados de diferentes protocolos, que utilizando diversos ARV y en diferentes esquemas, nos entregan alternativas que pueden permitir la eliminación de esta forma de transmisión del VIH en el mediano plazo. Los de mayor significación son:

1. El uso de terapias de alta efectividad durante el embarazo, basadas en inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos y no-nucleósidos, e inhibidores de las proteasas, ha disminuido la tasas de transmisión a cifras menores del 3%, (18, 19) habiéndose establecido también que los logros de las terapias de alta efectividad con cargas virales bajas o indetectables, conducen a la ausencia de transmisión perinatal (19, 21).

2. La complejidad que implica la aplicación del Protocolo ACTG 076/ANRS 024 para los sistemas de salud y para las usuarias, el alto costo que él significa y la dificultad para una adherencia apropiada por parte de los diversos actores involucrados en el proceso, ha motivado el estudio de terapias de corta duración (22, 23).

**Los protocolos presentados en la XIII Conferencia Internacional de SIDA (2000) muestran los siguientes resultados (24)**

Intervención ESTUDIO	Embarazo	Parto	Posparto Madre	Hijo/a Lactancia	Tasa de transmisión	
HIV NET 012 (25) n=626	—	NVP 1 comp, 200 mg ZDV	—	NVP 2 mg/kg- 3 días ZDV 4 mg/kg, 2 v/día, 7 días	100 %	a 12 meses 13.6% 22.1%
SAINT (26) n= 528	—	NVP ZDV+LAM	NVP 1comp ZVD+LAM 7 días	NVP 2 mg/kg ZVD+LAM 7 días	39 % 40%	a 6 semanas 13.3 % 10.2 %
AI 455-094 (27) n = 204	34-36 semanas - ddi - d4T - ddi+d4T - ZVD	-ddi - d4T -ddi+d4T -ZVD	—	6 semanas -ddi -d4T -ddi+d4T -ZVD	—	a 6 semanas 1.9 % 4.2 % 2.0 % 6.0 %
ANRS 049 Ditrame + Retroci (28) n = 641	34-36 semanas ZVD Placebo	ZVD Placebo	ZVD 7 días	—	100 %	a 24 meses 21.0 % 30.3 %
Tailandia (29) n = 1.500	- ZVD 28 semanas - ZVD 35 semanas -ZVD 28 semanas - ZVD 35 semanas	ZVD ZVD ZVD ZVD	—	ZVD 6 semanas ZVD 3 días ZVD 3 días ZVD 6 semanas	—	6.5 % 10.5 % 4.7 % 8.6 %
PETRA (30) n = 1457	36 semanas ZVD+LAM Placebo	ZVD +LAM ZVD+LAM ZVD+LAM Placebo	1 semana ZVD+LAM ZVD+LAM —	1 semana ZVD+LAM ZVD+LAM —	70 %	a 18 meses 20.7 % 24.4 % 25.7 % 26.6 %

Los estudios aquí presentados muestran la diversidad de alternativas que se investigan, resultados a corto y a largo plazo de observación.

Destaca los resultados de HIVNET 012, que presenta una tasa de transmisión de 13.6 % al año de observación, con el uso de una dosis única de Nevirapina durante el parto y al recién nacido, cifra que prácticamente dobla el 22.1 % obtenido con una dosis única de ZVD; este protocolo destaca también por el efecto al año de observación obtenido en niños que recibieron lactancia materna. Por otra parte, el protocolo tailandés muestra que el uso de ZDV en esquema corto durante el embarazo presenta un menor impacto que utilizado en períodos más prolongados, 35 vs 28 semanas de gestación, confirmando la existencia de transmisión viral durante el embarazo, que es susceptible de prevenir con esta intervención farmacológica y sugiere la etapa de mayor transmisibilidad durante el embarazo. Este estudio muestra también que la profilaxis al recién nacido por más de tres días no tiene impacto preventivo.

El análisis de la eficacia a corto plazo —6 semanas a 3 meses— de estos esquemas profilácticos, demuestra en el protocolo SAINT una transmisión baja y equivalente entre los dos brazos de la investigación NVP y AZT+LAM intraparto. El protocolo AI 455-094, que evalúa nuevas moléculas ARV en este ámbito de profilaxis, muestra una elevada eficacia y no mostró efectos secundarios en la mujer ni los niño/as.

El análisis de la eficacia a largo plazo muestra en los restantes protocolos presentados que los esquemas utilizados son de impacto, el AZT a dos años en ANRS 049, o como ya se dijo, NVP en HIVNET 12 que se muestra de altísima eficacia, notablemente superior al AZT. Por el contrario, el estudio PETRA con el corte de observación a los 18 meses nos señala resultados equivalentes de baja magnitud entre los tres esquemas utilizados de AZT+LAM. Estos son por otra parte similares a AZT en ANRS 049. Ello implica que la lactancia materna es un factor de riesgo a pesar del uso de estos ARV. Ningún protocolo ha demostrado ineficacia del brazo terapéutico en relación al placebo en la observación a largo plazo, a pesar de los peores resultados cuando hay lactancia materna en comparación con la lactancia artificial.

En cuanto a complicaciones observadas en estos protocolos, ha destacado la mutación viral 103N encontrada en el 30% de usuarias de NVP en el protocolo HIVNET 012. La reversión a un fenotipo original se observó en el 86% de ellas luego de 18 meses posparto. La transmisión de dicha cepa mutada a los hijos fue inconstante y no se asoció a una deter-

minada evolución de la enfermedad VIH (31). No han sido comunicadas otras complicaciones de importancia observadas en los protocolos clínicos, salvo una comunicación francesa (32) que describe un cuadro neurológico asociado a disfunción mitocondrial por AZT; sin embargo dichos hallazgos no han sido confirmados en estudios dirigidos (33, 34). La tolerancia y la seguridad a corto plazo han sido demostradas en todos los ensayos clínicos controlados (35).

El impacto de estos protocolos en la salud de la mujer ha sido investigado, aunque con escasa relevancia en el marco global de las Conferencias de SIDA.

En algunas regiones del mundo, tal como en EUA, existe evidencia que la mujer disminuye su control de salud con posterioridad al parto, aunque mantiene la adherencia a los controles del hijo/a, ocurriendo una situación similar con su adherencia a los fármacos ARV (36).

Un tema especialmente poco tocado es el referido a la situación de la mujer y la indicación de uso de terapia farmacológica anti-retroviral post parto; esta ausencia posee implicaciones para la mujer como ser humano único y en la construcción de una sociedad humanizada y equitativa, pero también tiene consecuencias también si sólo mantenemos la preocupación por los hijos/as: bien sabemos que los roles de género nos muestran que dicho cuidado es prioritaria y masivamente efectuado por las mujeres. Se hace referencia al futuro terapéutico de las mujeres cuando se describe la aparición de cepas virales resistentes luego de la profilaxis ARV, situación que se ha visto claramente explicitada con el uso de la Nevirapina; la información actual señala que dicha resistencia desaparece a los 18 meses posparto, lo que eliminaría el riesgo de bloqueo a una buena alternativa terapéutica para las madres; dado que también sabemos que el virus mutante puede permanecer en las personas aún en muy pequeñas cantidades, algún riesgo de magnitud desconocida se mantiene (37).

La suspensión de la lactancia materna es una fuente potencial de complicaciones mamarias, sino es apropiadamente regulada con fármacos e indicaciones generales que limiten la producción láctea.

Finalmente, se ha descrito desde un ensayo clínico que el riesgo de morir en los dos primeros años post parto era mayor en las mujeres que aleatoriamente estaban asignadas a un grupo que daba lactancia natural a sus hijos/as, en comparación con aquellas que alimentaban con leche artificial (37).

La aplicación de los protocolos profilácticos requieren de la aceptación y la adherencia por parte de las mujeres involucradas. Esta aceptación podrá ocurrir si se fundamenta, desde la perspectiva de la salud pública, en medidas que cubren al menos cuatro ámbitos: estrategias de información y educación con la población, consejería y consentimiento informado en torno a la realización del examen de detección del VIH, la realización del examen propiamente como tal y el acceso a atención pre y posnatal, que incluye la disponibilidad de profilaxis anti-retroviral y lactancia artificial además de los tres ámbitos anteriores.

La investigación internacional publicada muestra un menor interés en estos aspectos de la prevención de la transmisión vertical que en los que consideran productos comerciales.

En la reciente XIII Conferencia Internacional de SIDA de Durbán escasos trabajos trataron el tema de la información que disponían las mujeres embarazadas para tomar decisiones en torno a conductas preventivas; de los trabajos incluidos, en Río de Janeiro, en un Centro de Detección y Consejería se entrevistó a 100 mujeres embarazadas previo al desarrollo de la consejería; el 73% conocía la existencia del examen de detección del VIH, sin embargo el 69% no sabía la utilidad en su situación personal, a pesar de expresar la importancia de que toda mujer embarazada debía conocer su estado de seropositividad VIH y que el examen debería ser obligatorio (38). En EUA un estudio mostró que de 204 mujeres que vivían con VIH entrevistadas, el 36% no conocía el efecto del AZT en la prevención de la transmisión perinatal, encontrándose también en el análisis una relación positiva entre el conocimiento del efecto del AZT y la decisión de tomarlo durante el embarazo (39).

Por otra parte, existiendo consejería, se muestra que su impacto en la toma del examen y la decisión terapéutica es diversa y a veces limitada; un programa de salud en el estado de Sao Paulo ofreció consejería y examen VIH gratuito a las mujeres embarazadas que concurrían a los consultorios de su responsabilidad; de 17,589 mujeres atendidas, sólo el 62.3% aceptó el examen, siendo la tasa de infección VIH entre ellas de 0.76% (40).

En Botswana se desarrolló un proyecto piloto de Prevención de la Transmisión Vertical, en el que se atendieron a 4,197 mujeres embarazadas ofreciéndoles consejería y examen VIH, AZT según el protocolo tailandés y alimentación láctea gratuita por 6 meses; el 46% de las mujeres atendidas se efectuó el examen VIH, encontrándose una tasa de

seropositividad de 41%; sólo el 56% de ellas recibió AZT, pero sí lo recibió el 92 % de los recién nacidos; el 67% escogió dar alimentación artificial (41). Aparece el tema del temor a la discriminación, la estigmatización y aún la violencia al interior de la pareja como un elemento decisivo en los limitados resultados de estas intervenciones, las que no han considerado variables de género ni otras socioculturales que están en la vida de las personas y las comunidades; este mismo tipo de variables explicarían la diversidad de resultados encontrados en diferentes países del continente africano por ejemplo (17).

Por otra parte, criterios de salud pública tradicionales como el testeo masivo a una población, ha sido aplicado en la prevención de la transmisión vertical del VIH /SIDA; la Asociación Médica Americana y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos normaron para sus asociados la obligatoriedad de efectuar el examen VIH a todas las mujeres embarazadas; sin embargo en el mes de diciembre de 2000, la primera de ellas ha reconsiderado dicha norma en la perspectiva de hacerlo voluntario, a diferencia del Colegio de Obstetras y Ginecólogos que solicita mantener la obligatoriedad (42).

De las restantes medidas de salud pública enunciadas en párrafos anteriores, podemos decir que la información señala que se implementan con dificultad, aunque el análisis crítico efectuado representa un avance en sí mismo. El Ministerio de Salud de Brasil (43) comunica su experiencia de implementación de un programa integral de prevención de la transmisión vertical del VIH, de cobertura nacional; la cobertura lograda de AZT intraparto se ha ido incrementando anualmente, aunque es aún baja, habiendo sido de 19.5% en 1998 y no habiendo observado impacto en la incidencia de SIDA pediátrico; las principales dificultades a las que hacen referencia se encuentran en el acceso y la calidad de la atención prenatal, los costos elevados de los test diagnósticos y el insuficiente desarrollo de programas de atención de salud integrales. Perú comunica también su experiencia en la que destaca el incremento en la cobertura de detección VIH, la que se elevó de un 2% a un 49% luego de la implementación de un programa de prevención integral, programa que también ha logrado una cobertura de profilaxis ARV de un 42 % en el mismo año 1998; una de las limitantes señaladas por el Ministerio de Salud peruano es la cobertura de atención hospitalaria del parto que es del 50% de la población embarazada, existiendo también dificultades en el control de salud prenatal (44).

La baja cobertura de control prenatal puede ser superada con la disponibilidad de test rápidos (45) utilizados al ingreso de las mujeres a la atención del parto, asociados a la disponibilidad de fármacos utilizables en esquema corto, tal como la NVP o la ZDV + LAM, estrategia que está siendo evaluada en el estudio SAINT en Sud Africa.

Los análisis de costo efectividad de las medidas antes señaladas muestran resultados siempre favorables: en Canadá la aplicación del protocolo profiláctico amplió evitó la existencia de 213 casos de transmisión vertical, de 124 casos de SIDA pediátrico y de 40 fallecimientos; el costo de la prevención fue de US\$ 131 millones vs 189 que se habrían dedicado a la atención de los casos de transmisión vertical evitados (46). En República Dominicana un protocolo preventivo que incluye detección VIH, NVP, cesárea y seis meses de alimentación artificial evita la muerte de 468 niños y presenta un indicador altamente positivo, de 1.63, de acuerdo a lo señalado por los autores (47).

### **Qué queremos conocer**

Las preguntas que quedan por responder en los ámbitos del conocimiento científico son amplias y profundas; las correspondientes para tomar decisiones en el ámbito de la salud son también muchas, aunque de más fácil y rápida respuesta pero más difícil implementación.

La reunión de Consulta Técnica de OMS, sostenida en Octubre de 2000 (35) planteó seis ámbitos de conocimiento que deberían ser respondidos con una diversidad de investigaciones. Estos se refieren a:

1. Tipo, duración y eficacia de regímenes profilácticos anti-retrovirales, con énfasis en la eficacia a largo plazo y la inocuidad de los ARV, la eficacia de regímenes combinación de drogas y de drogas aún no evaluadas en la prevención de la transmisión perinatal.
2. Resistencia a los ARV, ya sea genotípica y fenotípica; ello, en relación con el momento de su aparición y su evolución, su significado clínico para la evolución de la enfermedad VIH en la mujer y el hijo/a y para el tratamiento futuro de ambos; el riesgo de transmisión de las cepas resistentes en

- embarazos subsecuentes y el riesgo de transmisión por relaciones sexuales no protegidas; desarrollo de programas de vigilancia de aparición de resistencia virales.
3. Riesgos y beneficios de diferentes patrones de alimentación infantil en la transmisión del VIH y en el espaciamiento de los embarazos.
  4. Reducción de la transmisión durante la lactancia natural, analizando intervenciones farmacológicas en la madre y el hijo/a, así como en intervenciones inmunológicas activas o pasivas. También se plantea la búsqueda de las mejores intervenciones para desarrollar un período de transición entre la lactancia natural y la artificial del menor impacto nutricional y psicológico en la mujer y el hijo/a.
  5. Estandarización de la metodología para la investigación en alimentación del niño/a y VIH, lo que incluye definiciones comunes y guías para recoger y analizar la información obtenida.
  6. Investigación asociada a la implementación, monitoreo y evaluación, con énfasis en consejería asociada al examen, impacto de la recomendación de alimentación artificial en las prácticas de lactancia natural de diversas comunidades, determinación de formas de promover el compromiso familiar y comunitario para la aceptación y apoyo a diversas opciones de alimentación infantil; señalan también, aunque con menor relevancia, desarrollar métodos alternativos de diagnóstico pediátrico, la aceptabilidad y eficacia de la consejería, detección del VIH y tratamiento profiláctico intraparto, como las barreras a la adherencia a los anti-retrovirales.

No podemos estar en desacuerdo con las preguntas y necesidades de investigación colocadas por el panel de expertos participantes en esta consulta de OMS; sin embargo creemos que no son todas las que deberían estar para responder global e integralmente todos y cada uno de los países a este problema de VIH/SIDA, nuestro continente queda con respuestas insuficientes o no aplicables solo con este esquema.

Efectuando una ampliación a dicha declaración, algunas áreas que deben ser investigadas y entregar respuestas pensamos que son:

1. Los momentos de la transmisión del VIH y los mecanismos involucrados en dicha transmisión, temas del ámbito de la investigación básica tanto como de la clínica; esta información sería complementaria a la entregada por la evaluación de impacto de los diferentes protocolos profilácticos sugerida por OMS; al disponer de ambas podríamos optimizar las propuestas profilácticas existentes y crear nuevas alternativas que hoy no aparecen en el escenario.
2. Los mecanismos inmunológicos, humorales y celulares, puestos en acción por el feto y el recién nacido/a, frente al VIH, los que deberían ser de utilidad para la investigación de vacunas y otras intervenciones con el sistema de defensa.
3. Nuevas estrategias para superar las dificultades encontradas en la adherencia a profilaxis en las mujeres y comunidades afectadas por el problema, estrategias tecnológicas y socioculturales que den cuenta de las dificultades relacionadas con los roles de género y que respondan a la negación y al prejuicio existente en torno al VIH/SIDA.
4. Las estrategias eficaces de consejería en los diferentes continentes y subcontinentes, que complementen la propuesta OMS de estudiar las barreras a la consejería y a la adherencia.
5. Las complicaciones posparto en relación a las diversas medidas profilácticas desarrolladas, ya sea del ámbito médico como del psico-afectivo, propias de nuestro continente.

Los estudios reseñados, focalizados en las diversas subregiones de nuestro continente nos entregarían elementos para optimizar los programas en desarrollo e implementar otros nuevos de mayor impacto.

La implementación masiva de medidas de eficacia reconocida en la prevención de la transmisión vertical del VIH ha presentado dificultades, siendo el caso sudafricano el paradigma de dicha situación (48), aunque la mayor parte de los países subdesarrollados las ha presentado también, en la implementación propiamente tal o en la obtención de resultados significativos para la población.

Las decisiones se han demorado en llegar en los países de América Latina, pero ¿que necesitamos para tomarlas, qué información y

antecedentes son requeridos por los Ministerios de Salud y de Finanzas, por las organizaciones sociales que apoyan estos ámbitos de la problemática social y de salud, por los gestores de la atención de salud en los niveles locales?

En las economías neoliberales como las que predominan en América Latina, la costo-efectividad de intervenciones es fundamental en la toma de decisiones por parte de los gobiernos; en el tema que tratamos, este indicador es altamente favorable a la inversión financiera y de recursos humanos, los países individualmente necesitamos información local que focalice la proveniente de otros continentes. Requerimos demostrar que la intervención propuesta es eficaz y la óptima entre sus pares, además de ser costo-efectiva. Necesitamos también conocer las proyecciones del problema en términos cuantitativos y temporales y las perspectivas de control que el problema tiene, incluyendo la propuesta técnica que consideramos. Es también indispensable conocer los recursos necesarios para instalar el proceso. No es despreciable tampoco el proyectar el impacto político que tendrán las decisiones que tomemos en este ámbito, las de enfrentamiento o de mantención de la situación en que nos encontremos .

Con estas y otras respuestas podríamos acercarnos a decisiones que mejoren el estado de salud de las mujeres que viven con VIH y sus hijos, a pesar de que nos encontraremos con otras nuevas preguntas como las expresadas por el presidente de la república sudafricana Thabo Mbeki, quien solicita mayores evidencias acerca de la efectividad y de la inocuidad de los fármacos ARV.

Desde el punto de vista de los sistemas de salud, debe responderse a preguntas en el proceso de toma de decisiones previo a la implementación de un Programa de Prevención de la Transmisión Perinatal, preguntas clásicas de un gestor en salud pública, válidas para los diferentes niveles de atención: la magnitud del problema y la población a cubrir con nuestro programa; la existencia de norma técnica y legislación que lo sustente; la adaptación local de éstas de acuerdo a las necesidades; el estado de la situación local en cuanto al problema, las respuestas y brechas existentes, ya sea en el sistema de salud y en la comunidad con la cual se trabajará ; los objetivos estratégicos, estrategias y metas que permitan avanzar ; los recursos requeridos, humanos, técnicos, financieros y organizacionales; los roles de cada actor; las fuentes de financiamiento y las necesidades de capacitación de los equipos de salud y de la comunidad.

El futuro del tema está en la implementación generalizada de Programas que respondan al problema de la transmisión vertical del VIH, basados en el conocimiento actualmente disponible. No tenemos argumentos para retrasar una decisión de este tipo que significa disminuir las tasas transmisión a alrededor del 5% en promedio.

Lo que aprendamos y desarrollemos en el futuro vendrá a incrementar los resultados preventivos que hoy es posible obtener, disminuirá los riesgos y complicaciones que se presentan con las intervenciones actualmente disponibles, facilitará las medidas y acciones a desarrollar por las personas afectadas y debería también optimizar los recursos invertidos.

A modo de ejemplo de caminos a recorrer, se analiza hoy desde los aportes tecnológicos, la presentación de Nevirapina como “pellets” de implantación subcutánea a colocar durante el embarazo y el período de lactancia, estrategia preventiva que evita las dificultades a la adherencia a fármacos y permitiría una lactancia natural con menores riesgos de transmisión de VIH. Se plantea también la utilización de vacunas preventivas en los hijos de mujeres que viven con VIH, así como la asociación de ambas estrategias (49).

### **Desde el Forum 2000**

El mayor evento que nuestra región americana desarrolló para compartir conocimientos y aprendizajes en materia de VIH/SIDA durante el año 2000 tocó el tema de la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA; 70 trabajos presentados trataron el problema, describiendo y analizando la aplicación del conocimiento científico disponible en esta materia en políticas, planes y programas así como en los efectos que ha generado.

Destacó cuantitativamente la descripción de experiencias en la implementación de programas preventivos en los diversos niveles de la estructura del sector salud, como también el examen de detección del VIH a las mujeres embarazadas y la consejería que le acompaña; estudios y experiencias acerca de la representación y el significado del embarazo y la infección VIH para las mujeres afectadas también estuvieron presentes.

En cuanto a Programas de Prevención, el Ministerio de Salud de Chile presentó los resultados de la implementación del Protocolo ACTG 076, analizando los casos de los 61 binomios madre-hijo/as ocurridos en la capital, Santiago, entre 1996 y 2000; su aplicación ha permitido dismi-

nuir las tasas históricas de transmisión de un 30% a un 5.6%, con un 81.3% de reducción; el 70.4% de las mujeres accedió al protocolo profiláctico completo, presentando ellas una tasa de transmisión del 2.6%. La transmisión se asoció a rotura de membranas de duración mayor a cuatro horas y a parto por vía vaginal. Los componentes del programa incluyen gratuidad del protocolo para el diagnóstico, la profilaxis con ZDV así como para la lactancia artificial. (50). Un análisis de la efectividad del mismo programa, efectuado por la Sociedad Chilena de Pediatría con 183 binomios, entrega una tasa de transmisión de 6.9%, no habiendo encontrado relación entre la transmisión y la vía del parto y proponiendo como estrategia para mejorar la efectividad del protocolo la creación de una red entre obstetras y pediatras (51).

La experiencia brasileña fue presentada descentralizadamente por los actores responsables de los programas, ya sea del nivel de los estados o de los municipios; son ellos quienes han implementado la normativa emanada desde el Ministerio de Salud en 1996 (43); esta norma considera la gratuidad para un programa que incluye los diversos componentes del protocolo ACTG 076, el diagnóstico VIH apoyado de consejería y las modificaciones que el conocimiento científico nos ha ido entregando.

Porto Alegre presenta una reducción progresiva de las tasas de transmisión, siendo ésta de un 2.6% entre 1999 y 2000, cifra lograda con el uso progresivo de cesárea como vía de parto y la indicación de otros ARV además de la ZDV (52).

La evaluación del Programa en el estado de Río de Janeiro, considerando la situación entre 1996 y 2000, muestra un avance significativo en los ámbitos observados, oferta de consejería y examen que permitió detectar 1578 embarazadas portadoras del virus VIH; en cuanto a uso de fármacos ARV durante el embarazo, éste aumentó de 50.5% en 1997 a 66.6% en 1999, durante el parto de 45.7% a 65.7% y en los recién nacido/as de 50 a 67%; la tasa de transmisión bajó a 6.5% en 1999. Esperan lograr la detección del 100% de las mujeres embarazadas, para lo que han implementado la realización de los llamados "test rápidos" en las maternidades (53).

Se presentaron también experiencias desde la perspectiva de las dificultades encontradas en la implementación de la norma. El municipio de Pelotas comunicó que en una revisión retrospectiva encontró que el 62.7% de las mujeres detectadas tenían una consulta prenatal al menos, que el uso de ZVD 076 fue de 45.1%, en el parto de 48% y el 58.8% de los

recién nacidos/as, concluyendo que requieren incrementar el entrenamiento a los equipos de salud para aumentar la cobertura de la detección así como de las demás intervenciones del programa (54).

El limitado acceso al control prenatal y la consecuente dificultad para detectar a las mujeres portadoras del VIH que deseen estudiarse ha motivado la implantación de test rápidos en maternidades del estado de Sao Paulo; este test va dirigido a todas las embarazadas que no hayan sido estudiadas durante el embarazo, pero también se utilizará en aquellas mujeres que lleguen a control médico cursando el tercer trimestre de embarazo; su aplicación a partir de enero 2000 en 37 maternidades ha permitido estudiar 694 mujeres, 12 de ellas positivas al screening, 5 de ellas confirmadas positivas por WB. Ellas se incorporan al programa en marcha desde 1997, que incluye ZVD y capacitación a los equipos de salud responsables (55).

La consejería realizada junto al examen rápido fue evaluada en Porto Alegre, utilizando una entrevista semidirigida; el examen se aplicó a 611 mujeres hasta la presentación de este trabajo, 19 de ellos resultaron positivos y de dicha experiencia aparece las limitaciones del procedimiento, las que incluso consideran el olvido de la consejería efectuada y el consentimiento supuestamente entregado para la realización del test, pero también incluyen miedo, angustia, desesperación, inseguridad, desamparo. Siendo el momento del parto el de mayor fragilidad en la vida reproductiva de una mujer, la consejería en esta circunstancia contiene elementos especiales entre los que destacan el apoyo emocional frente a un resultado positivo, que permita la asimilación del diagnóstico y no fragilice la relación madre-hijo/a; luego del parto la consejería debe continuar complementando el apoyo emocional y entregando información en torno al efecto de los ARV, las condiciones de lactancia y los cuidados al recién nacido/a; el test rápido sin apropiada consejería puede ser una respuesta biomédica clásica que no responde a un problema que requiere prevención y exámenes previos, desde la conciencia de vulnerabilidad de la persona afectada (56).

También desde el análisis de las dificultades aparece la insuficiencia de la consejería en clínicas de atención prenatal en Brasilia; la encuesta realizada en 1999 a 90 profesionales capacitados en 1997-1998, señala que el 90% de ellos la efectúa en el pretest, y el 30% no la realiza en la situación de postest, argumentando falta de tiempo, falta de material educativo y tardanza en la recepción de los resultados de los exámenes; el

elemento facilitador de esta estrategia preventiva es el apoyo entregado por las jefaturas (57).

República Dominicana comunicó el comienzo de su programa preventivo instalado a partir de mayo de 2000; éste incluye test rápidos en maternidades que dan atención prenatal, consejería pre y post examen, NVP a la madre y el niño/a y seguimiento clínico por dos años. Han detectado ya 16 casos de mujeres que viven con VIH, teniendo una frecuencia de cesárea del 50% (58).

Honduras presenta el proceso de instalación de un proyecto piloto en las dos ciudades más afectadas por la epidemia, Tegucigalpa y San Pedro de Sula, el que buscará disminuir la transmisión vertical del VIH por medio de medidas de intervención que consideran el tema de manera integral basado en las evidencias disponibles (59).

Se presentó una serie de trabajos que buscan comprender las vivencias y construcciones psicológico-afectivas del embarazo en las mujeres que viven con VIH, así como la reflexión sobre sus derechos reproductivos. Se relata la experiencia y sentimientos negativos, tales como baja autoestima, deseo de muerte, sentimiento de muerte inminente, deseo de amamantar, y también los sentimientos positivos de esperanza, solidaridad, capacidad de autoayuda entre otros, logrados con apoyo y consejería con información. También aparece la resignificación de la maternidad, de la enfermedad, la valorización de la terapias, y el ser mujer además de portar un embarazo. El deseo de maternidad es más fuerte en mujeres jóvenes, con pareja estable, que tienen un hijo o no tienen hijos (60, 61, 62, 63).

La caracterización de mujeres que viven la situación de embarazo y VIH fue efectuada en Mendoza, describiéndolas como pertenecientes en su mayoría a parte familias disfuncionales, el 50% con necesidades básicas insatisfechas, no habiendo cumplido con la adherencia programada a controles médicos en el consultorio de alto riesgo el 80% de ellas y sus recién nacidos (64). La representación del embarazo y su caracterización en mujeres afectadas en Brasil, evaluadas por medio de un test de percepción temático, aparece como preocupación y miedo a morir, de enfermar, por el estado del bebé, la lactancia riesgosa y la falta de capacidad para cuidar del bebé; las autoras proponen contenidos a tratar con mujeres embarazadas durante la consejería, como información sobre embarazo y VIH, terapias y profilaxis ARV, examen de detección para terminar con dudas, destacando el rol propositivo del trabajo entre pares (65).

La magnitud de la epidemia en mujeres estuvo escasamente presente en el Foro, sólo dos estudios presentaron cifras de investigaciones puntuales; la frontera Guatemala-México presenta una tasa de infección en mujeres de 0.15% (66) y la provincia de Buenos Aires de 1.95% (67).

Se presentó con frecuencia la importancia de las respuestas integradas de los servicios clínicos y de prevención, relevándose las necesidades y los resultados exitosos de la capacitación para el cumplimiento de ese objetivo (54), destacando en este mismo sentido de integralidad una experiencia ecuatoriana de incorporación del tema VIH/embarazo en programas y actividades de salud reproductiva (68).

La prevención de la infección VIH en la población femenina, paso esencial y primero en la prevención de la transmisión perinatal del VIH aparece escasamente relevado, siendo planteado por algunas experiencias brasileñas y el programa dominicano de prevención recién señalado.

En esa línea de acción, aparece la necesidad de incrementar los esfuerzos preventivos; algunos estudios muestran dificultades para asumir conductas preventivas aún presentes en la población, limitaciones que incluyen insuficiencia de información y conocimiento de herramientas preventivas asociadas a la construcción sociocultural de la sexualidad, situación destacada en poblaciones socioeconómicamente deprivadas (69).

En cuanto a herramientas tecnológicas que apoyen la prevención de la transmisión, aparece como alternativa a la lactancia artificial la utilización de Bancos de leche según lo expresado por Brasil, pero se constata el insuficiente desarrollo requerido para su instalación masiva, desde el análisis en el estado de Sao Paulo (70).

Se presentó un solo estudio de costo efectividad de profilaxis anti-retroviral, comparándose el uso de AZT según el protocolo tailandés con NVP según HIVNET 012, en un país de baja prevalencia como México que en su población de mujeres embarazadas presenta una tasa estimada de VIH de 0.09%. Se demuestra que el costo de la prevención de un caso pediátrico con AZT es de US\$ 49.578 y con NVP oscila entre US\$37.915 y US\$ 73.432, demostrándose que la NVP aumenta el costo por caso prevenido por su menor efectividad; el AZT representa el 2% del costo total de la intervención preventiva (71).

Los temas presentados ofrecen una perspectiva de las acciones desarrolladas en nuestro continente, la que podemos completar con los antecedentes presentados en la Conferencia de Durbán señalados en

párrafos anteriores y disponer así de un panorama más global. Los trabajos presentados hacen referencia ya sea a medidas de salud pública instaladas en los diversos niveles de las estructuras de salud y a sus resultados o a las condiciones socioculturales que acompañan el tema de la transmisión vertical del VIH y las respuestas desarrolladas para superarlas.

Comprobamos un avance significativo en la instalación programada de respuestas al problema desde los niveles gubernamentales; diversos países comunican su experiencia de instalación de Programas preventivos y sabemos de otros que a pesar de no haber estado presentes en el Forum 2000 también desarrollan programas. Destaca la evaluación exitosa de todos ellos, ya que logran tasas de transmisión incluso inferiores a las logradas en los ensayos clínicos desarrollados en países industrializados o del tercer mundo.

Las descripciones y análisis de las condiciones y condicionantes de la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas y la responsabilidad de los servicios de salud aparecen con elevada frecuencia, describiéndose respuestas resolutivas que consideran estos condicionantes y la asociación entre la sociedad civil y los servicios; estas respuestas aparecen de alta eficacia en términos de salud pública y en términos de respeto a los derechos de las personas y favorecedoras del desarrollo humano y la construcción de ciudadanía.

Como antecedente negativo en esta cantidad de trabajos presentados en el Forum 2000, aparece la propuesta de desarrollo de programas de consejería que en la expresión de sus objetivos propone convencer a las mujeres para que se efectúen el examen de detección de la infección VIH. El concepto de convencimiento no se adapta a la situación de consejería en VIH; ésta considera la facilitación para desarrollar conciencia de vulnerabilidad y de riesgo, apoyar emocionalmente el proceso y las decisiones involucradas y entregar información acerca del VIH, su prevención y alternativas terapéuticas así como de los temas asociados al embarazo y los hijo/as. Aparece también la ausencia de evaluación de algunos programas de intervención comunitaria en el ámbito mujer y embarazo, hecho desfavorable dadas las expectativas que estos programas generan en un público lleno de carencias y los recursos financieros y organizacionales invertidos en ellos.

La gran cantidad de información entregada en los espacios formales del Foro y toda aquella conversada en los pasillos durante la semana de trabajo nos parece que debe continuar siendo compartida,

como también debemos continuar aprendiendo de las experiencias que desarrollemos en los meses que medien entre este Foro y la realización del próximo.

Los países poseemos alternativas formales gubernamentales de cooperación, los llamados Programas de Cooperación Técnica para el Desarrollo; ellos pueden disponer de recursos para el intercambio de integrantes de los equipos de salud e investigadores así como para el intercambio de información. Este mecanismo funciona a través de la solicitud de cooperación que un país le efectúa a otro, proceso mediatizado por las Agencias de Cooperación Internacional y los Ministerios de Relaciones Exteriores de cada país. El problema del VIH/SIDA no ha formado parte de las áreas temáticas de estos Programas, su consideración futura dependerá de nuestro interés y proactividad para lograrlo. El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA de Latinoamérica y el Caribe, convocante y coorganizador del Forum 2000 se ha desarrollado en la lógica de la cooperación para el desarrollo, la cooperación horizontal que, en condiciones de igualdad, comparte aprendizajes y recursos para el logro de objetivos comunes; el Grupo no ha utilizado los recursos de los programas gubernamentales de cooperación técnica, siendo ésto un desafío de gestión y de posicionamiento del tema VIH/SIDA en el futuro próximo.

Las agencias internacionales involucradas en el tema han apoyado de manera importante el intercambio de información entre los países y sus diversos actores; dicho apoyo debería incrementarse en el futuro, dadas las necesidades del continente y las condiciones facilitadoras para obtener resultados e impacto con las intervenciones priorizadas; sin embargo, para que obtengamos resultados y cambio en las situaciones en nuestros países, la relación entre las agencias y los países debe ser horizontal y las intervenciones deben responder a los intereses y necesidades de los países. El apoyo al Forum 2000 fue una expresión de esta alternativa de cooperación, y creemos que la continuidad de cooperación puede seguir ocurriendo con esta metodología.

La experiencia de trabajo de este Forum 2000, de la I Conferencia de Cooperación Técnica que lo precedió, las reuniones planificadas por SIDALAC y las iniciativas individuales de cooperación entre los países nos muestran que cooperar y aprender entre pares es posible, más allá de los requisitos y propuestas de actores diversos; las oportunidades estarán si las construimos y las utilizamos, los avances logrados así lo demuestran.

Los temas para cooperación que podrían significar cambio en las circunstancias del VIH/SIDA perinatal en nuestra región incluyen aspectos del área de gestión como otros del área clínica. En el área de gestión, los antecedentes presentados nos permiten conformar un paquete de ámbitos temáticos para profundizar, los que permitan incrementar la cobertura actual de los programas preventivos, reducir sus costos y facilitar el proceso de instalación; así ampliar el conocimiento de estudios económicos en relación a las intervenciones preventivas, compartiendo metodologías de estudio y estrategias de utilización de la información para la toma de decisiones por los niveles políticos deberían permitir avanzar en nuestras capacidades de liderazgo y gestión. Por otra parte, las experiencias emanadas de las estrategias y metodologías de implementación de los programas preventivos desde los niveles centrales y locales son también altamente prioritarias para lograr los objetivos que requerimos; éste ámbito podría incluir las estrategias para incrementar las coberturas de control prenatal en los diversos países interesados. Los aprendizajes en la utilización de la información epidemiológica y de evaluación de intervenciones, como las experiencias en el campo de la cooperación entre organizaciones nacionales y en la cooperación internacional podrían completar este paquete de componentes de cooperación en gestión tratados en el Forum 2000.

En el área clínica, las metodologías de aplicación de consejería a mujeres embarazadas y las de su evaluación pueden generar cambios positivos en la situación de dichas mujeres y en los sistemas de atención de salud, por lo que es de interés compartirlo; la experiencia con la consejería en relación a los test rápidos se constituye en un área de máximo interés por la disponibilidad y presión de utilización existente y por las consecuencias nefastas que su aplicación puede tener si no son bien acompañados. La capacitación a equipos de salud interdisciplinarios que incluyan profesionales médicos es un área que también debe modificar los resultados de las acciones en salud en términos de satisfacción de las usuarias del sistema y de mejoría en la calidad de vida de las comunidades en que desenvuelven su vida.

El ámbito ausente de estos Foros internacionales es el de la investigación básica relacionada con el problema VIH/SIDA y la maternidad, la que además presenta un escaso desarrollo en la región (72, 73). También está ausente la investigación clínica producto de la evaluación de protocolos profilácticos, los que no se desarrollan con la magnitud ni el

significado de lo que ocurre en otras regiones del mundo, desarrolladas o subdesarrolladas. Las complicaciones biomédicas de las intervenciones profilácticas en mujeres y niños/as están escasamente representadas en las publicaciones de los eventos analizados, esperando que ello no refleje la ausencia de análisis y evaluación de las acciones médicas que implementamos.

Ambos eventos no presentan tampoco aspectos de gestión de programas ni de gestión clínica, áreas del quehacer en salud que permiten la instalación y ejecución de las iniciativas de salud pública y de medicina curativa; sin embargo, las Conferencias Internacionales de SIDA han desvalorizado este tipo de comunicaciones (73).

## Conclusiones

Para quienes nos desenvolvemos en el sector salud, destaca del conocimiento disponible:

1. Contamos con evidencia amplia de la disponibilidad de intervenciones que permiten disminuir la transmisión materno-fetal del VIH/SIDA en prácticamente un 90%.
2. Existe una diversidad de intervenciones, aplicables diferenciadamente según las condiciones de cada sitio, prevalencia de infección, organización y sistemas de atención clínica y recursos disponibles.
3. Las intervenciones preventivas eficaces han considerado todos los aspectos involucrados en la transmisión perinatal del VIH/SIDA, prevención primaria de la infección en la mujer, consejería y acceso a diagnóstico VIH voluntario e informado, información y acceso a métodos de anticoncepción, disponibilidad de atención médica prenatal, del parto y para el recién nacido/a, las que incluyen disponibilidad y oferta de fármacos anti-retrovirales, cesárea como alternativa de parto, consejería posparto, suplementación alimenticia láctea para el hijo/a.
4. Los fármacos de mayor eficacia reconocida hoy en día son la Zidovudina y la Nevirapina, existiendo resultados promisorios en la evaluación de otros inhibidores de la transcriptasa reversa.

5. Los protocolos de mayor eficacia son el ACTG 076/ANRS 024 que disminuyó la transmisión en un 70% y el protocolo tailandés, adaptación acortada del anterior, que disminuyó la transmisión en magnitud similar; ambos protocolos utilizan zidovudina y fueron evaluados con suspensión de la lactancia materna. El protocolo HIVNET 012, que entrega nevirapina en el parto y al recién nacido/a por una vez, presenta también efectividad importante y una gran facilidad de administración. El protocolo SAINT, que incluye zidovudina más lamivudina tiene eficacia algo menor a los anteriores y considera lactancia materna.
6. Es posible utilizar como fármacos profilácticos en la prevención de la transmisión perinatal del VIH la ZVD, ZVD + LAM o NVP, de acuerdo a los esquemas de cada protocolo recién señalados.
7. Es posible implementar en nuestros países cualquiera de estos protocolos, aún el de mayor complejidad como el ACTG076/ANRS 024, obteniendo además cifras de efectividad superiores a las del ensayo clínico.
8. La mayor efectividad preventiva se ha logrado en las mujeres que tratan su enfermedad VIH con terapias de alta efectividad, con o sin inhibidores de las proteasas.
9. El protocolo tailandés muestra mejor costo-efectividad que HIVNET 012, demostrándose también así que el costo de los fármacos representa un mínimo en el costo total de la medida preventiva y que por otra parte es adecuado buscar fundamentos evaluativos previo a tomar decisiones.
10. Los riesgos de la utilización de estos protocolos ocurren en el ámbito de las resistencias pero ellos son ampliamente sobrepasados por los beneficios que entregan.
11. Los programas preventivos deben considerar la participación de los diversos integrantes de un equipo de salud, constituidos como tales en un proceso de capacitación que incluya aspectos biomédicos y sicosociales del problema, requiriéndose que los profesionales médicos se integren y participen del proceso
12. La lactancia artificial está indicada como una de las medidas preventivas de la transmisión del VIH y debe ser

- apoyada especialmente. La lactancia mixta debe ser totalmente desaconsejada.
13. Las necesidades de las usuarias deben estar presentes en los programas formulados, siendo la consejería al interior del sistema de salud y la comunitaria una estrategia que facilite las decisiones en el ámbito de la salud reproductiva y el VIH y apoye con información y soporte emocional el proceso del embarazo y el parto a nivel individual y en su dimensión social.
  14. El examen de detección de VIH debe ser estimulado tomando en consideración las prevalencias y la costo-efectividad de las estrategias a implementar; siempre debe ser voluntario y acompañado de consejería.
  15. Las propuestas que se fundamentan en información han tenido mayores posibilidades de implementación y de cumplir con los objetivos y metas.
  16. Las evaluaciones de las intervenciones efectuadas en los diferentes ámbitos de la prevención han permitido mejorar los resultados buscados.
  17. Los procesos planificados estratégicamente, buscando cambios en las circunstancias y situaciones que los motivan, cumplen más fácilmente los objetivos de salud deseados.
  18. La incorporación de los nuevos conocimientos y experiencias del campo internacional son posibles de incorporar en las normativas locales y han mejorado los resultados buscados.
  19. Las propuestas que cuentan con el conocimiento y el apoyo político de las autoridades han tenido una más fácil implementación y resultados exitosos.
  20. La obtención de buenos indicadores nacionales y locales en salud se logran considerando las necesidades integrales de las personas y las comunidades en que se desenvuelven, que cada “beneficiario” es sujeto de su salud, con respeto y participación como el tema del VIH/SIDA y las personas afectadas nos han enseñado.
  21. Es necesario considerar en el conjunto de las medidas efectivas, el tratamiento farmacológico anti-retroviral de la mujer luego del parto.

Para las personas que toman decisiones fuera del sector salud, el conocimiento del problema de la transmisión madre-hijo/a del VIH nos dice que:

1. Es un problema que se incrementa sostenidamente al incrementarse el número de mujeres infectadas.
2. Existe disponibilidad de medidas del campo de la salud que permiten controlar el nacimiento de niños infectados por el VIH.
3. Los equipos de salud conocen el tema y están dispuestos a trabajar en ello.
4. Los recursos que se inviertan representan una inversión y no un gasto, siendo las medidas preventivas altamente costo-efectivas en relación al tratamiento de los niños infectados y sus madres.
5. Existe análisis de costo-efectividad entre diversas medidas e intervenciones preventivas que indican caminos a seguir.
6. El tema es de interés y preocupación internacional así como de preocupación en las poblaciones femeninas de nuestros países.

## Bibliografía

1. ONUSIDA, informe Junio 2000
2. Landesman SH *et al.* Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. *N Engl J med* 1996; 334 : 1617-1623.
3. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N. Engl. J. Med.* 1999; 340:977-87
4. R, Bhadrakom C, Siriwasin W *et al.* Determinants of HIV RNA in newborn nasal/oral secretions and association with risk of perinatal HIV transmission . XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000; Durban, South Africa. AbsTu MoOrC241.
5. Mwnyumba F, Gaillard P, Verhofstede C *et al.* The influence of HIV-1 shedding in the genital tract and mother- to -child HIV infection. XIII International AIDS Conference ; July 9-14, 2000; Durban, South Africa; AbsTuOrB353.
6. *MMWR*, April 29, 1994; 43(16);285-287. ZDV for the Prevention of HIV Transmission from Mother to Child.
7. Thorne C. Antiretroviral therapy and cesarean section to reduce vertical transmission of HIV in Europe. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs MoOrC240.
8. “Lactancia materna y VIH”, Documento de Trabajo, CONASIDA Chile, Octubre 2000.
9. Leroy V *et al.* Late postnatal mother to child transmission of HIV-1: an international multicentre pooled analysis. *Lancet* 1998; 352:597-600.
10. Gareth-Tudor W & Lyall EGH. Mother to infant Transmission of HIV. *Current Opinion in Infectious Diseases.* February 1999, 12(1): 21-26.
11. Miotti PG *et al.* HIV transmission through breastfeeding : a study in Malawi. *JAMA* 1999; 282: 744-749.
12. UNICEF, UNAIDS, WHO. HIV and infant feeding. A guide for health care managers and supervisors. 1998.
13. Dunn DT *et al.* Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breast feeding. *Lancet* 1992;354 (8819):585-588.
14. Blanche S. *et al.* Relation of the course of HIV infection in children to the severity of the disease in their mothers at delivery. *N Engl J Med* 1994, Feb 3; 330(5): 308-312.

15. Coutsooudis A. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age : prospective cohort from Durban. XIII International AIDS Conference; Durban, South Africa, July 9-14, 2000. AbsLbOr6.
16. Mbori-Ngacha D *et al.* Morbidity and mortality in breastfed and formulafed infants of HIV-1 infected women : results of a randomized clinical trial. XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa; July 9-14, 2000. Abs WeOrC 494.
17. The Working Group on mother to child Transmission of HIV. Rates of mother to child transmission of HIV-1 in Africa, America and Europe: results from 13 perinatal studies. *J. Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1995; 8: 506-510.
18. Mofenson LM. Short course zidovudine for prevention of perinatal infection. *Lancet* 1999; 353: 766-767.
19. Hammett T. *et al.* Progress towards elimination of perinatal HIV infection in the United States. XIII International AIDS Conference; July 9-12 200; Durban, South Africa. Abs MoOrC239
20. Mofenson LM *et al.* Risk Factors for Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 in Women treated with Zidovudine. *N Engl J Med* 1999; 341: 385-393.
21. Katner HP *et al.* Nelfinavir based HAART use in Pregnancy. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa. Abs TuPe 3252
22. Fiore S. *et al.* Challenges in performing a randomised double-blind clinical trial : the European arm of the PACTG-nevirapine trial. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs Tu PeB 3248.
23. Reuters medical News for the Professional. Dec 06 2000.
24. Heard I. Rompre le silence. Durban, XIII conférence internationale sur le sida. ANRS Information N°32; Le Journal du SIDA N° 129/130; Transcriptase N°87: 7-11.
25. Owor M *et al.* The one year safety and efficacy data of the HIVNET 012 trial. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs LbOr1.
26. Moodley D *et al.* The SAINT trial: nevirapine (NVP) vs zidovudine (ZVD)+lamivudine (3TC) in prevention of peripartum HIV transmission. XIII International AIDS Conference. July 9-14, 2000; Durban, South Africa; Abs LbOr2.

27. Gray R *et al.* Preliminary efficacy, safety, tolerability and pharmacokinetics of short course regimens of nucleoside analogues for the prevention of mother to child transmission of HIV. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs TuOrB355.
28. Wiktor SZ *et al.* 24 month efficacy of short course maternal zidovudine for the prevention of mother to child HIV-1 transmission in a breast feeding population : a pooled analysis of two randomized clinical trials in west Africa. XIII International AIDS Conference. July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs TuOrB354.
29. Lallemand M *et al.* Perinatal HIV prevention trial (PHPT), Thailand : simplified and shortened zidovudine prophylaxis regimen as efficacious as PACTG076. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs LbOr3.
30. Gray G *et al.* The Petra Study : early and late efficacy of three short ZDV/3TC combination regimen to prevent mother to child transmission of HIV-1. XIII International AIDS Conference. July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs LbOr5.
31. Jackson JB *et al.* Selection of NVP resistance mutations in Uganda women and infants receiving NVP prophylaxis to prevent HIV-1 vertical transmission (HIVNET 012). XIII International AIDS Conference . July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs LbOr13.
32. Blanche S *et al.* Persistent mitochondrial dysfunction and perinatal exposure to antiretroviral nucleoside analogues. *Lancet* 1999; 354: 1084-9.
33. Perinatal Safety Review Working Group. Nucleoside exposure in the offspring of HIV infected women receiving antiretroviral drugs: absence of clear evidence for mitochondrial disease in children who died before 5 years of age in 5 US cohorts. *JAIDS* in press.
34. Lange J. *et al.* Review of neurological adverse events in relation to mitochondrial dysfunction in the prevention of MTCT: the PETRA study. 2<sup>nd</sup> Conference on Global Strategies for Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants. Montreal, Canada; September 1-6 1999; Abs 250.
35. WHO Technical Consultation, Prevention of MTCT and their policy implications. October 2000, Geneva, Switzerland.
36. Tedaldi I *et al.* The 1999 National Conference on women and HIV/AIDS: Navigating into the new millenium through collaboration.

37. Nduati R *et al.* Impact of breast feeding on maternal mortality among HIV infected women: results of a randomized clinical trial. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs WeOrC495.
38. Santos DF *et al.* HIV testing in pregnancy: the role of the anonymous testing center of Madureira, RJ. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs ThPeC5297.
39. Vitiello M *et al.* HIV Pregnancy and and zidovudine: what do women know? XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs ThPeC5299.
40. Neves F. Readiness of test anti HIV as volunteer in the routine of the attendance to the pregnant woman in bais cunits of the health of the municipal district of Ribeirao Preto. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs ThPeC5325.
41. Mazhani L *et al.* Implementation of a population-based pilot program to reduce mother to child HIV tranmission, Botswana. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs WeOrC550.
42. Reuters Health Information. Medscape.com/reuters/prof/2000
43. Veloso V *et al.* Implementation of interventions to reduce HIV vertical transmission in Brazil. XIII International AIDS Conference. July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs WeOrc548.
44. Garcia PJ *et al.* Program for the prevention of Vertical Transmission of HIV: the peruvian experience. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs ThPeC5314.
45. Minkoff H *et al.* The case for rapid HIV testing during labor. JAMA 1998; 279:1743-1744.
46. Palmer R *et al.* The economic impact of HIV antiretrovirals for vertical prophylaxis and therapy of children born to HIV infected women in Canada. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, SouthAfrica; Abs MoPeC2473.
47. Butler M *et al.* Costs and benefits of a vertical transmission prevention program in the Dominican Republic. XIII International AIDS Conference; July 9-12 2000; Durban, South Africa; Abs WeOrC616.
48. XIII Conferencia Internacional de SIDA, Durban, Sud Africa; 9 de julio 2000, Discurso de Inauguración, Presidente de la República sudafricana.

49. Nielsen K Preventing Perinatal HIV Transmission in the Developing World, One Step at a Time. 7<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections.  
Del Forum 2000, Primer Foro y Segunda Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA. Río de Janeiro, Noviembre 2000. Libro de resúmenes.
50. Aplicación del Protocolo ACTG076 en Chile. Ortiz E. Et al. (p38)
51. HIV Vertical Transmission: Evaluation of 076 Protocol and type of delivery. Alvarez A.M. (p79).
52. Efetividade do protocolo do uso da Zidovudina na prevenção da transmissão perinatal do HIV no Centro Municipal de DST/AIDS de Porto Alegre-RS (p30)
53. Avaliação do Programa de Prevenção da transmissão mãe-filho do HIV —Resultados do Município do Rio de Janeiro— 1996 a 2000. Durovni B. (p336).
54. Levantamento do uso do protocolo ACTG076 em crianças HIV/AIDS do Sae-Pelotas RS. Da Silveira VL *et al.* (p212)
55. Implantação de teste rápido para o HIV em maternidades do Estado de São Paulo. Aratangy AM *et al.* (p412)
56. O enfoque do aconselhamento em testagem rápida para o HIV na situação de parto. A experiência do Hospital Fémina/GHC, Porto Alegre-Brasil. Goulart LG (p49)
57. A inserção do aconselhamento para a prevenção da transmissão vertical do HIV em serviços de pré-natal. Seidl E *et al.* (p485)
58. Implementación del Programa de Transmisión Vertical del VIH en República Dominicana. Quiñonez S. Et al. (p66)
59. Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo/a en Honduras. Rodriguez Rivera MX (p660)
60. Projeto Sala de Espera com Gestantes Soropositivas no Sae. Alves Labrea M (p160)
61. Relato de experiência em grupo de gestantes e puérperas portadoras do HIV- Hospital Fémina/GHC-Porto Alegre-Brasil. Festugato de Souza M *et al.* (p168)
62. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade pelo HIV. Santos M (p178)
63. Uma reflexão sobre os direitos reprodutivos da mulher soropositiva. Paiva VL (p213)

64. Abordaje interdisciplinario de recién nacidos hijos de madre HIV. Bustelo A. (p824)
65. Fantasias de gravidez e características psicossociais de gestantes com HIV+. Medeiros M. (p1026)
66. Estudio Centinela para la Infección del VIH para mujeres embarazadas en la Frontera México-Guatemala. Gómez G. (p225)
67. Experiencia de vigilancia epidemiológica na transmissao vertical do HIV-Programa “Mae Curitiba” Pedroso HC. (p275)
68. Incorporando el VIH/SIDA a una organización de salud reproductiva en el Ecuador. Tello S. (p752)
69. O prazer falou mais alto: percepções de adolescentes grávidas sobre a importancia da prevenção de DST/AIDS. Guedes JS. (1013)
70. Bank of human milk: is it a feasible nutritional option for children if HIV positive mothers at Sao Paulo-Brasil? Harunari L. (p295)
71. Costeffectiveness of ZVD vs NVP to reduce MTCT of HIV in Mexico: an exploratory study. Condesa C *et al.* (p34)
72. CONICYT Chile, Comunicación Personal.
73. Libros de Resúmenes XII y XIII Conferencia Internacional de SIDA, 1998-2000.



## 2. TRANSMISIÓN POR VÍA SANGUÍNEA DEL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA. IMPLICACIONES LEGISLATIVAS PARA LA PREVENCIÓN

*Patricia Volkow\**

*Dedicado al doctor Guillermo Soberón Acevedo, quien siendo Secretario de Salud de México, en 1987 fue el promotor de la legislación y de los cambios sanitarios que nos permiten gozar el día de hoy de sangre segura en México, y evitó que miles de mexicanos siguieran infectándose de VIH por la vía sanguínea.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dedicaron el día Mundial de la Salud del año 2000 a la seguridad de la sangre (1). Para muchos éste es un tema de poca relevancia como lo muestran los escasos trabajos presentados en los Congresos Internacionales de SIDA desde Vancouver en 1996 hasta Durbán en 2000. En el I Forum 2000 y II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA y ETS, celebrados en noviembre del año 2000 en Río de Janeiro, este tema de tanta relevancia en el problema de la epidemia del VIH/SIDA estuvo ausente. Habrá quienes pregunten: ¿por qué debe seguirse considerando un tema prioritario el de la seguridad de la sangre en la agenda del estudio del VIH/SIDA en América Latina cuando hace más de 15 años que contamos con las herramientas tecnológicas para el escrutinio de los donantes de sangre? (2-3). Primero: porque la transfusión de sangre o derivados es la forma más eficiente de transmisión del VIH (4-6). Segundo: porque es la forma de transmisión más susceptible de prevenirse en forma eficaz siempre y cuando se cuente con la infraestructura de laboratorio, personal capacitado, presupuestos y la voluntad política para dar cabal cumplimiento al programa de Sangre Segura. Tercero: porque hoy en día, la Organización Mundial

\* Médica infectóloga. Investigadora y jefe del Departamento de Infectología del Instituto Nacional de Cancerología. Secretaría de Salud. México.

de la Salud estima que entre el 5% y el 10% de las infecciones por el VIH son transmitidas por transfusión sanguínea (1). Estas cifras generales, llevadas al plano de distribución de riesgo real de infección por transfusión en los diferentes países, son totalmente heterogéneas. Mientras el riesgo es infinitesimal para los países desarrollados (7-8) y para algunos países en vías de desarrollo como México, Brasil, Tailandia o Uganda (9-11) que cuentan desde hace una década con leyes, programas y presupuestos para proveer de sangre segura a sus enfermos. Lo contrario es para muchos países donde este riesgo es inaceptablemente elevado, ya que porcentajes muy altos de sangre son transfundidos sin tamizaje alguno para VIH y otros agentes infecciosos transmitidos por sangre (12-13). Hoy en día existen países que carecen de un Programa de Sangre Segura, donde recibir una transfusión es igual a entrar al juego de la ruleta. Los datos presentados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dan fe de la gravedad del problema que enfrentamos. Sólo 9 de los 19 países de América Latina (AL) tamizan el 100% de la sangre transfundida para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y los virus de Hepatitis B y C (VHB y VHC), y sífilis entre otros marcadores y están en esta posición sólo 8 de los 21 países del territorio del Caribe. Un millón de unidades transfundidas en AL no son tamizadas para Hepatitis C (13).

La OMS/OPS señala que el 40% de los 75 millones de unidades de sangre donadas cada año se utilizan para el 83% de la población mundial (14), es decir que aunque la cantidad de sangre utilizada es menor por esta parte de la población mundial, estos habitantes representan el mayor número de seres humanos que habitan en el planeta, expuestos a ser infectados por esta vía. Es en estas áreas del mundo donde existen países económicamente más débiles, que carecen de programas de sangre segura y el acceso a la atención médica es restringido, pocas son las mujeres que se benefician de la atención prenatal y ello conlleva una alta mortalidad materno-infantil. Se estima que anualmente mueren 585,000 mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo o el parto (15); el 25% de las muertes maternas son secundarias a pérdida de sangre (16). En estos países se ven afectados los receptores de sangre o sus productos.

El uso de transfusiones es diferente en países desarrollados donde las enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer y los programas de cirugía cardíaca son las principales razones de transfusiones (16-17). En los países en vías de desarrollo son aplicadas principalmente a mujeres con problemas gineco-obstétricos; en África sub-Shariana, los

niños menores de cinco años también se encuentran gravemente amenazados por la anemia secundaria a la malaria (17). En estos países la transfusión de sangre con VIH resulta ser la fuente más eficiente de transmisión del VIH en las mujeres en edad reproductiva y un doble puente de transmisión en la edad pediátrica a través de la infección de las madres (transmisión perinatal) y la propia transfusión en los niños.

La OMS/OPS señala cuatro puntos fundamentales para abastecer de sangre segura a la población: a) establecer un servicio coordinado de transfusión sanguínea en el país; b) recolectar la sangre de donadores voluntarios no remunerados con selección estricta de donantes; c) tamizar toda la sangre para VIH, Hepatitis B y C, sífilis y otros agentes infecciosos; d) racionalizar el uso de sangre y derivados (1). Señala además como un factor de gran relevancia, la importancia de aprender de las experiencias y emular los logros de otros países. En este punto es muy válido el proverbio que dice “Quien no conoce la historia está condenado a repetirla”. La experiencia de México y su esfuerzo, tanto político como económico que realizó su gobierno para establecer un programa de Sangre Segura, debieran ser conocidos y emulados por todos los países del área. Al igual de lo que sucedido con otros problemas de salud pública donde las experiencias positivas de algunos países han servido de modelo para resolver o mejorar problemas sanitarios Vg. las campañas de vacunación infantil.

En México, el comercio de la sangre jugó un papel fundamental en el crecimiento explosivo de la epidemia del VIH a mediados de la década de los ochenta y a su vez, la legislación que prohibió el comercio de la sangre tuvo un papel medular en la lucha contra esta epidemia. No se pretende restarle importancia al papel que juega la transmisión sexual del virus en la dinámica de la epidemia y la gran importancia que tienen las campañas para prevenir la transmisión sexual del VIH. La intención de este documento es destacar un problema que ha sido minimizado como un factor detonador de esta epidemia en muchos países: el comercio de la sangre.

## **Diseminación de VIH a través del comercio de la sangre/plasma**

### ***El ejemplo de México***

En México, un país que comparte una frontera de más de 2000 Km con Estados Unidos, epicentro de la epidemia de SIDA en América, fue evi-

dente que los portadores del VIH fueron hombres que tienen sexo con hombres (HSH); los primeros casos de SIDA fueron diagnosticados en HSH que habían viajado a los Estados Unidos o estaban relacionados con personas que habían viajado a la Unión Americana (18). La dinámica de la epidemia de VIH/SIDA en México se modificó a mediados de los ochenta, cuando se inició el tamizaje obligatorio de toda la sangre transfundida en el país. En mayo de 1986 la seroprevalencia en donadores pagados (personas que vivían de vender su sangre y plasma) era del 7%; casi 100 veces más alta que en donadores familiares (19-20). En este punto, el comercio de la sangre era una práctica común en México: la tercera parte de la sangre transfundida en el país provenía de donadores pagados (20). Personas que se ganaban la vida vendiendo sangre y plasma, esto último en centros de plasmaféresis comercial (21-22). El plasma en estos centros se obtiene por plasmaféresis manual (23) y era una práctica común el reutilizar material desechable no estéril, al compartir entre varios donadores las soluciones utilizadas para mantener la vena permeable, (22) inclusive estimular con sangre humana a los donantes (24) para la producción de antisueros para la determinación de grupos sanguíneos o antiRho.

El plasma obtenido de estos centros de plasmaféresis se utiliza por compañías farmacéuticas fraccionadoras de plasma que producen y comercializan al menos 20 productos derivados del plasma humano (25). La cantidad y calidad de plasma que se obtiene de una donación de sangre total, no reúne los requisitos necesarios de la industria fraccionadora, que prefiere para ello el plasma que se obtiene por plasmaféresis. Por dos razones: una es la cantidad, ya que de una donación por plasmaféresis se obtienen de 650 a 750 ml y de una donación de sangre total se obtienen 225 ml y la otra por la concentración de sus componentes, que es menor en el plasma que se obtiene al separarlo de una donación de sangre total (25). Al plasma que se obtiene por plasmaféresis se le denomina pasta (en inglés: source plasma) y al que se obtiene de una donación de sangre total se le llama plasma de recuperación. Millones de litros de plasma (pasta) son traficados a través del mundo provenientes de países en vías de desarrollo a la industria del plasma de países desarrollados (26-28). Ese era el caso para México, la mayor parte del plasma se exportaba a Estados Unidos y Europa y la sangre que vendían estos donadores se consumía en México.

Las razones por las que la industria farmacéutica utiliza el plasma de países desarrollados son dos principalmente: una es el costo, ya que la remuneración puede ser de 10 a 20 veces menor a un donante en un

país en vías de desarrollo comparado (27) con lo que se le paga a un donador en los países desarrollados; y segundo por las características inmunológicas de los donantes. Si se desea fabricar un suero hiperinmune al citomegalovirus (CMV), a Hepatitis B, a rubeola por poner algunos ejemplos, se requiere que la prevalencia de estas infecciones en la población de donantes sea elevada, lo cual no sucede en los donantes en países desarrollados, donde los donantes con estas características se consideran de alto riesgo y deben ser rechazados por ley. Por lo contrario la prevalencia de infección por estos agentes en la población general adulta de los países en vías de desarrollo es muy alta, siendo su plasma apto para la producción de gammaglobulinas con títulos elevados a estos agentes (29-31).

### **Impacto de la donación pagada de sangre y plasma en el país**

El comercio de la sangre que involucra la donación remunerada de sangre y plasma fue la responsable de la explosión de la epidemia en la población heterosexual en México en los primeros diez años de la epidemia. El primer fenómeno fue la infección iatrógena y epidémica de los donantes remunerados de plasma en los bancos de plasmaféresis comercial. De mayo a noviembre de 1986 un grupo de donadores pagados fueron seguidos y se registró una tasa de seroconversión del 50%. Se hizo un estudio de casos y controles que mostró un mayor riesgo de infección para VIH asociado al número de donaciones por mes que podían ser hasta en 12 ocasiones, (22) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con otras prácticas de riesgo asociados a infección por VIH. Con estos resultados el gobierno mexicano prohibió el comercio de la sangre y con ello a los donadores pagados, mal llamados donadores profesionales (32).

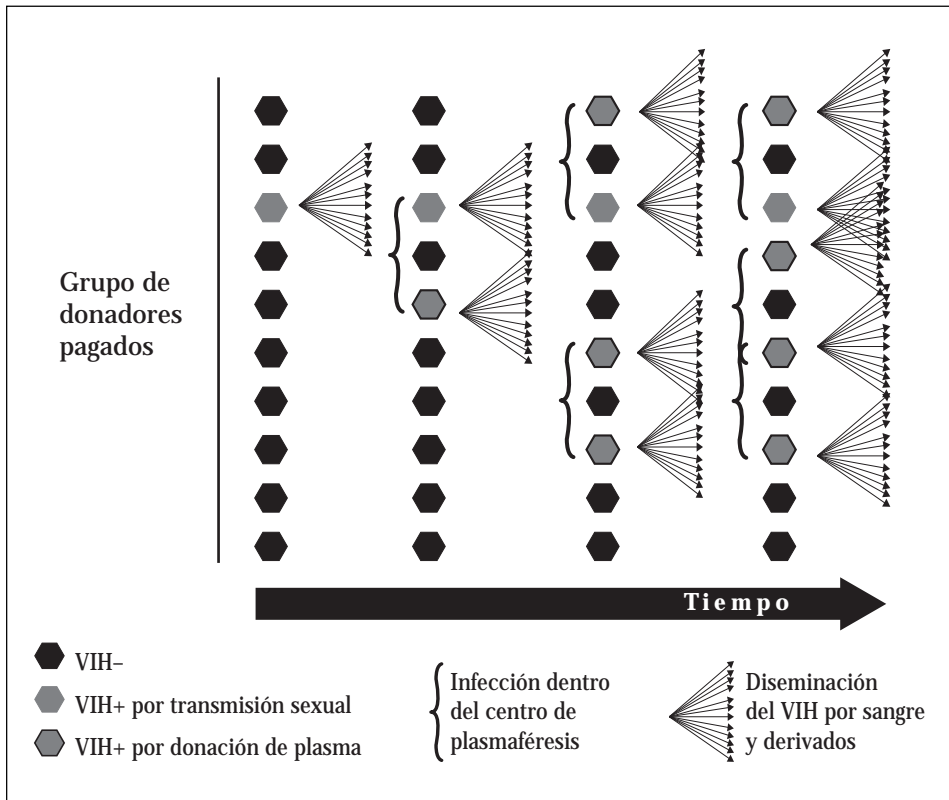
Esta categoría de riesgo para infección por VIH (donación de sangre y plasma pagada) (33-35) fue reconocida por el Consejo Nacional para la Prevención del SIDA en México (CONASIDA) y para finales de 1997 se habían informado de 366 casos de SIDA en esta categoría de transmisión (36).

El impacto de la epidemia de VIH entre los donadores pagados fue una segunda epidemia, ésta fue entre los receptores de transfusiones que empezó a finales de 1985 (37), tuvo su pico máximo en 1986 y terminó en mayo de 1987 con la prohibición del comercio de la sangre (38). El 87% de pacientes con SIDA asociado a transfusión en México recibieron la transfusión índice durante este periodo (38). Al comparar la epidemia

asociada a transfusión sanguínea entre los Estados Unidos y México, se observa que la epidemia de México fue significativamente mayor a pesar de que en los Estados Unidos se utilizaba seis veces más sangre que en México. En 1989 los casos de SIDA por transfusión sanguínea representaron el 17% del total de casos notificados ese año (39).

La tercera y cuarta epidemias fueron: los casos perinatales de mujeres transfundidas o donadoras pagadas y la epidemia heterosexual de las parejas de los donadores y de los pacientes transfundidos. Este fenómeno constituyó una manera rápida y eficiente de sembrar el VIH en la población general, se puede decir explosiva, ya que los donadores vendían

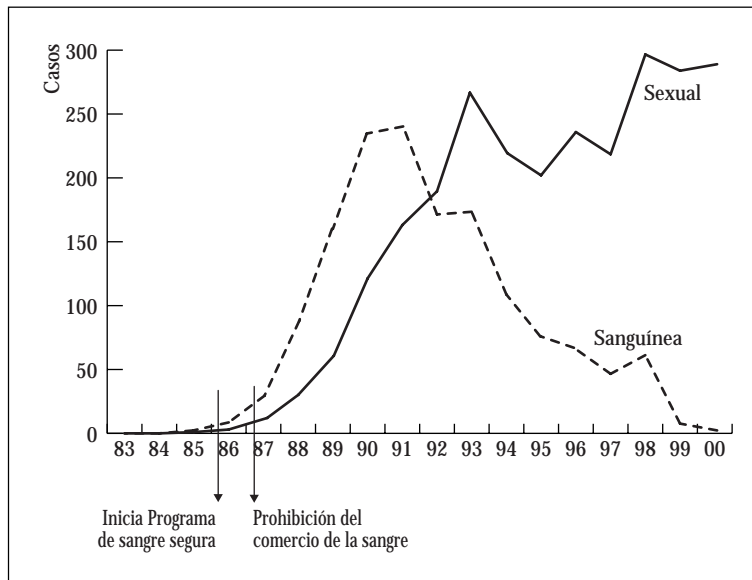
**FIGURA 1**  
*Seroprevalencia en donadores pagados en el tiempo y por factores de riesgo*



plasma entre 3 y 5 veces por semana; y sangre hasta dos veces por mes (Figura 1) (21).

Otro impacto fue la rápida feminización de la epidemia ya que la principal causa de transfusión en México, al igual que en muchos países en vías de desarrollo, (17) son las “urgencias” gineco-obstétricas, esta epidemia afectó principalmente a mujeres en edad reproductiva. La principal causa de SIDA en mujeres mexicanas en la primera década de la epidemia fue la transfusión (Figura 2). Claramente asociado a este fenómeno la relación hombre:mujer cayó rápidamente en cuatro años de 31:1 en 1986 a 5:1 en 1989 (39).

*FIGURA 2*  
*Casos de SIDA notificados en mujeres*  
*por transmisión sexual y sanguínea*  
*1983-2000*



## **Impacto de la prohibición del comercio de la sangre/plasma en la dinámica de la epidemia**

La prohibición del comercio de la sangre tuvo un impacto importante en la prevención del SIDA en México, principalmente entre las mujeres, donde esta tendencia acelerada no solo se frenó sino que se revierte y la relación hombre:mujer se elevó 7:1 en el año de 1994, fenómeno no descrito en ningún otro país ya que la tendencia mundial es a reducir la relación hombre:mujer (40-41). Se puede enfatizar que la prevención fue el resultado de la prohibición del comercio de la sangre y no del tamizaje obligatorio de la sangre para el VIH, ya que la mayor parte de la epidemia en donadores pagados y en receptores de transfusiones tuvo lugar cuando la serología para VIH ya era obligatoria en Bancos de Sangre.

La sangre segura no se da por hecho simplemente porque se expide una ley, ya que las leyes están muy lejos de alcanzar la realidad en muchos países con bajos ingresos. Donde la falta de presupuesto, personal entrenado, instalaciones equipadas, suministro regular de insumos para realizar las pruebas serológicas y de programas permanentes para estimular la donación voluntaria son problemas de todos los días.

El último impacto de este fenómeno fue una regionalización de la epidemia de SIDA. Siete de los 31 estados que tiene el país y el Distrito Federal tenían centros de plasmaféresis comercial. Estos estados junto con el Distrito Federal tienen el 43% de la población total del país, para 1996 habían contribuido con el 69% de todos los casos de SIDA informados, 75% de los casos asociados a transfusión sanguínea, 90% de los casos en donadores pagados y el 63% de los casos en hombres homo-bisexuales (39). En todos los estados donde existieron centros de plasmaféresis comercial la relación hombre:mujer esta por debajo de la media nacional, (1:3 a 1:5 vs. 1:7). La feminización de la epidemia también se regionalizó y fue mucho más eficiente en estos estados, el impacto sigue siendo visible aun 12 años después de la epidemia en donadores pagados. Esto contrasta con Nuevo León, estado fronterizo con los Estados Unidos, que tiene la tercera ciudad más poblada del país, donde no hubo centros de plasmaféresis y la relación hombre:mujer es de 14:1.

México enfrenta una epidemia compleja, con prevalencias altas entre HSH, y un creciente problema de drogadictos intravenosos principalmente en las ciudades fronterizas con los Estados Unidos. La transmisión heterosexual fue eficientada en la primera década de la epi-

demia, a través del fenómeno de la contaminación en los centros de plasmaféresis ya descrito. Los hombres bisexuales son actualmente el principal puente de infección del VIH a las mujeres. Otro problema lo constituyen los trabajadores migrantes que regresan infectados de los Estados Unidos, que ha contribuido a la infección del VIH en poblaciones rurales.

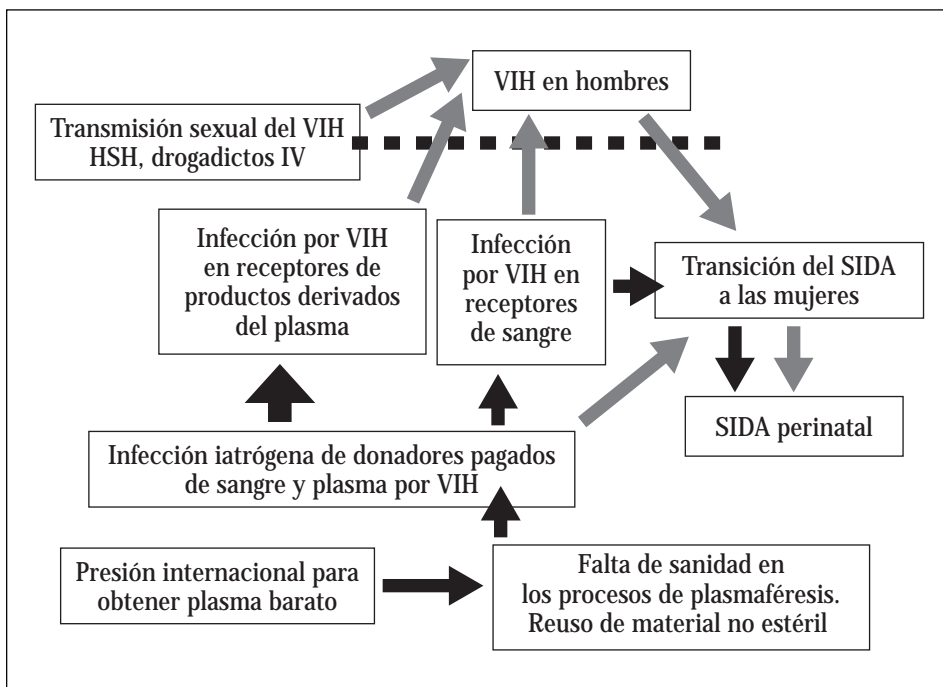
Un dato que destaca en la dinámica de la epidemia de VIH en México es que la seroprevalencia en trabajadoras sexuales a casi dos décadas de iniciada la epidemia en el país sigue siendo baja (0.35 a 0.59 %) (42-43) comparada con otros países como Brasil (11.2%) (44), donde la epidemia comenzó al mismo tiempo. El hecho de que la prostitución en México no esté ligada con el abuso de drogas intravenosas podría explicar la diferencia en esta población con otros países como Estados Unidos, Brasil y Argentina.

### **La relación de la epidemia de VIH con el tráfico de plasma y la industria fraccionadora en el mundo**

El modelo de explosión de la epidemia de SIDA a través del tráfico de plasma está graficado en la Figura 3. Un testimonio indirecto de este fenómeno se observa en la forma en que se incrementaron los títulos de anticuerpos contra VIH en lotes de gammaglobulina comercial. De 1975 a 1981 todos los lotes estudiados fueron negativos, a partir de 1982 se detectaron positivos incrementándose anualmente el porcentaje de positivos y los títulos de estos, inclusive en 1985 hubo un lote con títulos superiores a 1:256,000 (el estudio no informa las casas comerciales productoras de esta gammaglobulina) (45). Los autores de este trabajo presentaron esta información para destacar que la gammaglobulina era segura y no transmitía el VIH. Los autores no discutieron ni dan explicación posible a títulos tan elevados, ¿Cuál debía ser la prevalencia de infección por el VIH de los donantes de plasma para alcanzar títulos tan altos de anticuerpos contra el virus? Estos títulos eran imposible de lograr con el sistema de selección y la prevalencia de los donantes en países desarrollados.

A pesar del esfuerzo, por casi dos décadas, para mostrar la seguridad de los productos derivados del plasma; ha habido trágicas experiencias, que de manera constante expresan lo contrario (46-54). El problema de infección de donantes pagados no solo es para el VIH, el vi-

**FIGURA 3**  
**Diseminación del VIH por plasmaféresis comercial y tráfico intencional de plasma**



rus de Hepatitis B (46, 55) precede al fenómeno de la infección por el VIH. El virus de la Hepatitis C fue el siguiente ejemplo de este grave problema. Desde el inicio de la década de los noventa existía información de la alta prevalencia de infección por virus de la Hepatitis C en donadores de plasma en países en vías de desarrollo (56-60). Casi a la par se demostró la presencia de RNA viral en inmunoglobulinas comerciales (61) producidas con pasta (plasma obtenido por plasmaféresis comercial) y no así, en los lotes producidos con plasma recuperado de donaciones de sangre total. Mientras los autores señalaban la seguridad de estas preparaciones comerciales autorizadas por los Estados Unidos se iniciaba una nueva catástrofe relacionada con los productos comerciales del plasma, la epidemia de virus de Hepatitis C (VHC) en receptores de Gammagard (Baxter, Healthcare Ltd.) (47), inmunoglobulina IV de Baxter, producto autorizado en los Es-

tados Unidos. Poco después se informaron otros brotes con diferentes tipos de gammaglobulinas que se prolongaron pasada la mitad de la década de los noventa (62-66). La explicación proporcionada en ese entonces para explicar este brote fue que al usar una nueva prueba serológica para determinar anticuerpos contra Hepatitis C se habían excluido de los *pools* a los anticuerpos neutralizantes contra el VHC (67-71); esto resulta totalmente inadecuado a luz del conocimiento actual de la Hepatitis C, ya que estos anticuerpos no tienen ningún efecto protector (72-74). En esta explicación no se menciona el origen del plasma con la que fueron producidos los lotes, tampoco se hizo asociación alguna con la alta prevalencia de VHC en donadores de plasma de países exportadores (56-60, 75). En realidad el problema de infección por VHC en receptores de productos derivados del plasma no era algo nuevo para el año de 1993 cuando se inició el brote de Hepatitis C por Gammagard (Baxter Healthcare Ltd.). Desde que se contó con la herramienta diagnóstica se informaron un gran número de estudios que daban testimonio de la alta prevalencia de infección por Hepatitis C en pacientes hemofílicos de países desarrollados a principios de la década de los noventa (76-80) y la clara asociación con la terapia antihemofílica comercial (54). Tampoco fue un problema exclusivo de pacientes hemofílicos, ya que existen varios reportes de brotes de Hepatitis no A no B por el uso de gammaglobulina, ahora reconocida como Hepatitis C, desde finales de la década de los setentas (81-85). Otra posible explicación a estos brotes, es que la capacidad inactivadora del proceso de Cohn modificado pudo haberse saturado por cargas virales altas, ya que la contaminación con VHC en plasma para la industria no es un fenómeno reciente ni exclusivo de los países en vías de desarrollo (24, 86).

### **¿Qué representa la industria del plasma y cuáles son los mecanismos regulatorios de ésta?**

La industria del plasma produce anualmente mas de 4000 millones de dólares en ventas, el 60% proviene de compañías estadounidenses. Blakestone estimó en 1990 que la industria del plasma consumió 12 millones de litros de plasma (25). Existe un tráfico internacional de plasma a través de intermediarios, que buscan países adecuados (usualmente con prevalencia baja de infección por VIH, pobreza y desempleo) para establecer centros de plasmaféresis comercial donde obtener plasma barato

para la industria (26). El plasma de países en vías de desarrollo es llevado a países desarrollados, re-etiquetado y exportado a la industria fraccionadora del plasma como de origen de estos países intermediarios (26). Resulta difícil de entender la falta de regulación y supervisión de los gobiernos de países desarrollados sobre su propia industria fraccionadora. Esto se lee en el reporte publicado por la Comisión para el estudio de la transmisión del VIH a través de la sangre y productos derivados de los Estados Unidos de América publicado en 1995. *“Los datos en relación a la industria fraccionadora del plasma son propiedad de ésta y por ello no están disponibles. La FDA no recoge de manera rutinaria información sobre los donantes de plasma, ni la cantidad de plasma que cada organización colecta, ni el número de productos derivados que produce”* (25) algo similar sucede en la Comunidad Económica Europea, donde el origen del plasma que se importa es “confidencial” (28).

### **¿Cuál ha sido el impacto del tráfico de plasma en la epidemia de VIH en otros países?**

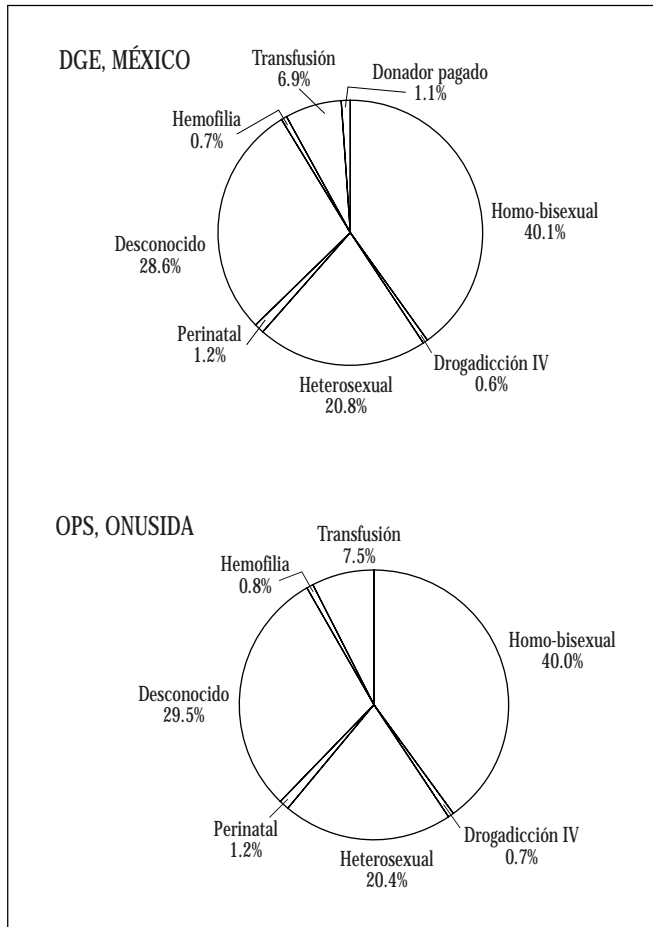
Llegar a conocer el impacto que la plasmaféresis comercial ha tenido en la dinámica de la epidemia VIH/SIDA en los diferentes países del área es difícil de precisar, ya que los estudios epidemiológicos de este fenómeno han sido escasos. En parte por falta de interés de la comunidad científica y porque mucho de este tráfico de plasma y su extracción se hacen de manera clandestina (26) y la información se conoce poco, solo a través de la prensa, como el reciente escándalo de plasma contaminado por VIH, VHC y sífilis exportado y re-etiquetado ilegalmente por Sudáfrica a países europeos (87-88).

Existe evidencia de centros de plasmaféresis a finales de los años setentas (89) en al menos cuatro países del área: Haití, Honduras, Brasil y México que coincidentemente son aquellos donde inicialmente creció la epidemia en forma explosiva en la década de los ochenta. Con todo esto resulta difícil de entender como el comercio de la sangre/plasma no ha sido prohibido en los países de la región latinoamericana y del caribe. Muchos de estos países tienen condiciones donde se puede reproducir o quizá ya se ha reproducido el mismo fenómeno de la epidemia descrito en México.

La identificación de este problema ha sido obstaculizado ya que no se ha reconocido la donación de plasma como una categoría de riesgo de transmisión del VIH, ni a nivel internacional ni localmente por

los países. Resulta impactante y desalentador cuando se comparan el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el de la Dirección General de Epidemiología de México (Figura 4). Esta categoría de transmisión simplemente no existe para la OPS, a pesar de que este gru-

**FIGURA 4**  
**Total de casos de SIDA acumulados en México**  
**informados por dos agencias diferentes**  
**1997**



po, es numéricamente mayor al de los pacientes hemofílicos o los drogadictos intravenosos (42,90). Organizaciones internacionales han sido ciegas a un problema tan serio. Sumado a la actitud suspicaz de médicos y científicos que están siempre dispuestos a reconocer un caso de transmisión sexual de VIH y a cuestionar uno transmitido por transfusión o por donación pagada argumentando que el sujeto pretende esconder su práctica sexual o alguna conducta no aceptada socialmente (91).

### **La plasmaféresis comercial y otros patógenos transmitidos por sangre**

Existen algunos reportes de brotes epidémicos de infección por VIH en donadores de plasma en centros de plasmaféresis comercial en otros países como México, India, y China (22, 75, 92-95) y de otros agentes transmitidos por sangre como Malaria y Hepatitis C (antes denominada Hepatitis no A no B de transmisión parenteral) inclusive en los Estados Unidos (24, 96-98). En los últimos años la prensa no médica ha tratado de alertar sobre el problema de algunos países gravemente afectados como China (99-104); pero no se ha hecho ninguna asociación al problema del destino final del plasma que se vende con los brotes de infección por diferentes agentes virales en receptores de productos derivados del plasmas en los países desarrollados.

En el caso de México, fue la prohibición del comercio de la sangre lo que realmente impactó en la prevención de la transmisión del VIH por transfusión y no sólo la ley que regulaba el tamizaje de la sangre. A pesar de que esta medida fue tomada en situación de emergencia no hubo desabasto de sangre en el país, ya que se establecieron medidas urgentes para promover la formación de un servicio coordinado de transfusión y donación voluntaria nacional. Con esta experiencia, resulta difícil entender como en muchos países del área exista aun un vacío jurídico y la donación remunerada sea una práctica cotidiana, China recientemente prohibió el comercio de la sangre y plasma, medida tomada en situación de emergencia pero demasiado tarde (94-95).

Desgraciadamente muchos países de América Latina se encuentran en este escenario en los que aun se transfunde sangre sin tamizar para el VIH y el comercio de la sangre es hoy una práctica cotidiana. En algunos de ellos la sangre proveniente de donadores remunerados llega a estar entre el 5 y el 25% de la que se utiliza en el país (13). En el Cuadro 1 se presen-

**CUADRO 1**  
**Parámetros económico-sociales y de salud pública**  
**de América Latina**  
**1990**

País	PIB US dólares	Incidencia anual de SIDA x millón de personas	Tasa de alfabetismo en adultos	Mortalidad materna x 100,000 personas	Gasto público en salud % PIB	Gasto privado en salud % PIB
Bolivia	800	2	83	650	2.4	1.6
Colombia	1910	25	91	100	1.2	1.6
Ecuador	1390	10	90	150	2.6	1.6
Perú	2310	34	89	280	1.9	1.3
Venezuela	3020	52	91	120	2.0	1.6
Argentina	8030	49	96	100	2.5	1.7
Chile	4160	21	95	65	3.4	1.4
Paraguay	1690	10	92	160	1.2	1.6
Uruguay	5170	40	97	85	2.5	2.1
Brasil	3640	111	83	220	2.8	1.4
Belice	2630	130	70	s/d	s/d	s/d
Costa Rica	2610	62	95	55	s/d	s/d
El Salvador	1610	67	72	300	2.6	3.3
Guatemala	1340	14	56	200	2.1	1.6
Honduras	600	201	73	220	2.9	1.6
Nicaragua	380	5	66	160	6.7	1.9
Panamá	2750	77	90	55	s/d	s/d
México	3320	47	89	110	2.8	1.4
Cuba	1170	9	95	95	s/d	s/d
Rep. Dominicana	1460	62	82	110	2.1	1.6
Haití	250	136	45	1000	3.2	3.8

Información 1990, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance y Banco Mundial.

PIB = producto interno bruto

s/d = sin datos

tan diferentes parámetros económico-sociales y de salud pública de AL. No es por si sola la pobreza el gran cómplice del VIH. Hay otros factores que parecen ser más importantes como facilitadores de la diseminación del VIH en la sociedad como, bajo gasto per cápita en salud, falta de un sistema de salud estructurado, reflejado en altas tasas de mortalidad materna, baja escolaridad que refleja una población con menores posibilidades de trabajos mejor remunerados susceptible de caer en la venta de partes su cuerpo (sangre, plasma, prostitución) como formas de ganarse el sustento y porque no señalarlo, estructuras políticas, donde se atropellan los derechos de los individuos y no existen organizaciones que velen por el bienestar de sus habitantes. Cuando estos escenarios se conjuntan la diseminación del VIH/SIDA se favorece y no es gratuito que sean los países más pobres donde la epidemia sigue haciendo estragos y no se vislumbra su control.

### **Propuesta legislativa para la prevención**

Para un programa de sangre segura efectiva se requieren tres ingredientes: voluntad política, presupuesto e infraestructura humana y de laboratorio. Histórica y desgraciadamente para las víctimas de esta tragedia, estos tres ingredientes con frecuencia están ausentes en los países económicamente mas desprotegidos, pero no ha sido exclusivo de la áreas mas pobres ya que existen varios ejemplos aun en países desarrollados (26).

A las cuatro recomendaciones emitidas por la OMS para dar cumplimiento al programa de sangre segura: servicio coordinado de transfusión en el país, tamizaje universal de toda la sangre, donación voluntaria y selección de donantes, racionalizar el uso de la sangre y sus derivados es indispensable agregar una quinta medida: La legislación que prohíba el comercio de la sangre y el plasma en y entre todos los países. Esto solo se logrará con la voluntad política de sus líderes, quienes deben entender que la abolición de la donación remunerada y el abastecimiento de sangre segura (a través de donación altruista) son dos armas que debemos obligadamente utilizar en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA.

Ni los médicos, ni los regidores, ni los usuarios podemos quedarnos complacientemente sentados dejando solo la responsabilidad de la seguridad de los productos comerciales del plasma a la industria farmacéutica. La industria utiliza para ello tecnología cada vez mas

sofisticada para inactivar agentes infecciosos; protegiendo solo con ello a una parte de los involucrados en esta tragedia. Mientras los donantes de países pobres, son infectados por vender su sangre/plasma, empobreciendo aun más sus condiciones y agravando la carga de sus sistemas de salud, ya suficientemente pesada, por enfermedades que causan invalidez y muertes tempranas.

El comercio de la sangre y en particular la plasmaféresis comercial representan una grave amenaza para la salud pública de las naciones en vías de desarrollo. Los gobernantes de estos países deben entender que el riesgo para su población, en mucho excede al posible beneficio por la entrada de divisas con la exportación de plasma. El esfuerzo político y económico que hagan estos gobiernos para establecer el Programa de Sangre Segura en sus países, aboliendo el comercio de la sangre y estableciendo un registro nacional de donantes altruistas para cambiar la donación pagada y de reposición por donación voluntaria, tendrá un impacto importante en la prevención del VIH/SIDA, de la Hepatitis C y cualquier posible agente infeccioso emergente que pueda contaminar el aprovisionamiento de la sangre.

## Referencias

1. World Health Day 2000: Information for National Blood Programmes. WHO Last Update September 2000. [www-nt.who.int/world-health-day/en/gen/gen-fill.cfm?navid=68](http://www-nt.who.int/world-health-day/en/gen/gen-fill.cfm?navid=68).
2. Provisional Public Health Service inter-agency recommendations for screening donated blood and plasma antibody to virus causing acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR Morb Wkly Rep* 185; 34:1-5.
3. Ward JW, Grindon AJ, Feorino PM, *et al.* Laboratory and epidemiologic evaluation of an enzyme immunoassay for antibodies to HTLV-III *JAMA*. 1986; 256:357-361.
4. Berglund O, Beckman S, Grillner L, *et al.* HIV transmission of blood transfusions in Stockholm 1979-1985: nearly uniform transmission from infected donors. *AIDS* 1988; 2:51-54.
5. Ward JW, Bush TJ, Perkins HA, *et al.* The natural history of transfusion-associated infection with human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1989; 29:674-6.
6. Donegan E, Stuart M, Niland JC *et al.* Infection with Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) among recipients of antibody-positive donations. *Ann Intern Med* 1990; 113: 733-739.
7. Lackritz EM, Satten GA, Aberle-Grasse J, *et al.* Estimating risk of transmission of the human immunodeficiency virus by screened blood in the United States. *N Engl J Med*. 1995; 333:1721-1725.
8. Petersen LR, Simonds RJ, Koistinen J. HIV transmission through blood, tissues and organs. *AIDS* 1993; 7:(suppl 1) S101-7.
9. Lackritz EM. Prevention of HIV transmission by blood transfusion in the developing world: achievements and continuing challenges. *AIDS* 1998; 12 (suppl A):S81-86.
10. Winsbury Rex. Safe Blood in developing countries. The lessons from Uganda. European Commission. Brussels Luxembourg 1995.
11. Sepúlveda J., del Rio Zolezzi A, Valdespino JL, García, L, Velazquez-Velazquez L, Volkow P. La estrategia de prevención de la transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus derivados en México. *Salud Pública Mex*. 1995; 37:624-35.
12. Moore A, Nyamoongo J, Herrera G, Lackritz E, Granade T, Phillips S, Nahlen B, Janssen R. Evaluation of HIV testing of blood supply in Kenya. XI International Conference on AIDS; 1996 July 7-12. Canada (Mo.C.121).

13. Cruz, José Ramiro. Medicina Tranfusional en Hispanoamérica. Programa de medicamentos esenciales y tecnología. División de Desarrollo de Sistemas y servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Annual PAHO Conference, Puerto Rico.
14. World Health Day 2000: World Health Day 2000: Some Facts. WHO Last Update September 4,2000.[www-nt.who.int/world-health-day/en/gen/gen-fill.cfm?navid=61](http://www-nt.who.int/world-health-day/en/gen/gen-fill.cfm?navid=61)
15. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. [www.who.int/rht/msm/indez.html](http://www.who.int/rht/msm/indez.html) November 11, 2000.
16. World Health Day 2000: Information for National Blood Programmes. WHO Last Update September 4,2000.[www-nt.who.int/world-health-day/en/gen/gen-fill.cfm?navid=65](http://www-nt.who.int/world-health-day/en/gen/gen-fill.cfm?navid=65) Mortalidad MaternoInfantil.
17. Britten AF. Worldwide supply of blood and blood products. *World J Surg* 1987; 11: 82-85.
18. Sierra-Madero JG, Ponce de León S, Ruiz Palacios G, Tinoco JC, Calva J, Zamora E. Prevalencia de anticuerpos contra el virus asociado a linfadenopatía/virus linfotrópico tipo III de células T (LAV/HTLV-III) en una población homosexual en México. *Salud Pública Mex.*,1986; 28:180-5.
19. Dominguez JL, Morales C, Romero MG. HIV prevalence in blood donors. IV International Conference on AIDS, Stockholm, June 1988. (abstract 4089).
20. Sepulveda AJ, García LG, Domínguez TJ, Valdespino JG. Prevención de la Transmisión sanguínea del VIH. La experiencia mexicana. En *SIDA Perfil de una epidemia*. Organización Panamericana de la Salud, México. 1989. p163-72.
21. Volkow P, Marín López A, Torres I. Plasma trade and the HIV epidemic. *Lancet* 1997; 349: 327-8.
22. Avila C, Stetler H, Sepúlveda J, Kenneth GC, Ward JW, Romero G, Valdespino JL. The epidemiology of HIV transmission among paid donors, México City, Mexico. *AIDS* 1989;3:631-3.
23. Klein HG. Principles of apheresis in Anderson KC, Ness PM. Scientific basis of transfusion medicine. Implications for Clinical Practice. W.B. Saunders Company, 1994 USA. pag 781-796.
24. Guyer B, Bradley DW, Bryan JA, Maynard JE. Non-A Non-B Hepatitis among participants in a Plasmapheresis Stimulation Program. *JID* 1979; 139:634-640.

25. Anonimo. The U.S. Blood Supply System in HIV and Blood Supply. (An analysis of crisis decisionmaking) Institute of Medicine National Academy Press Washington D.C. 1995. Pag 25 a 55.
26. Picard, Andre. The Gift of Death, Confronting Canada's Tainted Blood Tragedy. Harper Collins Montreal Canada, 1995; pag195-207.
27. WHO, Blood and blood products: Report by the Director-General, Executive Board document EB/79/Add. (Geneva, 1987)
28. Van Aken WR. The collection and use of Human blood and plasma in Europe. Report for the Council of Europe and the Commission of the European Communities. CEC-CE-FD(92)
29. Hollinger FB Hepatitis B in Hollinger FB, Robinson WS, Purcell RH, nGerin JL, Ticehurst J Viral Hepatitis. Second edition Raven Press, New York 1991, pag 73-139.
30. de Jong MD, Galasso GJ, Gazzard B, Griffiths PD, Jabs DA, Kern ER, Spector SA. Summary of the II iNternational Symposium on Cytomegalovirus. *Antiviral Res* 1998; 39: 141-62.
31. Reynoso EG, Mohar AB, Sánchez CP, Sobrevilla P, Verástegui EA. Prevalencia de Seropositividad a citomegalovirus en pacientes con neoplasias hematológicas. *Cancerología* 1992; 38:1695-1699.
32. Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, Mayo 27, 1987; 1:28-36.
33. Marín-López A, Lobato-Mendizabal E, Alvarez Suarez Y. Infección "ocupacional" por el virus de inmunodeficiencia humana en seis miembros de la misma familia. *La Rev Invs Clin* 1989; 41:103-105.
34. Alvarez Suarez Y, Marín-López A, Lobato-Mendizabal E, Galidno-Rodriguez G. Donadores sanguíneos remunerados: un nuevo grupo de riesgo para el desarrollar SIDA en México. *Salud Publica Mex* 1989; 31: 642-644.
35. Marín López A. Prevalencia de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia del humano (VIH) y otros marcadores de enfermedades infecciosas en donadores remunerados de la Ciudad de Puebla. *Rev Invest Clin (Mex)* 1987; 39: 219-22.
36. Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. Casos de SIDA en el cuarto trimestre de 1997. *Enf Infec y Microbiol* 1998; 18:22-34.
37. Lobato Mendizabala E, Alvarez-Suarez Y, Marín-Lopez A, Ruiz Arguelles y Galindo-Rodriguez G. Prevalencia alta del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) asociado a transfusión sanguínea en Puebla, México. *La Rev Invest Clin* 1989; 41: 147-150.

38. Volkow P, Ruiz-Velasco S, Muller N, et al Transfusion associated AIDS Epidemic in Mexico documento enviado a publicación.
39. Volkow P, Perez-Padilla R, del Río C Ch, Mohar A. Possible Role of commercial plasmapheresis banks on the AIDS Epidemic in México. *Rev Invest Clin* 1998; 50: 221-6.
40. Anonimo. Las mujeres y el SIDA. Punto de vista de Onusida. Noviembre de 1997. Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas.
41. Mertens TE, Low-Beer D. ¿Hacia dónde se encamina la epidemia de infección por VIH y SIDA? *Rev Panam Salud Publica* 1997; 1:220-229.
42. Magis C, Bravo-García E, Anaya-López L, Uribe P. La situación del SIDA en México a finales de 1998. *Enf Infec y Microbiol* 1998; 18:236-44.
43. Loo Mendez E, Magis RC, Rivera P. Trabajo sexual en México: lo que dicen las encuestas. I Forum 2000, II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA y ETS. Noviembre 2000, R'ios de Janeiro, Brazil Volumen I, pag 293.
44. Anonimo Brazil, Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. UNAIDS, Pan American health Organization, World Organization.
45. Zuck TF, Preston MS. Evidence suggesting that immune globulin preparations do not transmit AIDS. In *AIDS the Safety of Blood and Blood Products*. Ed Petricciani JC, Gust ID, Hoppe PA, Krinjen HW. John Wiley and Sons Ltd 1987 pag93-101.
46. Craske J, Kirk P, Cohen B, Vandervelde EM. Commercial factor VIII associated hepatitis, 1974-1975, in the United Kingdom. A retrspective survey. *J HygCamb* 1978; 80: 327-336.
47. Anonimo Outbreak of Hepatitis C associated with intravenous immunoglobulin administration—United States, October 1993-1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1994, 43:505-9.
48. Yasuda Y. Japanese Hemophiliacs Suffering from HIV Infection. Report given to the OIM 9/12/94. [www.nmia.com/~mdibble/japan2.html](http://www.nmia.com/~mdibble/japan2.html) (10/14/96).
49. Peerlinck K, Vermynen J. Acute hepatitis A in patients with haemophilia A. *Lancet* 1993; 341: 179.
50. Mannucci P, Gdovin S, Gringeri A, et al. Transmissison of Hepatitis A to patients with Hemophilia by Factor VIII Concentrates Treated with Organic Solvents and Detergent to Inactivate Virus. *Ann Intern Med* 1994; 120:1-7.

51. Lefrere JJ, Mariotti M, Thauvin M. B19 parvovirus DNA in solvent/detergent-treated anti-haemophilia concentrates. *Lancet* 1994; 343:211-12.
52. Temperley IJ, Cotter KP, Walsh TJ, Power J, Hillary IB. Letter to the editor. *Lancet* 1992; 340: 1466.
53. Lyon DJ, Chapman C, Martin C, Brown KE, Clewley JP, Flower Aj, Mitchell VE. Symptomatic Parvovirus B19 infection and Heat-treated Factor IX Concentrate. *Lancet* 1989; May 13,: 1085.
54. Schulman S, Lindgren A Ch, Petrini P, Allander T. Transmission of Hepatitis C with pasteurized factor VIII. *Lancet* 1992; 340:305-6.
55. Hoofnagle JH, Gerety RJ, Barker LF. Antibody to the Hepatitis B surface Antigen in Immune Serum Globulin. *Transfusion* 1975; 15:407-13.
56. Tang S. Seroprevalence study on Hepatitis C virus infection among blood donors from various regions in China. *Chung Hua Liu Hsing Ping Hsueh Tsa Chih* 1993; 14:271-4.
57. Jha J, Banerjee K, Arankalle VA. A high prevalence of antibodies to Hepatitis C virus among commercial plasma donors from Western India. *J Viral Hepat* 1995; 2:257-60.
58. Sun Y, Zhao Y, Liu X. Antihepatitis C virus screening to prevent hepatitis C virus infection in blood donors. *Chung Hua Nei Ko Tsa Chih* 1995; 34: 696-9.
59. Zhang WH, Liu ChB, Alter HJ, Shih JWK. Hepatitis C virus causing non-A, non-B hepatitis in plasmapheresis center. *Lancet* 1990; 335: 353.
60. Meng ZD, Sun YD, Chen XR *et al.* A serological study of hepatitis C infection in plasmapheresis donors. *Chin Med J* 1991;104: 494-7.
61. Yu MYW, Mason BL, Tankersley DL. Detection and characterization of Hepatitis C virus RNA in immune globulins. *Transfusion* 1994; 34: 596-602.
62. Healey CJ, Sabharwal NK, Daub J *et al.* Outbreak of acute Hepatitis C following the use of anti-C viurs-screened intravenous immunoglobulin therapy. *Gastroenterology* 1996; 110:1120-6.
63. Echeverria JM, Leon P, Domingo CJ *et al.* Laboratory diagnosis and molecular epidemiology of an outbreak of Hepatitis C virus infection among recipients of human intravenous immunoglobulin in Spain. *Transfusion* 1996; 36:725-30.

64. Smith DB, Lawlor E, Power J *et al.* A second outbreak of Hepatitis C virus infection from anti-D immunoglobulin in Ireland. *Vox San* 1999; 76:175-80.
65. Lawlor E, Power J, Garson J, *et al.* Transission rates of Hepatitis C virus by different batches of a contaminated anti-D immunoglobulin preparation. *Vox San* 1999; 76: 138-43.
66. Lefrere JJ, Loiseau P, Martinot-Peignoux M, *et al.* Infection by Hepatitis C virus through contaminated intravenous immune globulin: results of a prospective national inquiry in France. *Transfusion* 1996; 36: 4-7.
67. Hooper J. Viral Safety if IGIV in Belonging, Immune Therapy Spring 1995. published by Caremark pag 8-14.
68. D. Requirements on donor selection and how to achieve viral inactivation in product process. Proceedings from the Symposium: Intravenous Immunoglobulins and Safety Against Blood Borne Infections, Gothenburg, Oct 20, 1994 pag 8-15.
69. Gomperts ED. Gammagard and reproted hepatitis C episodes. Proceedings from the Symposium: Intravenous Immunoglobulins and Safety Against Blood Borne Infections, Gothenburg, Oct 20, 1994 Pag 16-17.
70. Biswas RM, Nedar S, Wilson LT, Mitchel FD, Snoy PJ, Sinlayson EJ and Tankersley 1L. The Effect on the safety of intravenous immunoglobulin of testing plasma for antibody to Hepatitis C. *Transfusion* 1994;34:100-4.
71. Yu MW, Mason BL, Guo ZP, Tankersley DL, Nedjar S, Mitchell FD. Hepatitis C transmission associated with intravenous gamaglobulins. *Lancet* 1995;1173-4.
72. Krawczynski K, Alter MJ, Tankersley DL, *et al.* Effect of immunoglobulin on the prevention of experimental hepatitis C virus infection.
73. Farci P, Alter HJ, Govindarajan S *et al.* Lack of Protective Immunity Against Reinfection with Hepatitis C virus. *Science* 1992; 258: 135-140.
74. Letter to the editor. Nübling CM, Willkommen H, Löwer J. *Lancet* 1995;345: 1174.
75. Wu Z, Liu Z, Detels R. HIV-infection in commercial plasma donors in China. *Lancet* 1995; 346:61-2.
76. Brettler DB, Alter HJ, Dienstag JL, Forsberg AD, Levine PH. Prevalence of Hepatitis C virus antibody in a cohort of hemophilia patients. *Blood* 1990; 76:254-6.

77. Schramm W, Roggendorf M, Rommel F, *et al.* Prevalence of antibodies to hepatitis C (HCV) in haemophiliacs. *Blut* 1989; 59: 390-2.
78. Pistello M, Ceccherini-Nelli L, Cecconi N, Bendinelli M, Panicucci F. Hepatitis C virus seroprevalence in Italian haemophiliacs injected with virus-inactivated concentrates: five year follow-up and correlation with antibodies to other viruses. *J Med Virol* 1991; 33:43-6.
79. Maisonneuve P, Laurian Y, Noel *et al.* Antibodies against hepatitis C virus in french hemophiliacs. *Rev Fr Transfus Hemobiol* 1990; 33: 375-7.
80. Blanchette VS, Vorstman E, Shore A, Wang E, Petric M, Jett BW, Alter HJ. Hepatitis C infection in children with hemophilia A and B. *Blood* 1991; 78:285-9.
81. Lane RS. Non-A, Non-B Hepatitis from intravenous immunoglobulin. *Lancet* 1983ii 974-5.
82. Ochs HD, Fischer SH, Virant FS, Lee ML, Kingdom HS, Wedgwood RJ. Non-A, Non-B Hepatitis and intravenous immunoglobulin. *Lancet* 1985 404-5.
83. Lever AM, Webster ADB, Brown D, Thomas HC. Non-A, Non-B Hepatitis occurring in agammaglobulinemic patients after intravenous immunoglobulin. *Lancet* 1984; ii:1062-4.
84. Weiland O, Mattson L, Glauman H. Non-A, Non-B Hepatitis after intravenous immunoglobulin. *Lancet* 1986; I:976-7.
85. Ward KN, Morgan G, Ashworth K, Bremner J, O'Callaghan A, teo CG. Spurious outbreak of HCV in bone-marrow recipients treated with cytomegalovirus immunoglobulin. *Lancet* 1992;340:1290-1.
86. Datz C, Cramp M, Haas T *et al.* The natural course of Hepatitis C virus infection 18 years after an epidemic outbreak of non-A, non-B hepatitis in a plasmapheresis centre. *Gut* 1999; 44: 563-7.
87. Jurgens A and Bezuidenhout J. SA used as artery in National dodgy blood scandal. *Sunday Times South Africa*, 13 August 2000.
88. Kumar S. Austria investigates allegations of tainted-blood exports. *Lancet* Sept 9, 2000.
89. WHO, Utilization and supply of human blood and blood products, Document A28/WP/6 (May 1975).
90. Surveillance in the Americas Quarterly Report September 1998 Regional Program on AIDS and STD, Pan American Health Organization.
91. Holland PV. Viral infections and the blood supply. *New Engl J Med* 1996; 334: 1734-5.

92. Navarro V, Roig P, Nieto A, Jimenez J, Tuset C, Tuset L, Navarro R, Gustavo J. A small outbreak of HIV infection among commercial plasma donors. *Lancet* 1988; 2:42.
93. Rivero RA, Santos G, Velasco A, Jiménez-Prada M, Dueñas A. Donantes retribuidos de plasma e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. ¿Un nuevo grupo de riesgo para SIDA? *Rev Clin Española*. 1990; 186:310-11.
94. Banerjee K, Rodrigues J, Kulkarni S, Israel Z, Thakar M. Outbreak of HIV seropositivity among commercial plasma donors in Pune, India. *Lancet* 1989; 2:166.
95. Sing YN, Chandra M, Nanu A, Bhasin R, Kapoor S, Malaviya AN. HIV infection in blood donors of Delhi, India: 1 1/2 years' experience. *J AIDS* 1991;4:1008-9.
96. Viana-Martins FS. Malaria induzida no estado do Rio de Janeiro. MSc thesis. Federal University of Rio de Janeiro, 1986.
97. Muss N, Frösner G, Sandhofer. Epidemic outbreak of a non-A, non-B hepatitis in a plasmapheresis center. *Epidemiological observation*. *Infection* 1985; 2:57-80.
98. Laskus T, Ciancciara J, Slusarczyk. Follow-Up of NANB Hepatitis Outbreak in Plasmapheresis unit. *Lancet* 1989: Feb 18: pag 391.
99. Kurtenbach E. China's blood dealers still supplying tainted blood. *Beijing AP*, Oct 1997.
100. Michael L. Selling of tainted blood spreads disease in China. *Washington Post* Februray 18,1999.
101. Wehrfitz G. China: The blood market. *Newsweek* 1996; Vol. 128: (No 20) 24-8.
102. Rosethal E. Scientist warn of inaction as AIDS spreads in China. *the New York Times*, August 2,2000.
103. Laris M. Selling of tainted Blood Spreads Disease in China. *Washington Post* 02/18/99. *CNN Intercative Oneline* (02/15/99) Egypt Closes Five Blood Banks in AIDS cases.
104. Pomfert J. The High Cost of Selling Blood. *Washington Post* ([www.washingtonpost.com](http://www.washingtonpost.com)) (01/11/01).



### 3. EL PAPEL DEL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES EN LA EPIDEMIA REGIONAL DE SIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Francisco Inácio Bastos\**

#### **Introducción**

Desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA, se han reportado casos de SIDA entre personas que se inyectan droga tanto en Norteamérica como en Europa. En América Latina y el Caribe, el primer caso de SIDA entre usuarios de droga intravenosa (UDIs) se reportó en 1983 en la ciudad de São Paulo, Brasil (Grangeiro, 1994).

A principios de la epidemia se reconoció que el hecho de compartir agujas constituía un factor de riesgo importante para la infección por VIH (Des Jarlais *et al.*, 1985). Estudios más recientes señalan los riesgos adicionales y potenciales que representa el compartir la parafernalia de inyección (estufas, algodón, agua) (Jose *et al.*, 1993; Koester *et al.*, 1996), y probablemente las preparaciones de las drogas mismas (Strathdee *et al.*, 1998a).

Los factores socioeconómicos, legales, culturales y de migración contribuyen a la inyección de drogas. Hace seis años, los datos disponibles por parte de la OMS, mostraban que el uso de inyección de droga se reportó en 128 países en todo el mundo; en 100 de estos países se han notificado como usuarios de droga intravenosa (UDIs) con infección por VIH; una imagen que evolucionó continuamente, con nuevos reportes de diferentes países hacia un reto verdadero y global (Adelekan, 2000).

Hoy en día los UDIs representan del 5-10% de infecciones VIH acumulativas entre adultos de todo el mundo, el uso de inyección de droga es el tipo predominante de transmisión del VIH en la mayor parte de Europa Occidental, Europa del Este, el norte de África, Medio Oriente e incrementándose en algunas partes de Europa del Este (Rhodes *et al.*,

\* Investigador asociado de la Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

1999). Tomando en cuenta una transmisión directa entre los UDIs al compartir equipo de inyección contaminado y una transmisión indirecta con sus parejas sexuales y descendencia, la inyección de droga representa el 44% de los casos de SIDA reportados en Europa (Hamers *et al.*, 1997) y cerca de un tercio de los casos en Estados Unidos y el Cono Sur de Sudamérica (Strathdee *et al.*, 1998a; CDC, 1998).

América Latina y el Caribe representan una región muy afectada por la epidemia del VIH/SIDA, pero la extensión a la que los UDIs, usuarios de crack, infección a parejas sexuales y descendencia afecta, varía enormemente dentro y entre los países. En este capítulo, señalaremos las características notables de la epidemia del VIH/SIDA entre los usuarios de droga en América Latina y el Caribe. También describiremos los recientes esfuerzos realizados para implementar programas de reducción de la enfermedad en regiones en las que ha habido difusión considerable sobre el uso de inyección de droga y el VIH.

Aunque el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y drogas ilegales administradas por otros medios diferentes a la inyección muestran influencia en el comportamiento, incluyendo aquellas asociadas al riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Bastos *et al.*, 2000), el presente artículo puntualiza básicamente las consecuencias del uso de inyección de droga. También se menciona el uso de la cocaína, con menos énfasis, ya que su papel relacionado con las epidemias de alto consumo de droga y diseminación tanto del VIH como de sífilis claramente establecido en el contexto de Norteamérica (Williams *et al.*, 1996; Logan & Leukefeld, 2000) se ha evaluado pocas veces en el contexto de América Latina (Szwarcwald *et al.*, 1998a).

## Métodos

Como primer paso, revisamos bases de datos de estándares médicos y de las ciencias sociales (base de datos ISI y Medline), utilizando como palabras clave los términos VIH/SIDA, uso de droga, América Latina, América del Sur y el Caribe. Como segundo paso, evaluamos bases de datos adicionales que incluían literatura disponible sólo en portugués o español (Lilacs). Posteriormente se examinaron concienzudamente compendios y / o bases de datos electrónicas (CD-ROMs) para congresos recientes como los del XIII Congreso Internacional sobre SIDA y el XI Congreso Internacio-

nal sobre Reducción de Daños Secundarios al Consumo de Drogas. También se evaluaron todos los procedimientos de congresos regionales disponibles, publicados básicamente en portugués y español, así como los datos obtenidos de contactos personales con los integrantes de la red latinoamericana de trabajo para la reducción del daños y organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Se revisó minuciosamente toda la información disponible en diferentes formatos: presentaciones orales, carteles y debates en talleres del Forum 2000, Río de Janeiro, Brasil.

A continuación resumimos las conclusiones obtenidas de estas fuentes.

### **Generalidades sobre el uso de drogas y el VIH/SIDA**

Los patrones de la propagación del VIH entre los UDIs están afectados por la metamorfosis de escenarios locales e internacionales, así como por las normas sociales de compartir agujas y por los comportamientos sexuales. La rápida y a veces catastrófica diseminación del VIH entre los UDIs ha originado una mayor visibilidad y legitimidad de esta población oculta, aunque casi en cada país, la inyección de droga continúa siendo altamente estigmatizada. Hasta hace poco, en los países en vías de desarrollo, los UDIs eran rara vez beneficiados por las intervenciones de salud pública (Wodak *et al.*, 1993). Este era el caso, a pesar del hecho de que los UDIs continúan estando en alto riesgo de adquirir otras serias infecciones sanguíneas resistentes como Hepatitis B, C, D y G, HTLV-I / II y malaria, muchas veces como co-infecciones de individuos ya infectados con el VIH (Garfein *et al.*, 1996; Des Jarlais *et al.*, 1996; Bastos *et al.*, 1999).

La inyección de drogas psicoactivas ilegales y la diseminación del VIH/SIDA entre los UDIs afecta a un gran número de países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en vías de desarrollo. Recientemente, se han observado cambios en el patrón de uso de droga en regiones que hasta ahora han escatimado la difusión de patrones “occidentales” sobre el consumo de drogas. Por ejemplo, el uso de inyección de droga es más común en regiones del África Sub-Sahariana debido a que es una ruta de embarque de la heroína, la cocaína y otras drogas ilegales (Adelekan & Stimson, 1997) y que recientemente se identificó como un reto emergente en Lagos, Nigeria (Adelekan, 2000).

Aunque muchos estudios realizados al inicio de la epidemia mencionan la transmisión del VIH entre usuarios de heroína, otros patrones de drogas psicoactivas como las anfetaminas y la cocaína (Klee, 1992; Anthony *et al.*, 1991) se han vinculado claramente a la transmisión del VIH. Los altos riesgos de transmisión del VIH entre usuarios de cocaína se deben al patrón frecuente de inyección y a la cercana relación con el comercio del sexo (Anthony *et al.*, 1991; Edlin *et al.*, 1994). Se han observado altos rangos de seroprevalencia en regiones en las que la cocaína es la única o principal droga inyectada, en países en vías de desarrollo (Carvalho *et al.*, 1996; Telles *et al.*, 1997) y en cierta medida en países desarrollados (Strathdee *et al.*, 1997a; Bruneau *et al.*, Anthony *et al.*, 1991).

Un factor clave en el papel de los UDIs en la difusión del VIH, además del tamaño de estas poblaciones y los antecedentes de niveles de seroprevalencia, es la extensión a la cual se involucran con otros usuarios de drogas y la población en general. Relacionarse con una población considerable de UDIs infectados por VIH, usuarios de cocaína y la población en general dan forma a la epidemia del VIH/SIDA regional. Las locaciones o contextos que promueven “una mezcla eficiente” (como los lugares que utilizan los drogadictos para inyectarse y las cárceles) pueden crear cadenas extensas de transmisión que sin duda alguna han contribuido al establecimiento de la asociación del UDI con la epidemia local y mundial del VIH (Des Jarlais & Friedman, 1993; Taylor *et al.*, 1995).

En un mundo que tiene procesos rápidos de globalización, los escenarios de drogas presencian problemas que fortalecen comportamientos de alto riesgo y como consecuencia se incrementa el riesgo de transmisión del VIH. Muchos países en vías de desarrollo sirven como productores de materia prima y están altamente relacionados con las rutas de tránsito de droga y las redes de lavado de dinero (Arbex Jr. & Tognolli, 1996; Adelekan & Stimson, 1997). Los individuos y grupos de pares también sufren cambios a través de su carrera de consumo de droga (Strang *et al.*, 1992; Des Jarlais *et al.*, 1992), un factor importante, mencionado recientemente en el contexto de América Latina (Dunn & Laranjeira, 1999; Ferri & Gossop, 1999). El reclutamiento de nuevos usuarios en el escenario de las drogas (Friedman *et al.*, 1998) y la reincidencia de inyección entre ex UDIs (van Ameijden *et al.*, 1994) son dos ejemplos que reflejan el patrón de dinamismo del uso de droga y del riesgo al VIH, lo cual debe considerarse para la planeación de programas de prevención.

## **Patrones regionales del consumo de droga y tendencias principales en casos de SIDA entre usuarios de droga en América Latina y el Caribe**

En países como Paraguay (Cono Sur), Bolivia (Área Andina) y la mayoría del Caribe, el papel de los UDIs en la epidemia del VIH/SIDA es muy limitado. Los pocos casos de SIDA registrados en esta categoría expuesta han tenido con frecuencia contactos al exterior. Por otra parte, la epidemia del SIDA se ha expandido extensamente en algunos países altamente poblados como Brasil y especialmente en algunos países pequeños como Haití, Las Bahamas y Guyana Francesa. El papel de los UDIs y usuarios de crack en estas regiones es muy diferente, tal como se muestra en el Cuadro 1. En países en los que la difusión del uso de inyección de droga ha sido extensa (como Brasil y Argentina, por ejemplo) existen patrones regionales claros. En otros países en los que el consumo de drogas a través de la inyección no es común, la transmisión del VIH ocurre por transmisión sexual predominantemente.

En muchos países del Caribe el uso de drogas ilegales (como crack y cocaína) está ligado con frecuencia a la diseminación del VIH a través de un intercambio sexual no protegido y al comercio del sexo. Por lo general, el intenso deseo a las drogas conlleva a los usuarios de cocaína a comprometerse con el sexo comercial, lo cual genera un patrón de mezcla dinámico entre los usuarios de crack y los UDIs; quienes generalmente tienen un alto rango de seroprevalencia al VIH (Montoya & Atkinson, 1996).

### ***México y Puerto Rico***

Aunque están ubicados en el mismo espacio geográfico, Puerto Rico tiene un escenario único sobre las drogas. La presencia evidente de cocaína inyectada está altamente ligada con la epidemia local del VIH/SIDA (Colón *et al.*, 1996). Debido a su situación socioeconómica y antecedente cultural, así como a sus lazos cercanos con Estados Unidos, el patrón regional de UDIs asociados con las infecciones del VIH es más similar a la epidemia continental de Estados Unidos que a la de América del Sur o del Caribe. Por estas razones, se mencionarán brevemente las características específicas para Puerto Rico. Los lec-

**CUADRO 1**  
**Encuestas seleccionadas de seroprevalencia al VIH,**  
**América Latina y el Caribe**  
**1990-2000**

Pais	Ciudad/Estado	Año	Población	Seroprevalencia	N	Referencia
Argentina	Fronteras argentinas	1990	UDIs	39.7%	310	Fay <i>et al.</i> , 1991
Argentina	Buenos Aires	1990	UDIs	74.1%	170	Casiro <i>et al.</i> , 1991
Argentina	Buenos Aires	1998	UDIs	57.0%	60	Rossi <i>et al.</i> , 2000
Argentina	Buenos Aires	1999	UDIs	55.0%	214	Siri & Inchaurrega, 2000
Brasil	Bauru/SP	1990	UDIs	58.0%	108	Gianna <i>et al.</i> , 1992
Brasil	Santos/SP	90-92	UDIs	62.0%	220	Carvalho <i>et al.</i> , 1996
Brasil	Santos/SP	94-96	UDIs	66.0%	140	Turienzo <i>et al.</i> , 1997
Brasil	Campinas/SP	94-95	UDIs	35.0%	110	Azevedo <i>et al.</i> , 1996
			Crack cocaína	9%	146	
Brasil	São Paulo/SP	1999	UD bajo tratamiento <sup>1</sup>	5.5%	350	Carvalho <i>et al.</i> , 2000
Brasil	Río de Janeiro/RJ	89-92	UDIs	34.0%	123	Lima <i>et al.</i> , 1994
Brasil	Río de Janeiro/RJ	94-95	Usuarios de cocaína inhalada	8.6%	638	Inciardi <i>et al.</i> , 1996
Brasil	Río de Janeiro/RJ	94-95	UDIs	15.2% <sup>2</sup>	138	Telles <i>et al.</i> , 1997
				28.7% <sup>3</sup>	110	
Brasil	Río de Janeiro/RJ	1998	UD bajo tratamiento <sup>4</sup>	0.9%	225	Bastos <i>et al.</i> 2000
Brasil	Salvador/BA	94-96	UDIs	49.5%	216	Andrade <i>et al.</i> , 1998
Brasil	Salvador/BA	94-96	UDIs	44.1% (hombres) 74.4%(mujeres)	216	Dourado <i>et al.</i> , 1999
Brasil	Salvador/BA	1999	UDIs	7.0%	200	Andrade <i>et al.</i> , 2000
México	Tijuana/BC	N/D	UDIs	1.35%	300 <sup>5</sup>	Badillo <i>et al.</i> 1998
México	Tijuana/BC	N/D	UDIs <sup>6</sup>	2.53%	79	Rodriguez, 2000
	Juárez/C			1.29%	78	
Nicaragua	Managua	94-95	UDIs	6.0%	50	Díaz & Salgado, 2000
Uruguay	N/D	91-92	UDs (sin mayores detalles)	76.5%	130	Correa <i>et al.</i> , 1993

UD-Usuarios de drogas; UDI-Usuarios de drogas inyectables; N/D-Información no disponible

<sup>1</sup>Incluye 49 UDI

<sup>2</sup>Encuesta "Proviva" (realizada en comunidades pauperizadas)

<sup>3</sup>Encuesta "Projeto Brasil" (realizada en centros de rehabilitación y las calles)

<sup>4</sup>Incluye 24 UDI y ex-UDI

<sup>5</sup>Realizada en prisiones y centros de rehabilitación

<sup>6</sup>Realizada en prisiones

tores pueden evaluar a través de bases de datos principales el creciente número de publicaciones sobre Puerto Rico, que analizan los patrones de consumo de droga entre puertorriqueños que viven en Estados Unidos (Singer *et al.*, 1998; Robles *et al.*, 1998a; Robles *et al.*, 1998b; Freeman *et al.*, 1999).

En México, el hábito de inyección de droga parece ir en aumento, especialmente en la frontera norte (Valdespino-Gómez *et al.*, 1995; Mondragon *et al.*, 1998; Badilloet *et al.*, 2000). Una presentación reciente (Badilloet *et al.*, 2000) describe los hábitos y seroprevalencia a la infección por VIH entre los usuarios de droga inyectada de la frontera norte mexicana (Tijuana, Baja California) tanto de centros de tratamiento (262) como de cárceles estatales (88). De gran preocupación fue el hecho de que la mayoría de los UDIs entrevistados reportaron inyectarse diferentes drogas de manera simultánea (cocaína y heroína; además de otras drogas, principalmente marihuana, consumida por otras vías) y los altos niveles reportados (en total más del 90%) de compartir agujas. En total, la seroprevalencia para el VIH fue de 1.35%, lo que sugiere que deben implementarse estrategias preventivas de manera urgente para poder impedir una epidemia en esta población. Otro documento (Mondragon *et al.*, 1998) señala la vulnerabilidad en aumento de trabajadoras sexuales comerciales que se inyectan drogas ilegales, arriesgado con los altos niveles de riesgo de comportamiento y al sexo no protegido con múltiples parejas que les pagan.

Un tercer estudio (Rodríguez, 2000) mencionando prisioneros de Tijuana (pero con una muestra mayor,  $n=205$ , que en el estudio de Badilloet) y prisioneros de Ciudad Juárez, Chihuahua, corrobora descubrimientos anteriores, señalando el hecho de una proporción mayor (37% y 24% respectivamente) de UDIs encarcelados que siguen inyectándose con una significativa mezcla de consumos de cocaína y heroína, ya sea de manera intermitente o combinada en el mismo tiro. La prevalencia de la infección por VIH entre estos prisioneros fue 2.5% y 1.3% para Tijuana y Ciudad Juárez respectivamente. Según reportes disponibles y aunque la seroprevalencia no parece intensificarse en la frontera mexicana, existen las precondiciones para que exista una epidemia severa en esta población.

Debido a las características sociales propias y a las características de las redes sociales con las que interactúan, los UDIs tienen un papel importante en el “empobrecimiento” de la epidemia del SIDA en México

(como ejemplo podemos mencionar el hecho de que muchos casos nuevos se han registrado entre personas pobres, en lugar de personas de clase media). Parece ser que el hábito de inyectarse drogas es común entre poblaciones mexicanas desplazadas e inmigrantes de América Latina en ruta para los Estados Unidos que cruzan la frontera mexicana y / o que viven provisionalmente en México (Bronfman *et al.*, 1998).

### *El Caribe y América Central*

Durante décadas el Caribe ha sido una ruta de embarque tradicional de la cocaína de los países andinos productores de cocaína a los mercados de América del Norte y Europa. Desde los años 70 y 80 el escenario de las drogas en el Caribe era reconocido por los grandes cultivos y consumo de cannabis así como por el uso incidental de la cocaína. Sin embargo, a finales de los 80 y a partir de entonces, creció la popularidad del crack en muchas islas del Caribe francés (Charles-Nicholas, 1997) y en las Bahamas (Gomez *et al.*, 1996). En América Central surgen incrementos similares del consumo de la cocaína ya sea por fumarla o inhalarla (Low *et al.*, 1993).

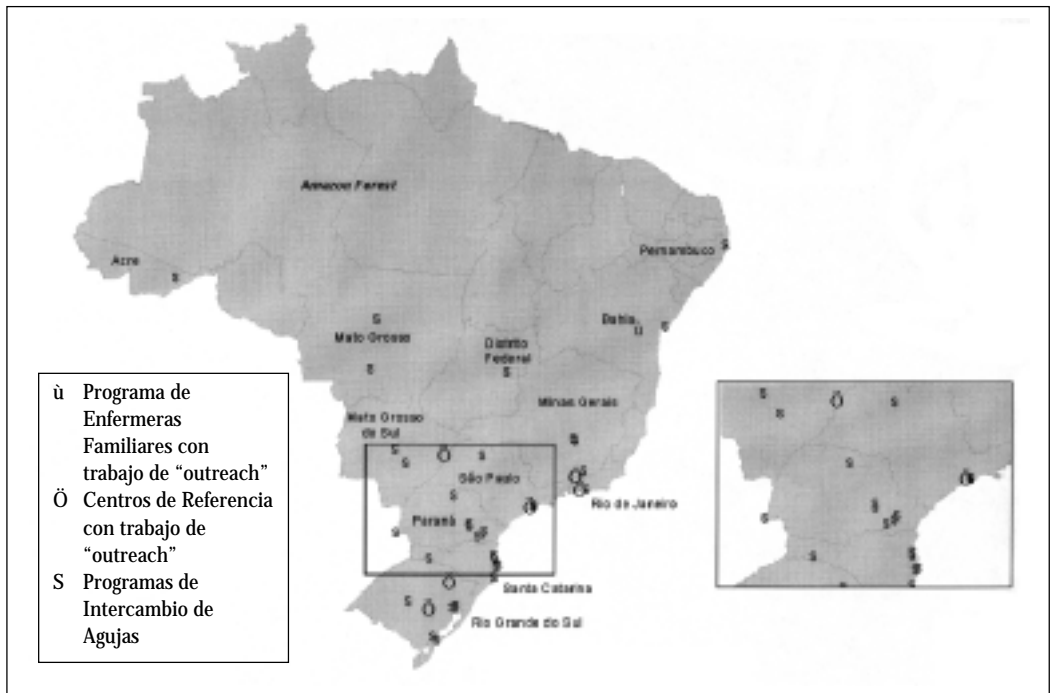
En Nicaragua, una presentación reciente (Díaz & Salgado, 2000) enfatizó los patrones de consumo preocupantes: el polvo de la cocaína y el crack, entre otras sustancias utilizadas por una fracción relevante de una pequeña muestra (50) de usuarios de droga hasta ahora evaluada. El uso de droga inyectada se reportó en 25 entrevistados, muchos de los cuales fue a través de equipo compartido. Se encontró que la prevalencia puntual a la infección por VIH fue de 6.0% y que debía evaluarse en muestras mayores.

Según la literatura y reportes no sistemáticos, la inyección de cocaína no es muy común en el Caribe y actualmente no tiene un papel dinámico importante con relación al VIH/SIDA en esta región. Sin embargo, el papel del crack y su cercana relación con el comercio del sexo han contribuido a la propagación del VIH a través de la transmisión heterosexual (Gomez *et al.*, 1996), tal como se ha dado en Estados Unidos (Edlin *et al.*, 1994). No está bien documentada en qué extensión los usuarios de crack se relacionan con no usuarios de droga o turistas en la región. Estos datos son necesarios para informar sobre prevención y políticas.

## ***Brasil***

Estudios recientes (Bastos & Barcellos, 1995; Barcellos & Bastos, 1996; Szwarcwald & Bastos, 1998; Szwarcwald *et al.*, 1998b; Szwarcwald *et al.*, 2000a) muestran que Brasil, debido a su tamaño continental y fuerte heterogeneidad cultural y social, alberga muchas y diferentes sub epidemias del VIH. Hasta ahora, los UDIs tienen un papel insignificante en la epidemia del SIDA en las áreas menos industrializadas localizadas al noreste de Brasil; salvo el Estado de Bahia (Andrade *et al.*, 1998), el cual es el estado que se encuentra más al sur en esta región. Sin embargo, los UDIs han jugado un papel central en las sub epidemias del VIH/SIDA en el sudeste industrializado, especialmente en el Estado de São Paulo y la línea sur de la costa de São Paulo a la frontera sur de Brasil (Mapa 1).

**MAPA 1**  
***Programas de intercambio de agujas, febrero 2000***



En sus inicios, la epidemia del VIH/SIDA asociada con los UDIs de Brasil, siguió ampliamente las rutas principales de embarque de cocaína; provenientes de la frontera occidental hacia los principales puertos costeros ubicados al sudeste (Barcellos & Bastos, 1996). Un fenómeno similar se describió para las rutas de heroína en Asia (Berkley, 1993). Las rutas de embarque de la cocaína, uniendo el occidente, el sudeste y sur del país, se beneficiaron con la mejor red de comunicaciones brasileñas con muchos caminos aledaños, esenciales para transportar bienes agroindustriales y personas tratando de evitar a la policía.

La investigación internacional indica que los UDIs son una población muy móvil (Frischer, 1998), la cual tiene un impacto dramático en la propagación de los patógenos de sangre resistentes. Un ejemplo único es la ocurrencia de dos brotes de malaria secundaria entre los UDIs del estado de São Paulo, el cual había permanecido libre de malaria por décadas. Estos brotes de malaria se produjeron por la migración de UDIs de otras áreas del país en las que la malaria era endémica (Bastos *et al.*, 1999). Ya que muchos de estos UDIs también estaban co-infectados con el VIH, este ejemplo ilustra cómo puede ocurrir una transmisión por la sangre de patógenos inclusive en áreas remotas. Esto representa un reto para la prevención que todavía necesita mencionarse en casi cada país que reporte uso de droga inyectada.

Recientemente, el tráfico de cocaína, el consumo de cocaína y la propagación del VIH así como otras infecciones de sangre resistentes se convirtieron en el distintivo de las áreas costeras del sur con epidemias del VIH relacionadas con UDIs en algunas municipalidades de la costa de Santa Catarina y Rio Grande do Sul (Bastos, 2000). En algunas municipalidades de esta zona costera se han reportado más del 50% de los casos de SIDA entre los UDIs. Por ejemplo, las ciudades con rangos de incidencia mayor de SIDA son Itají y Balneário de Camboriú, ambas en el Estado de Santa Catarina, Brasil; además de presentar grandes reportes de casos de SIDA entre los UDIs y sus parejas sexuales (Bastos, 1996a).

En contraste con incrementos recientes de los rangos de incidencia de SIDA entre las ciudades del sur, las municipalidades como Santos (SP) (el puerto brasileño más grande) han experimentado una carga alta de VIH/SIDA al inicio de la epidemia y a su vez han observado un declive impresionante en los nuevos casos de SIDA asociados con los UDIs en los últimos cinco años (Mesquita, 2000). Lo anterior sugiere que Brasil está experimentando cronológicamente diferentes epidemias. En Santos existe

una epidemia madura en la que el VIH prevalece entre los UDIs, que en sus inicios era “estable” en niveles altos de entre 50-60% (Carvalho *et al.*, 1996), y que está experimentando una disminución significativa debido a muchos factores que necesitan esclarecerse en los que parece incluir una saturación, el efecto de programas preventivos y cambios en el escenario de las drogas (con una disminución consistente en el hábito de inyección y el compartir agujas entre aquellos que todavía se inyectan).

Por otra parte, una subepidemia reciente ha amenazado las ciudades del sur y está lejos de nivelarse. Estudios recientes (Szwarcwald & Bastos, 1998) confirman que la difusión del VIH entre los UDIs en el Estado de São Paulo está siguiendo un patrón de crecimiento localizado y sugiere que la rápida difusión del VIH entre los UDIs, especialmente a finales de los ochenta, fue rebasado por una dispersión secundaria mayor de infecciones adquiridas de manera heterosexual.

Un entendimiento comprensible del papel del uso de inyección de droga en epidemias específicas del VIH debe considerar hábitos locales y costumbres además de los comportamientos individuales. Tal como lo mostró Kalichman (1993), Grangeiro (1994) y Fonseca & Castilho (1997), los UDIs se concentran en las regiones socioeconómicas más ricas de Brasil; pero la gran mayoría son pobres, de estratos educativos bajos en la sociedad brasileña. Básicamente los UDIs viven en los cinturones de pobreza que rodean las ciudades más ricas de Brasil como São Paulo (Grangeiro, 1994). Los programas de prevención necesitan tomar en cuenta que muchos UDIs entrevistados en Río de Janeiro nunca compran cocaína sino que intercambian servicios sexuales o bienes (Bastos, 1996b). En algunas regiones, por ejemplo São Paulo, el crecimiento de influencia del crack y su dependencia en el comercio del sexo añaden otro nivel de complejidad.

Río de Janeiro, segunda ciudad y puerto más grande de Brasil, tiene un animado escenario de las drogas en el que la cocaína es muy solicitada. Es interesante notar que la epidemia del VIH/SIDA no se ha visto influenciada fuertemente por su pequeña población de UDIs. Tal como lo resumió Telles *et al.* (1997) los rangos de seroprevalencia al VIH entre los UDIs en Río han sido altos según estándares internacionales (aproximadamente 25%) pero nunca llegaron al catastrófico nivel alcanzado en Santos, descrito con anterioridad. Con el paso de los años, los casos de SIDA atribuidos a los UDIs abarca no más del 7% del total de casos de SIDA reportados en Río de Janeiro y parece que hoy en día es-

tán experimentando una disminución en la municipalidad de Río de Janeiro. Aunque Río comparte una proximidad geográfica con Santos así como con muchas otras características (por ejemplo, ser un gran puerto, el papel de embarque de la cocaína y una industria turística en crecimiento) ha tenido un escenario de las drogas muy diferente y una epidemia de VIH/SIDA distintiva entre la población proporcionalmente menor de UDIs.

Un trabajo de nuestro grupo pronostica un declive aparente de nuevas infecciones de VIH en esta población (Guimarães *et al.*, en prensa). Utilizando un algoritmo de prueba de más / menos sensibilidad no se encontró ninguna infección nueva en las muestras de sangre de los UDIs recolectadas entre 1994 y 1996 (y almacenadas en congeladores a  $-70^{\circ}$  C). De nuevo, estuvimos trabajando sólo con hipótesis para explicar este descubrimiento, el cual no fue diferente de aquellos mencionados con relación a Santos. Se reportaron también descubrimientos casi similares en El Salvador, Bahía, con una baja muy significativa en los rangos de infección tanto para VIH y HTLV (Andrade *et al.*, 2000).

Nuestra conclusión tentativa es que las ciudades brasileñas que albergan epidemias maduras en la población de UDIs; es decir aquellas que tienden a la saturación, en las que los programas de prevención se han implementado satisfactoriamente (una característica común de esas tres ciudades) parecen experimentar un declive substancial de la epidemia del SIDA; por lo menos en esta población en particular.

Por otra parte, algunos estudios realizados en otras municipalidades y regiones (principalmente localizadas en la región interna y costa sur de São Paulo —Caiiffa *et al.*, 1998) indican de manera persistente niveles altos de infección por VIH entre los UDIs brasileños y en menor grado entre los de crack (Szwarcwald *et al.*, 1998a). Ya que los rangos de infección por VIH entre este último grupo (Szwarcwald *et al.*, 1998a) son significativamente más altos que aquellos encontrados entre representantes de la población en general (donadores de sangre, mujeres embarazadas, conscriptos militares) (Bastos *et al.*, 1995; Szwarcwald *et al.*, 2000b) el rol del crack en la epidemia del VIH en Brasil no debe considerarse insignificante pero el uso de inyección de droga debe verse todavía como un reto mayor.

El escenario brasileño contemporáneo de las drogas se encuentra bajo una transición rápida que consiste en patrones tradicionales del consumo de la droga (por ejemplo productos de cannabis), medicinas

psicofarmacológicas sin receta, sustancias inhaladas (pegamento) y drogas ilícitas frecuentes en países occidentales (como la cocaína en polvo y el crack) (Bastos *et al.*, 1998a; Bastos & Carlini-Cotrim, 1998). Las regiones como el estado de Bahía, no fueron mayormente afectadas por las consecuencias adversas tanto médicas como sociales de las drogas hasta los ochenta, mientras que experimentaron en los noventa una dispersión mayor tanto del VIH como del HTLV-I/II (Andrade *et al.*, 1998); hoy en día con una baja aparente.

En Brasil, un número de iniciativas de investigación se está enfocando en el efecto combinado del uso de muchas drogas sobre los comportamientos de riesgo al VIH. En particular, estudios centrados en trabajadoras sexuales comerciales pobres (Szwarcwald *et al.*, 1998b), usuarios de crack y cocaína inyectada (Bastos *et al.*, 1998b), y jóvenes de la calle (Raffaelli *et al.*, 1993). En vez de establecer relaciones lineales causales entre los patrones del abuso de la droga y comportamientos de riesgo, esta investigación tiene como objetivo considerar patrones de vida más amplios (Des Jarlais, 1998), y la interacción entre los factores sociales de vulnerabilidad, comportamientos individuales y redes sociales (Friedman, 1993).

Otro aspecto clave mencionado por la investigación brasileña en los últimos años ha sido la transición entre las rutas de la auto administración de la cocaína (Dunn & Laranjeira, 1999; Ferri & Gossop, 1999). Como lo muestran ambos grupos brasileños, las transiciones de la cocaína son muy comunes y se desarrollan hacia diferentes direcciones (es decir, de modos de administración de mayor riesgo hacia algunos más seguros y viceversa) e incluyen períodos espontáneos de abstinencia así como recaídas frecuentes. Esta dinámica hace de la prevención y del tratamiento del consumo de la cocaína, así como de sus daños asociados, un verdadero reto, que debe mencionarse de una manera continua pero flexible

### *El Cono Sur*

De todos los países de América Latina y El Caribe, el Cono Sur ha reportado mayores números de casos de SIDA entre los UDIs, junto con Brasil. El uso de inyección de droga representa el 29% de todos los casos de SIDA reportados en el Cono Sur (Teixeira, 1997). El papel de los UDIs en la

epidemia del VIH/SIDA en Argentina se ha incrementado continuamente (Betts *et al.*, 1996), y ahora sigue un patrón similar al de los países europeos del sur, en los que los UDIs son la categoría de exposición de mayor importancia. (Hamers *et al.*, 1997).

La subepidemia de UDIs en Argentina está cronológicamente retrasada con respecto a la de Brasil. Por ejemplo, en Brasil, el primer caso de SIDA en un UDI se reportó en 1983 (Grangeiro, 1994) y no fue hasta 1985 que se reportó un caso en Argentina (Inchaurraga, 1997). A diferencia de Brasil, en donde la proporción de casos de SIDA atribuibles a los UDIs alcanzó un nivel del 20-21% a principios de los noventa, la proporción de UDIs entre los casos de SIDA todavía está incrementando en Argentina, del 10% del total de casos de SIDA en 1987, al 23% en 1989, 40% en 1991 y 44% en 1993. Un análisis actualizado realizado entre 1999-2000 (Bloch *et al.*, 2000) corrobora dichos descubrimientos, mostrando que los UDIs argentinos se han afectado profundamente por la epidemia del SIDA en la segunda mitad de los noventa y todavía representa más del 40% de todos los casos de SIDA registrados en el país.

Los rangos de seroprevalencia al VIH para Argentina (Cuadro 1), el único país sudamericano además de Brasil en que se han desarrollado diferentes estudios señala una difusión vigorosa del VIH entre UDIs. Aunque debe tenerse cuidado al hacer estas inferencias de los estudios disponibles parece que existe una tendencia hacia la dispersión continua del VIH entre UDIs argentinos en años recientes. Por ejemplo, la reciente encuesta realizada en la ciudad de El Rosario, utilizando una metodología de evaluación y respuesta rápidas desarrollada por la OMS (Siri & Inchaurraga, 2000), señaló altos e inquietantes niveles de infección por VIH (una prevalencia puntual del 55.0%) y serias deficiencias en términos médicos y de apoyo psicológico tanto para el consumo de droga relacionada con un daño psicosocial y la infección del VIH/SIDA. Las frecuencias del hecho de compartir jeringas permanecieron inaceptablemente alto (70%).

Una encuesta reciente llevada a cabo en cuatro regiones diferentes de Argentina (Córdoba, Rosario, Mar de la Plata y Buenos Aires) corrobora los descubrimientos anteriormente mencionados, con una imagen inquietante sobre los altos niveles del hecho de compartir equipo de inyección en las cuatro áreas (Diz & Kornblit, 2000).

Tanto en Argentina (López, 1997; Bloch *et al.*, 2000) como en Brasil (Grangeiro, 1994; Fonseca & Castilho, 1997) los UDIs han tenido

un papel central en el empobrecimiento de la epidemia del SIDA. En contraste con años anteriores, cuando los casos de SIDA eran sobre representados por las personas de estratos socioeconómicos altos, recientemente los nuevos casos de SIDA reportados se encuentran entre las personas que viven en vecindarios pobres y que tienen menos educación y niveles de desempleo más altos: el estrato social en el que se han encontrado patrones de uso de droga dañina.

En Uruguay y Paraguay la epidemia del VIH/SIDA entre los UDIs sigue ampliamente los patrones de Argentina, y en ambos países (especialmente Paraguay) sigue un curso prolongado comparado con Argentina y Brasil. Por ejemplo, los casos de SIDA registrados entre los UDIs en Paraguay representan el 10% del total de los casos de SIDA reportados, un nivel alcanzado en Argentina hace ocho años (Jiménez, 1995). El alcance de la difusión del VIH entre los UDIs en Uruguay y Paraguay es más restringido, posiblemente debido al menor tamaño de la población de UDI de alto riesgo y a un número menor de habitantes. Aunque Paraguay tiene un escenario de inyección de droga mucho menor, su papel como ruta de embarque-transporte parece ir en aumento, junto con el número de usuarios (Míguez *et al.*, 1992). En ambos países, el escenario actual de las drogas combina patrones “tradicionales” del uso de la droga, por ejemplo, las medicinas sin receta, productos de cannabis e inhalantes (el último de preocupación especial en Uruguay en los últimos años – Lapetina, 2000), con los hábitos relativamente nuevos de inyección de cocaína y fumar el crack (Míguez *et al.*, 1992; Berriolo *et al.*, 1997).

En todos los países del Cono Sur, los casos de SIDA reportados entre los UDIs se concentran en las capitales y en los centros metropolitanos importantes. El patrón descrito anteriormente, para regiones de Brasil (tales como en las ciudades costeras del sur y en el estado de São Paulo) sobre la gran dispersión del VIH/SIDA entre los UDIs entre ciudades de mediano tamaño e inclusive ciudades pequeñas no se han observado todavía en el Cono Sur. Sin embargo, la extensión y variedad de encuestas realizadas entre los UDIs de estos países es hasta ahora más limitada que en Brasil (Cuadro 1). Debido al impacto de la zona de libre comercio (Mercosur) existe un incremento del comercio y una movilización de la población en general y los UDIs entre y dentro de los países del Cono Sur y Brasil. A la luz de los datos presentados, se puede esperar que el papel de los UDIs en la dispersión del VIH en Argentina, sur y sudeste de Brasil, Uruguay, Paraguay y Chile se incrementará.

### ***El área andina***

La disponibilidad de la coca y sus diferentes derivados (cocaína en polvo, pasta de coca) no es el único factor que determina su uso. Como se observó en las diferentes regiones de Brasil (Telles & Bastos, 1995) los escenarios de la cocaína tienden a ser distintivos uno del otro, ya que representan una combinación de muchos derivados diferentes y de hábitos de consumo. Por ejemplo, el bazuco (base de coca con mariguana y otros químicos) y la pasta de coca fumable se consume más en el centro-oeste de Brasil y no en las ciudades del sudeste, lo que parece ser un balance dinámico entre la oferta y la demanda.

En el área andina, el polvo de cocaína está más disponible y la inyección es rara. En Perú, encuestas exhaustivas han encontrado menos de 150 UDIs activos entre una muestra de 141,000 individuos (McCarthy *et al.*, 1996). En los países andinos, el hábito tradicional de mascar hojas de coca ha coexistido, especialmente después de los ochenta, con la pasta cruda de coca fumada y el bazuco (principalmente por niveles sociales en desventaja) y la inhalación del polvo de cocaína (entre clase media y clase social alta). Sin embargo, existe una clara predominancia del primero en el campo y del último en las grandes ciudades (Negrete, 1981).

Las tendencias más recientes en Colombia incluyen una disminución en el consumo de pasta de coca para fumar, y un aumento en la disponibilidad de heroína y polvo de cocaína. Se cree que esto se debe en parte a las estrategias renovadas de los cárteles de drogas que están aumentando la disponibilidad de drogas solubles de baja calidad a precios más bajos (Pérez-Gómez, 1996; Míguez *et al.*, 1997). Después de 12 años (1983-1995) en que no se reportó ningún caso de SIDA entre los UDIs en Colombia, en noviembre de 1997, el Departamento de Salud de Bogotá reportó 33 nuevos casos de SIDA en esta categoría (Míguez *et al.*, 1997).

### **Tendencias en el uso de droga en América Latina y el Caribe**

Parece ser que en América Latina y el Caribe hay dos tendencias dominantes:

- a) La reciente difusión del crack de cocaína y,
- b) El surgimiento de los derivados de opio (por ejemplo: heroína); ambos como un cultivo nuevo de los cárteles de drogas (Pérez-

Gómez, 1996; Miguez *et al.*, 1997), y como mercancía nueva buscando renovar rutas de embarque. En algunos casos, surgen nuevos mercados de consumo en estas rutas.

Además del papel que juega en el Caribe, está claro que el crack de cocaína tendrá un papel predominante en muchas regiones epidémicas de VIH/SIDA en América Latina. El crack se ha infiltrado en países y regiones con características sociodemográficas y culturales distintas (por ejemplo: en las Bahamas) (Gomez *et al.*, 1996) y en el sur este de Brasil (Bastos & Carlini-Cotrim, 1998; Szwarcwald *et al.*, 1998a). Análisis recientes llevados a cabo en Santos, Sao Paulo y Rio de Janeiro respectivamente, han demostrado que fumar crack es el principal factor de riesgo de infección por VIH entre los trabajadores comerciales del sexo (TCS) en Santos. Los TCS que fuman crack también tienen niveles significativamente más altos de infección por VIH comparados con los no fumadores (Szwarcwald *et al.*, 1998a). En una muestra de UDIs en Rio de Janeiro, los fumadores de crack se comprometían con más frecuencia en comportamientos sexuales de riesgo que los UDIs no fumadores de crack (Bastos *et al.*, 1998b). Cabe mencionar que en los Estados Unidos, los UDIs disuelven y se inyectan crack como una alternativa más barata al polvo de cocaína (Johnson & Ouellet, 1996). Estudios etnográficos recientes reportan el mismo hábito en diferentes regiones de Brasil (Minayo *et al.*, 1998).

El papel de la heroína y la extensión de su difusión en América Latina se ha debatido acaloradamente, ya que las estrategias de producir y vender heroína —ya sea dentro de mercados locales o para exportación— son un fenómeno reciente. La mayoría de la información del consumo local de heroína en diferentes regiones de América Latina y el Caribe son básicamente anecdóticos. Información preliminar de estudios recientes en Brasil muestran que su uso está aumentando entre los que se inyectan diversas drogas en diferentes áreas del país, tal como los estudios recientes brasileños (Bastos & Carlini-Cotrim, 1998; Bastos *et al.*, 2000). Los primeros reportes de adictos a la heroína en Brasil, identificados en la ciudad de Sao Paulo, indican que aún cuando ya hay fuertes vínculos con el mercado internacional, su presencia dista mucho de haber creado un “escenario callejero” de heroína (Laranjeira *et al.*, 1997). Definitivamente se requieren mayores estudios sobre el uso de la heroína, especialmente en la ciudad de Sao Paulo, para poder entender mejor los patrones de uso.

En el área Andina, la disponibilidad de la heroína está creciendo, debido principalmente a la reciente diversificación de productos y cultivos de los cárteles de drogas. Las consecuencias en los patrones locales de consumo parecen estar restringidos por ahora (Pérez-Gómez, 1996; Miguez *et al.*, 1997). Las tendencias futuras son difíciles de predecir, pero su impacto podría ser un crecimiento considerable en la difusión tanto del uso de droga inyectada como de la infección transmitida por sangre.

La interacción de las fuerzas sociales macro y micro, los patrones de consumo de drogas y la difusión del VIH es compleja. Faltan análisis de multi-nivel de estos fenómenos en la región. Un estudio reciente evaluó las amplias relaciones entre las injusticias sociales (por ejemplo: desempleo y falta de vivienda), y la difusión de VIH entre usuarios de drogas en Argentina (López, 1997). Estudios ecológicos llevados a cabo en Brasil (Bastos & Barcellos, 1995; Barcellos & Bastos, 1996), señalan el papel que juegan las rutas de tráfico de cocaína y el tránsito de gente y bienes en las municipalidades de Brasil en la difusión del VIH. Se debe tener en mente que esta interacción de fuerzas combina amplios determinantes primarios macrosociales con los “efectos secundarios” de las políticas de drogas, dirigidas a problemas que frecuentemente ellas mismas empeoran. Por ejemplo, un efecto no deseado de la parafernalia de las leyes de drogas, promueve frecuentemente prácticas de riesgo de inyección en lugar de reducirlas (Scheerer & Vogt, 1989).

Estudios recientes (Strathdee *et al.*, 1997a; 1997b; Wallace, 1993) han demostrado que los factores sociales de meso nivel (por ejemplo, vivienda inestable), y la rotura de las redes sociales (Wallace, 1993) están asociados con comportamientos de riesgo y la difusión del VIH en los barrios pobres. Un análisis reciente en Brasil (Szwarcwald *et al.*, 2000c) ha demostrado que una variedad de problemas de salud y sociales, incluyendo difusión del VIH y homicidios, no solo están asociadas con extensas injusticias sociales en la ciudad de Río de Janeiro, sino también con la interacción microsocial entre las cadenas sociales en los barrios. Por ejemplo, la evidencia de la disolución de la cadena social y muertes es secundaria a las guerras locales e internacionales de las drogas. Se requiere mayor investigación para entender el impacto de estos factores en los patrones de transmisión del VIH.

Existen dos métodos que se pueden usar para superar las dificultades al hacer deducciones de los diferentes niveles de análisis (Susser, 1994). Cuando se usan métodos cualitativos, se proponen los

métodos de información triangulada e información obtenida de diferentes fuentes (Stimson, 1995). En el campo de la epidemiología y de modelo matemático, los modelos jerárquicos de múltiples niveles pueden considerar los diferentes niveles de la información de hacinamiento (Victoria *et al.*, 1997)

### **El destino de las estrategias de prevención en América Latina y el Caribe**

Hasta hace poco, en casi todos los países de América Latina y el Caribe, las estrategias de reducción de daño han sido implementadas en forma dispareja, y rara vez con una propuesta adecuada y discutida (Weissenbacher *et al.*, 2000). Hasta mediados de los noventa, muy pocas ONGs y organizaciones autodependientes estaban involucradas en el desarrollo de actividades preventivas entre UDIs, sólo se involucraban en las actividades que promovían abstinencia en el uso. Aún ahora, las filosofías de reducción de daño se encuentran básicamente restringidas a Brasil y Argentina.

La lucha por la implementación de un juego de iniciativas de reducción de daño dirigida a los UDIs en Brasil recibió un estímulo después de 1992, cuando el Gobierno Federal solicitó respaldo financiero y técnico del Banco Mundial para la prevención del SIDA. Un análisis de la información epidemiológica a principios de los noventa dejó en claro que tanto el personal del Banco Mundial como las autoridades de Salud de Brasil necesitaban subrayar el papel central de los programas específicamente dirigidos a los UDIs y sus parejas para detener la difusión de la epidemia (Bastos *et al.*, 1998a). El proceso para introducir las políticas de reducción de daño en América Latina y el Caribe ha sido errático, influenciado por una fuerte oposición de las fuerzas conservadoras locales, y el reto a los prejuicios culturales y religiosos contra la mayoría de los principales componentes para reducir el daño (por ejemplo: distribución del condón) (Bastos, 1996b; Bastos *et al.*, 1998a).

Sin embargo, las barreras más arraigadas en la región parecen ser la prohibición legal, explícita o implícita, para llevar a cabo estas actividades (Bastos, 1996; Bastos *et al.*, 1998a); Marques & Doneda, 1998). Una barrera adicional es la fuerte influencia de presiones contradictorias internacionales, especialmente de los Estados Unidos, para reducir el suministro de cocaína en países intrínsecamente inestables política y eco-

nómicamente. Estas presiones políticas y económicas así como coacciones son particularmente fuertes por parte de los países productores de coca, cuando estrategias alternativas para imponer la reducción por la fuerza de los cultivos, son difíciles de implementar (Arganarás, 1997)

Debido a su prominente papel socioeconómico en América Latina y al tamaño de su epidemia de VIH/SIDA, la reformulación de la política de prevención de VIH/SIDA en Brasil ha tenido un impacto significativo sobre las actividades de casi toda América Latina, y a un menor grado en el Caribe. En 1996, por primera vez, todos los países Americanos propusieron una estrategia común para luchar contra el tráfico ilegal de drogas y su consumo en las Américas en el foro auspiciado por la Organización Panamericana de Salud, realizado en Montevideo, Uruguay. Además de las estrategias de reducción de suministro tradicionales y el refuerzo de ley, esto incluyó la implementación de estrategias de reducción de demanda enfocadas en educación y prevención (Berriolo *et al.*, 1997).

En América Latina, Brasil tiene, sin lugar a dudas, un papel importante en el desarrollo de estrategias de reducción de daño. Esto incluye varios proyectos llevados a cabo en diferentes regiones que están apoyadas por un consorcio que involucra a la Secretaría de Salud de Brasil, al Banco Mundial y UNDCP (Marques & Doneda, 1998). Adicionalmente, Argentina está empezando a implementar programas integrales además de una promoción exclusiva de métodos enfocados a la abstinencia tradicional. (Inchaurraga, 1997)

Algunas iniciativas comúnmente propuestas como parte de una estrategia de reducción de daño continúan teniendo dificultades con legislaciones nacionales. Esto incluye el aumentar la disponibilidad de agujas limpias y jeringas a través de un programa de intercambio de jeringas, máquinas expendedoras y ventas de mostrador (ejemplo: farmacias). Sin embargo, no hay duda de que las estrategias de reducción de daño se están comentando de manera más abierta y que de hecho se han implementado con éxito en algunos países de América Latina y el Caribe.

Además del intercambio de jeringas, otras iniciativas implementadas en diferentes países incluyen mayor disponibilidad de la prueba del VIH e instalaciones de consejería, y la apertura de nuevos programas de tratamiento de drogas en países como Argentina y Brasil (Inchaurraga, 1997; Marques & Doneda, 1998). En regiones donde el papel de la heroína y otros narcóticos es mínimo, se han usado terapias de sustitución

innovadora para la adicción a la cocaína. Por ejemplo, en Perú y Bolivia, se ha utilizado la infusión de hoja de coca para tratar la adicción de la cocaína. (Llosa, 1994).

Otras estrategias importantes que podrían disminuir indirectamente las tasas de infección por VIH incluyen un diagnóstico sistemático y un tratamiento de infecciones principalmente transmitidas por vía sexual (ITS) (Instituto de Medicina, 1997), y el libre acceso a la terapia anti-retroviral activa (HAART) para personas infectadas por el VIH. Aunque lo último sólo está disponible ampliamente en Brasil, estos programas pueden tener una influencia favorable en la epidemia de VIH de la región, al reducir la incidencia de ITS que son factores adicionales de la transmisión del VIH y potencialmente reducir la carga viral entre las personas infectadas. Sin embargo, es necesaria una evaluación formal de dichos programas. Por ejemplo, se han encontrado problemas en la orientación y referencia de tratamiento para ITS en la región (Giffin & Lowndes, 1999) La literatura internacional sugiere que la observación de terapias anti-retrovirales es problemática para la población UDI (Strathdee *et al.*, 1998b), lo cual se confirmó recientemente a través de una investigación llevada a cabo en Sao Paulo, SP, Brasil (Nemes, 2000).

A pesar de estos pasos positivos, la mayoría de las iniciativas de prevención no tienen suficientes fondos y el único programa de intercambio de jeringas que existe en América Latina se encuentra en Brasil (40 en plena operación). A la fecha, la mayoría de los programas de intercambio de jeringas que han abierto recientemente son relativamente pequeños y no cuentan con suficiente personal, además de que tienen una capacidad de operación muy limitada. Estos programas operan a pesar de la amenaza de tener que interrumpir sus actividades debido a conflictos con la legislación nacional de drogas y oficiales de la policía local. Sin embargo, representan el momento crucial en la implementación de las actividades de reducción de daño en el Continente.

Un reporte reciente de los oficiales de la OPS (Weissenbacher *et al.*, 2000) indica claramente que la implementación de estrategias de reducción de daño en Sudamérica y el Caribe tienen diferentes niveles de compromiso político. En pocos países latinoamericanos las estrategias de reducción de daño han recibido ayuda y financiamiento político y comunitario. Por otro lado, en muchos otros países existe un prejuicio muy claro en contra de dichos programas por el público en general y/o los cuerpos gubernamentales.

Aunque no hemos subrayado las regiones que tienen un contacto más directo con los Estados Unidos (ejemplo: la frontera norte de México, Puerto Rico), estas regiones en ocasiones se han beneficiado por la transferencia de conocimientos con respecto a las actividades de reducción de daño. Por ejemplo, en Puerto Rico hay varios programas de servicios de asistencia con consejería, desarrollo de habilidades y distribución del condón (Robles *et al.*, 1998). Sin embargo, la distribución y/o intercambio de agujas y jeringas continúa como una controversia tanto en estos países como en los Estados Unidos. Hasta donde sabemos, no existen programas de intercambio de jeringas en México ni en Puerto Rico. En el Caribe, estrategias preventivas implementadas a la fecha básicamente se enfocan a riesgos sexuales e incluye educación y distribución de condón (Gomez *et al.*, 1966). En estos países, se necesitan programas adicionales de educación que desaliente la transición a la inyección.

Los aspectos dinámicos de la producción, comercialización y consumo de drogas sugieren que la vigilancia debe sobrepasar los estudios de la difusión y conducta del VIH para anticiparse y prevenir transiciones a la inyección, acompañando conductas de alto riesgo. A través de vigilancia personal, las comunidades y las instituciones podrán hacerse cargo de las epidemias en sus fases iniciales, evitar altos antecedentes de seroprevalencia al VIH y enfrentarse a patrones de mezcla entre los UDIs y la población en general que ya están establecidos en epidemias maduras. Sólo con información precisa de los patrones locales de consumo de drogas y una ampliación cultural y del contexto social demográfico será posible implementar intervenciones culturales apropiadas y evaluarlas con respecto a su eficacia, duración y relación costo-beneficio.

## Referencias

- Adelekan, M. (2000). Paper presented at the Meeting of WHO Multicentre Study Phase II PIs, Saint Petesburg. Russian Federation.
- Adelekan, M. & Stimson, G. (1997). Problems and prospects of implementing harm reduction for HIV and injecting drug use in high risk sub-saharan African countries. *Journal of Drug Issues* 27:97-116.
- Andrade, T.; Dourado, I. & Galvão-Castro, B. (1998). Associations among HTLV-1, HTLV-II and HIV in injecting drug users in Salvador, Brazil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 18:186-187.
- Andrade, T.; Farias, A.H.T.; Dourado, I. & Galvão-Castro, B. (2000). Diferentes perfis de soroprevalência de HIV-1 entre UDIs de diferentes bairros da cidade de Salvador: Efeitos da Prevenção. Paper presented at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. II, pp. 965.
- Anthony, J.C.; Vlahov, D.; Nelson, K.E. *et al.* (1991). New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with Human Immunodeficiency Virus Type 1. *American Journal of Epidemiology* 134:1175-1189.
- Arbex Jr., J. & Tognolli, C.J. (1996). *O Século do Crime*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Argañarás, F.G. (1997). Harm reduction at the supply side of the drug war: the case of Bolivia, in: P.G. Erickson; D.M. Riley; Y.W. Cheung & P.A. O'Hare (Eds). *Harm Reduction; A New Direction for Drug Policies and Programs*. Toronto: Toronto University Press.
- Azevedo, R.C.S.; Manfrinatti, M.B.; Silvia, J.A.G. & Lima, E.S. (1996). Drug users knowledge on AIDS and behavioral changes in Campinas, Brazil. Poster (Tu.C.2492) presented at the XI International Conference on AIDS, Vancouver.
- Badillo A.R.; Mariz-Rodriguez C.; Ortiz-Mondragon R. *et al.* (1998). Persons who injecting drug in treatment and prisoners in Tijuana, Baja California, Mexico. Poster (23212) presented at the XII International Conference on AIDS, Geneva.
- Ball AL. (1998) Overview: policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In: Stimson G.; Des Jarlais, D.C.; Ball, A.L. *Drug injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London Press.

- Barcellos, C. & Bastos, F.I. (1996). Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 121:11-24.
- Bastos, F.I. (1996a). Difusão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDIs) como fator determinante de epidemias intensas e extensas no Brasil. III Reunião Especial da SBPC (Ecosistemas Costeiros), Florianópolis (SC), Brasil. *Livro de resumos*, pp. 87-89.
- Bastos, F.I. (1996b). *Ruína & Reconstrução - AIDS e Drogas Injetáveis na Cena Contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA & IMS-UERJ.
- Bastos, F.I. (2000). Drugs and AIDS: A case study from Brazil. In: *Urban Health and Development Bulletin* (Durban) 3:30-38
- Bastos, F.I. & Barcellos, C. (1995). A geografia social da AIDS no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 29:52-62.
- Bastos, F.I.; Telles, P.R.; Castilho, E.A. & Barcellos, C. (1995). A epidemia de AIDS no Brasil, in: M.C.S. Minayo (Ed). *Os Muitos Brasís: Saúde e População na Década de 80*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec & ABRASCO.
- Bastos, F.I. & Carlini-Cotrim, B. (1998). O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens brasileiros: dados, danos & algumas propostas, in: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD (Ed.). *Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas*, Vol. II. Brasília: CNPD.
- Bastos, F.I.; Stimson, G.; Telles, P.R. & Barcellos, C. (1998a). Cities responding to HIV-1 epidemics among injecting drug users, in: G. Stimson; D.C. des Jarlais & A. Ball (Eds). *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: UCL Press.
- Bastos, F.I.; Telles, P.R.; Bastos Jr., W. & Strathdee, S.A. (1998b). Higher frequency of commercial sex among crack smokers in a sample of injecting drug users, in Rio de Janeiro, Brazil. Poster (23212) presented at the XII International Conference on AIDS, Geneva.
- Bastos F.I., Barcellos C., Lowndes C.M. & Friedman S.R. (1999). Co-infection with malaria and HIV in injecting drug users in Brazil: a new challenge to public health? *Addiction* 94:1165-1174.
- Bastos F.I., Lowndes C.M., Castello-Branco L.R. et al. (2000). Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of STD & AIDS* 11:383-392.

- Berkley, S. (1993). AIDS in the Developing World: An Epidemiologic Overview. *Clinical Infectious Diseases* 17:S329-336.
- Berriolo, R.; Osimani, M.L.; Serra, M. & Weissenbacher, M.C. (1997). El SIDA y su asociación con el uso de drogas en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay* 13:45-53.
- Betts, C.D.; Astarloa, L.; Bloch, C. *et al.* (1996). The changing face of AIDS in Argentina. *Journal of the American Medical Association* 276: 94-96.
- Bloch, C.R.; Procupet, A.S.; Kaufmann, R. & Tecilla, E. (2000). Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de SIDA en la Argentina. Paper presented at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. I, pp. 224.
- Bronfman, M.; Sejenovich, G & Uribe, P (1998). *Migración y SIDA en México y América Central*. México, DF: Consejo Nacional para Prevención y Control del VIH/SIDA.
- Bruneau, J.; Lamothe, F.; Franco, E. *et al.* (1997) High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study, *American Journal of Epidemiology* 146: 994-1002.
- Caiaffa W.T. e equipe do Projeto AjUDE-Brasil (1998). Relatório técnico-científico do projeto “*Situação de Base dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) Apoiados pela CN-DST/AIDS – Projeto AjUDE-Brasil*”, Coordenação Nacional DST/AIDS - Universidade Federal de Minas Gerais (mimeo).
- Carvalho, H.B.; Mesquita, F.; Massad, E. *et al.* (1996) HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 12:84-92.
- Carvalho, H.B.; Seibel, S.D.; Massad, E. *et al.* (2000). Uso do crack e perspectivas na mudança de hábito do uso injetável de drogas e conseqüências nas infecções de transmissão parental. Presentation at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. I, pp. 226.
- Casiro, A., Perez, H. & Grinberg, N. *et al.* (1991). Spontaneous attendance for HIV testing in Buenos Aires: 1985-1990. Poster (M.B.2455) presented at the VII International Conference on AIDS, Florence. Centers for Disease Control - CDC (1998). *HIV/AIDS Surveillance Report* 11(1).
- Charles-Nicholas, A. (1997). The drug situation in the Caribbean. Paper presented at the VIII International Conference on the Reduction of Drug related Harm, Paris. *Abstract Book* p. 68.

- Colón, H.M.; Robles, R.R.; Marrero, C.A. *et al.* (1996) Behavioral effects of receiving HIV test results among injecting drug users in Puerto Rico. *AIDS* 10:1163-1168.
- Correa, M., Rivas, B. & Somma, V. (1993). Drugs and AIDS in Uruguay. Poster (PO-D08-3640) presented at the IX International Conference on AIDS, Berlin.
- Des Jarlais, D.C. (1998) Intoxications, intentions, and disease prevention (Editorial). *Sexually Transmitted Diseases* 24:320-321.
- Des Jarlais, D.C.; Friedman, S.R. & Hopkins, W. (1985). Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. *Annals of Internal Medicine* 103: 755-759.
- Des Jarlais, D.C.; Casriel, C.; Friedman, S.R. & Rosenblum, A. (1992). AIDS and the transition to illicit drug injection. Results of a randomized trial prevention program, *British Journal of Addictions* 87:493-498.
- Des Jarlais, D.C. & Friedman, S.R. (1993). AIDS, injecting drug use and harm reduction, in: N. Heather; A. Wodak; E. Nadelmann & P. O'Hare (Eds.). *Psychoactive Drugs & Harm Reduction*. London: Whurr Publishers.
- Des Jarlais, D.C.; Stimson, G.; Hagan, H. *et al.* (1996). Emerging infectious diseases and the injection of illicit psychoactive drugs. *Current Issues in Public Health* 2:1320-1327.
- Dias, M.B.S.; Lima, J.N.; Abreu, W.B. *et al.* (1989). Follow-up of groups at risk for HIV infection. Poster (T.G.P.14) presented at the V International Conference on AIDS, Montreal.
- Díaz, R.M.M. & Salgado, Z.G. (2000). Sífilis, hepatitis B y VIH en un cartel de expendio de drogas en Managua, Nicaragua. Presentation at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. I, pp. 234.
- Diz, A.M.M. & Kornblit, A.L (2000). Consumo de drogas por via endovenosa y riesgo de infeccion por el VIH desde la perspectiva de los actores. Paper presented at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. II, pp. 934.
- Dourado I., Andrade T., Carpenter C.L. *et al.* (1999). Risk factors for Human T Cell Lymphotropic Virus type I among injecting drug users in northeast Brazil: possibly greater efficiency of male to female transmission. *Mem Inst Osv Cruz.* 94(1): 13-18
- Dunn J. & Laranjeira R.R. (1999). Transitions in the route of cocaine administration. Characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 94:813-824.

- Edlin, B.R.; Irwin, K.L.; Faruque, S. *et al.* (1994). Intersecting epidemics - crack cocaine and HIV infection among inner-city young adults. The Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. *New England Journal of Medicine* 331:1422-1427.
- Fay, O., Taborda, A. & Fernández, E. *et al.* (1991). HIV seroprevalence among different communities in Argentina after four years of surveillance. Poster (M.C.3263) presented at the VII International Conference on AIDS, Florence.
- Ferreira, A.; Grandi, J.; Fernandes, M. *et al.* (1989). Epidemiological findings of HIV infection among women in São Paulo, Brazil. Poster (Th.G.P.26) presented at the V International Conference on AIDS, Montreal.
- Ferri CP & Gossop M. (1999). Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addictive Behavior* 24:815-821.
- Fonseca, M.G.P. & Castilho, E.A. (1997) Os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Brasil, 1980-1997. *Boletim Epidemiológico* X(3):6-14.
- Freeman R.C., Williams M.L. & Saunders L.A. (1999). Drug use, AIDS knowledge, and HIV risk behaviors of Cuban-, Mexican-, and Puerto-Rican-born drug injectors who are recent entrants into the United States. *Substance Use and Misuse* 34:1765-1793.
- Friedman, S.R. (1993). AIDS as a sociohistorical phenomenon, in: *The Social and Behavioral Aspects of AIDS. Advances in Medical Sociology* Vol. III. New York: JAI Press.
- Friedman, S.R.; Friedmann, P.; Telles, P.R. *et al.* (1998). New injectors and HIV-1 risk, in: G. Stimson; D.C. Des Jarlais & A. Ball (Eds). *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: UCL Press.
- Frischer, M. (1998). Mobility and the diffusion of drug injecting and HIV infection, in: G. Stimson; D.C. Des Jarlais & A. Ball (Eds). *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: UCL Press.
- Garfein, R.S.; Vlahov, D.; Galai, N.; Doherty, M.C. & Nelson, K.E. (1996). Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency virus, and human T-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health* 86: 655-661.

- Gianna, M.C.; Munhoz, R.; Grangeiro, A. *et al.* (1992). HIV soroprevalence in malaria outbreak related to the IVDU. Poster (PoC 4253) presented at the VIII International Conference on AIDS, Amsterdam.
- Giffin, K. & Lowndes, C.M. (1999). Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Social Science and Medicine* 48:283-292.
- Gomez, M.P.; Bain, R.M.; Major, C. *et al.* (1996). Characteristics of HIV-infected pregnant women in the Bahamas. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 12: 400-405.
- Gonçalves, V.L.C.; Dos Anjos, R.M.P.; Ramos, T.F. & Gomes, C.O.M. (1989). Sorocaba ambulatory AIDS experience with prostitutes. Poster (D.693) presented at the V International Conference on AIDS, Montreal.
- Grangeiro, A. (1994). O perfil sócio-econômico da AIDS no Brasil, in: R. Parker; C. Bastos; J. Galvão & J.S. Pedrosa (Eds) *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ & Relume-Dumará.
- Guimarães, M.L.; Bastos, F.I.; Telles, P.R. *et al.* (in press). Retroviruses infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV. *Journal of Clinical Virology*.
- Gupta, S.; Anderson, R.M. & May, R.M. (1989). Networks of sexual contacts: implications for the pattern of spread of HIV. *AIDS* 3: 807-817.
- Hamers F.F., Batter V., Downs A.M. *et al.* (1997). The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe: geographic and time trends. *AIDS* 11:1365-1374.
- Hyppolite, P.R. & Pape, J.W. (1995). Infección por VIH y tuberculosis en Haití. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 118:161-169.
- Inchaurraga, S. (1997). Drogadiccion y SIDA, in: S. Inchaurraga (Ed). *El SIDA en la Cultura: Problemáticas a Fines de Siglo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Inciardi, J.A.; Surratt, H.; Telles, P. *et al.* (1996). Risks for HIV-1 infection and seropositivity rates among cocaine users in Rio de Janeiro, Brazil. Poster (Th.C.425) presented at the XI International Conference on AIDS, Vancouver.
- Ivo-dos-Santos, J.; Couto-Fernandez, J.C.; Santana, A.J. *et al.* (1991). Prevalence of HIV antibodies in selected groups of a Brazilian city with African sociodemographic characteristics, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 4:448-449.

- Jiménez, A.H.G. (1995). Tuberculosis y SIDA en el Paraguay. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 118:249-253.
- Johnson, W.A. & Ouellet, L.J. (1996). The injection of crack cocaine among Chicago drug users, *American Journal of Public Health* 86:266 (letter).
- Jose, B.; Friedman, S.R.; Neaigus, A. *et al.* (1993). Syringe-mediated drug-sharing (backloading): a new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS* 7:1653-1660.
- Kalichman, A. (1993) AIDS and Intravenous Drug use (IVDU) in Brazil, in: M.G. Monteiro & J.A. Inciardi (Eds) *Brasil - United States Binational Research*. São Paulo: CEBRID.
- Klee, H. (1992). Sexual risk among amphetamine misusers: prospects for change, in: P. Aggleton; P. Davies & G. Hart (Eds). *AIDS: Rights, Risk and Reason*. London/Washington: The Falmer Press.
- Koester, S.; Booth, R.E. & Zhang, Y. (1996). The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviors among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 12:202-207.
- Lapetina, A. (2000). Street children and solvent misuse. Opportunities and challenges for the establishment of a harm reduction network in Montevideo – Uruguay. “Barrilete” Project: A case study. Paper presented at the XI International Harm Reduction Conference, Jersey. *Abstract book*, pp. 102.
- Laranjeira, R.; Ratto, L. & Dunn, J. (1997). Heroína: a próxima epidemia de drogas no Brasil? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 46:5-7.
- Leite, E.A.; Hamerschlak, N.; Bellucci, S.B.B. *et al.* (1989). HIV infection in I.V. drug abusers. Poster (D.709) presented at the V International Conference on AIDS, Montreal.
- Lima, E.S.; Friedman, S.R.; Bastos, F.I. *et al.* (1994). Risk factors for HIV infection among cocaine injectors in Rio de Janeiro, Brazil. *Addiction* 89:689-698.
- Lima, M.P.S.; Rocha, M.D.C.; Tanibata, P.R. *et al.* (1989). Profile of users of the drug IV in the periphery of Campinas. Poster (D.604) presented at the V International Conference on AIDS, Montreal.
- Llosa, T. (1994). The standard low dose of oral cocaine used for treatment of cocaine dependence, *Substance Abuse* 15:215-220.
- Logan T.K. & Leukefeld C. (2000). Sexual and drug use behaviors among female crack users: a multi-site sample. *Drug Alcohol Depend* 58:237-245.

- López, A. (1997). El nuevo mapa de la pobreza porteña. Muertes por SIDA, viviendas deficitarias y marginación escolar deficiente. *Cuaderno IDEP* 52:3-35.
- Low, N.; Egger, M.; Gorter, A. *et al.* (1993). AIDS in Nicaragua: epidemiological, political, and sociocultural perspectives. *International Journal of Health Services* 23:685-702.
- Marques, F. & Doneda, D. (1998). A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios, in: F.I. Bastos & F.C. Mesquita (Eds.). *Troca de Seringas, Drogas e AIDS: Ciência, Debate e Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde/UNDCP.
- McCarthy, M.C.; Wignall, F.S.; Sanchez, J. *et al.* (1996). The epidemiology of HIV-1 infection in Peru, 1986-1990. *AIDS* 10:1141-1145.
- McKeganey, N. & Barnard, M. (1992). *AIDS, Drugs and Sexual Risk. Lives in the Balance*. Buckingham / Philadelphia: Open University Press.
- Mendes, N.F.; Dines, I.; Peixinho, Z.F. *et al.* (1988). HIV-1 antibodies in Brazilian intravenous drug-addicts. Poster (5086) presented at the IV International Conference on AIDS, Stockholm.
- Mesquita F.C. (2000). Paper presented at the Meeting of WHO Multicentre Study Phase II PIs, Saint Petesburg. Russian Federation.
- Míguez, H.A.; Pecci, M.C. & Carrizosa, A. (1992). Epidemiología de abuso del alcohol y las drogas en Paraguay. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de la América Latina* 38:19-29.
- Miguez, M.J.; Page, B. & Baum, M.K. (1997). Illegal drug use and HIV-1 infection in Colombia, *The Lancet* 350:1635 (letter).
- Minayo, M.C.; Deslandes, S.F.; Souza, E.R. *et al.* (1998). *Avaliação das atividades de redução de danos no Brasil*. FIOCRUZ/Ministério da Saúde, relatório final (mimeo).
- Mondragon, R.O. ; Ruiz-Badillo, A.; Magis Rodriguez, C. *et al.*(1998). HIV risk transmission in Mexican injecting drug women. Poster (24106) presented at the XII International Conference on AIDS, Geneva.
- Montoya, I.D. & Atkinson, J.S. (1996). Determinants of HIV seroprevalence rates among sites participating in a community-based study of drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 13:169-176.
- Murillo, J. & Castro, K.G. (1994). HIV infection and AIDS in Latin America. Epidemiologic features and clinical manifestations. *Infectious Disease Clinics of North America* 8:1-11.

- Negrete, P. (1981). La región andina de América del Sur: el hábito local de mascar coca en las zonas rurales y fumar pasta de coca en las ciudades, in: G. Edwards & A. Arif (Eds) *Los Problemas de la Droga en el Contexto Sociocultural*. Geneva: WHO.
- Nemes, M.I.B. e equipe de pesquisa (2000). *Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde
- Peña, R.T.; Fiol, J.J.; Corzo, L.C. *et al.* (1995). La infección por el VIH y tuberculosis en Cuba *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 119:67-73.
- Pérez-Gómez, A. (1996). Drug injecting in Bogota, Colombia. *WHO Drug Injecting Project Planning Meeting Phase II* (brochure). Geneva: PSA/WHO.
- Quiruelas, SC; Gislhonzoni, A & Calabrese, A (2000). Relevamiento epidemiológico sobre usuarios de drogas en la Argentina. Paper presented at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. I, pp. 236.
- Raffaelli, M.; Campos, R.; Merritt, A.P. *et al.* (1993). Sexual practices and attitudes of street children youth in Belo Horizonte, Brazil. *Social Science and Medicine* 37:661-670.
- Rhodes T., Ball A., Stimson G.V. *et al.* (1999). HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 94:1323-1336.
- Robles, R.R.; Marrero, C.A.; Reyes, J.C. *et al.* (1998). Risk behaviors, HIV seropositivity, and tuberculosis infection in injecting drug users who operate shooting galleries in Puerto Rico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 17: 477-483.
- Robles R.R., Colon H.M., Matos T.D. *et al.* (1998a). Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users in Puerto Rico. *Health Policy* 45:209-220.
- Robles R.R., Marrero C.A., Reyes J.C. *et al.* (1998b). Risk behaviors, HIV seropositivity, and tuberculosis infection in injecting drug users who operate shooting galleries in Puerto Rico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 17:477-483.
- Rodriguez C.L.M. Uso de drogas inyectables y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México. Paper presented at the Forum 2000, Rio de Janeiro. *Anais* Vol. I, pp. 223.
- Rossi, D.; Cymerman P., Goltzman P. *et al.* (2000). Research and interventions in IDUs in Buenos Aires. Paper presented at the XI

- International Harm Reduction Conference, Jersey. *Abstract book*, pp. 136.
- Scheerer, S. & Vogt, I. (1989). *Drogen und Drogenpolitik*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Seidman, S.N.; Sterk-Elifson, C. & Aral, S.O. (1994). High-risk sexual behavior among drug-using men. *Sexually Transmitted Diseases* 21:173-180.
- Shafer, M.A.; Hilton, J.F.; Ekstrand, M. *et al.* (1993). Relationship between drug use and sexual behaviors and the occurrence of sexually transmitted diseases among high-risk male youth, *Sexually Transmitted Diseases* 20:307-313.
- Singer M., Himmelgreen D., Dushay R., Weeks M.R. (1998). Variation in drug injection frequency among out-of-treatment drug users in a national sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 24:321-341.
- Siri, P. & Inchaurreaga, S. (2000). First steps: using rapid assessment and response methods to develop research, intervention and advocacy capacity for addressing drug use in Rosario City, Argentina. *International Journal of Drug Policy* 11:125-132.
- Stall, R.; McKusick, J.; Wiley, J. *et al.* (1986). Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project, *Health Education Quarterly* 13:359-371.
- Stimson, G.V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine* 41:699-716.
- Strang, J.; Des Jarlais, D.C.; Griffiths, P. & Gossop, M. (1992). The study of transitions in the route of drug use: The route from one route to another, *British Journal of Addictions* 87:473-484.
- Strathdee, A.S.; Patrick, D.M.; Currie, S. *et al.* (1997a). Needle exchange is not enough: Lessons from the Vancouver Injection Drug Use Study. *AIDS* 11:F59-65.
- Strathdee, A.S.; Patrick, D.M.; Archibald, C.P. *et al.* (1997b). Social determinants predict needle-sharing behaviour among injecting drug users in Vancouver, Canada. *Addiction* 92:1339-1347.
- Strathdee, A.S.; van Ameijden, E.; Mesquita, F. *et al.* (1998a). Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS* 12 (suppl. A): S71-S79.

- Strathdee, A.S.; Palepu, A.; Cornelisse, P.G.A. *et al.* (1998b). Barriers to use of free antiretrovirals therapy in injecting drug users. *Journal of the American Medical Association* 280:547-549.
- Susser, M. (1994). The logic in ecological, in: A. Nicolosi (Ed). *HIV Epidemiology: Models and Methods*. New York: Raven Press.
- Szwarcwald, C.L. & Bastos, F.I. (1998). Spatiotemporal model: an application to the AIDS epidemic in São Paulo, Brazil, in: L. Gierl; A.D. Cliff; A.J. Valleron; P. Farrington & M. Bull (Eds). *Geomed '97*. Stuttgart/Leipzig: B. G. Teubner.
- Szwarcwald, C.L.; Bastos, F.I.; Gravato, N. *et al.* (1998a). The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *The International Journal of Drug Policy* 9:427-436.
- Szwarcwald, C.L.; Bastos, F.I. & Castilho, E.A. (1998b). The dynamic of the AIDS epidemic in Brazil: a spatio-temporal analysis, 1987-1995. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2:175-186.
- Szwarcwald C.L., Bastos F.I., Esteves M.A. & de Andrade C.L. (2000a). A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987 a 1996: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública* 16(suppl. 1):7-19.
- Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa A Jr *et al.* (2000b). Comportamentos de risco dos conscritos do exército brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cadernos de Saúde Pública* 16(suppl 1):113-28.
- Szwarcwald, C.L.; Bastos, F.I.; Barcellos, C. *et al.* (2000c). Health conditions and residential concentration of poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54:530-536.
- Taylor, A.; Goldberg, D.; Emslie, J. *et al.* (1995). Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *British Medical Journal* 310:289-292.
- Teixeira, P.R. (1997). La interacción VIH/SIDA y drogas en los países del Cono Sur. Background paper prepared for the Meeting of the Project Drugabuse and AIDS in the Southern Cone - Montevideo, Uruguay.
- Telles, P.R. & Bastos, F.I. pelo *Projeto Brasil* (1995). O contexto do uso de drogas em cinco cidades brasileiras. *Boletim ABIA* 27:10-12.
- Telles, P.R.; Bastos, F.I.; Guydish, J. *et al.* (1997). Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS* 11: S35-S44.
- Turienzo, G.T.; Burattini, M.N. & Massad, E. (1997). Social-demographic patterns and trends in risky behaviors of IDUs in the City of Santos,

- São Paulo - Brazil: a comparison between 1992 and 1994. Poster presented at the VIII International Conference on the Reduction of Drug related Harm, Paris. *Abstract book*, pp. 157.
- Valdespino-Gómez, J.L.; García-García, M.L.; Río-Zolezzi, M.C. *et al.* (1995). Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud Pública de México* 37:556-571.
- Van Ameijden, E.J.C.; van den Hoek, J.A.R.; Hartgers, C. *et al.* (1994). Risk factors for the transition from noninjection to injection drug use and accompanying AIDS risk behavior in a cohort of drug users. *American Journal of Epidemiology* 139:1153-1163.
- Victora, C.G.; Huttly, S.R.; Fuchs, S.C. & Olinto, M.T.A. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology* 26:224-227.
- Wallace, R. Social disintegration and the spread of AIDS. *Social Science and Medicine* 37: 887-896.
- Weissenbacher, M.; Astarloa, L.; Touzé, G. *et al.* (2000). Regional project for HIV prevention among injecting drug users in the southern cone of Latin America. Paper presented at the XI International Harm Reduction Conference, Jersey. *Abstract book*, pp. 164.
- Williams M.L., Elwood W.N., Weatherby N.L. *et al.* (1996). An assessment of the risks of syphilis and HIV infection among a sample of not-in-treatment drug users in Houston, Texas. *AIDS Care* 8:671-682.
- Wodak, A.; Fisher, R. & Crofts, N. (1993). An evolving public health crisis: HIV infection among injecting drug users in developing countries, in: N. Heather; A. Wodak; E. Nadelmann & P. O'Hare (Eds.). *Psychoactive Drugs & Harm Reduction*. London: Whurr Publishers.
- Yates, A.; Bachelet, M.; Valenzuela, M.T. *et al.* (1995). La infección por VIH y sus consecuencias para la endemia tuberculosa en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 119: 167-178.

#### 4. INTERVENCIONES PARA HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES: UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS EN AMÉRICA LATINA

*Richard Parker\**  
*Luís Felipe Rios\*\**  
*Veriano Terto Jr.\*\*\**

Durante ya cerca de dos décadas, ningún grupo de población se ha visto más directamente afectado por la epidemia de VIH/SIDA en América Latina que los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Virtualmente en cada país de la región los primeros casos de SIDA se reportaron entre hombres homosexual y bisexualmente activos, y una alta incidencia de infección por VIH entre hombres que tienen sexo con hombres sigue caracterizando a la epidemia. Mientras que algunos países de la región (como Brasil y Argentina) han experimentado rápidos aumentos en la infección entre usuarios de drogas intravenosas y hombres y mujeres heterosexuales, la infección entre hombres que tienen sexo con hombres ha seguido siendo una seria preocupación en todos los países, y en la mayoría de los países de la región HSH continúan siendo el principal grupo de población afectado. En efecto, el 46% de los casos reportados de SIDA en las Américas corresponde a hombres que tienen sexo con hombres, y los estudios sobre seroprevalencia en toda América Latina sugieren que la infección entre esta población continúa siendo la característica más importante estadísticamente de la epidemia.

A pesar de esta información epidemiológica muchos gobiernos y comunidades, en América Latina y otras partes, han actuado de manera lenta para enfrentar la epidemia de VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo con hombres (véase Parker, Aggleton y Khan, 1998). Durante los primeros años de la epidemia muchas autoridades desestimaron el impacto potencial del SIDA precisamente porque las víctimas percibidas de la epidemia se consideraban miembros de un grupo social mar-

\* Presidente de la Asociación Brasileña Interdisciplinaria de SIDA (ABIA).

\*\* Asesor de Proyecto ABIA.

\*\*\* Coordinador General ABIA.

ginal y sin importancia. La estigmatización, la discriminación y la negación eran comunes, y tales actitudes impidieron respuestas efectivas al VIH y al SIDA en los países de toda la región. En particular, durante los primeros años de la epidemia las respuestas más efectivas y de base comunitaria fueron también obstaculizadas por la ausencia en general de comunidades gay bien organizadas en gran parte de la región –factor que incluso hoy en día sigue siendo una preocupación en muchos países latinoamericanos pequeños. En efecto, en la mayor parte de América Latina sólo con la emergencia gradual de comunidades gay organizadas y cada vez más visibles (en parte como una respuesta al VIH/SIDA en sí) se empezaron a desarrollar, a fines de los ochenta y principios de los noventa, programas e intervenciones preventivas en algunos de los países más grandes de América Latina, y no fue sino hasta finales de los noventa, en gran medida como resultado de la presión política ejercida por la comunidad gay y las organizaciones contra el SIDA, cuando algunos programas gubernamentales contra el SIDA empezaron a desempeñar un papel más activo en la respuesta a la epidemia entre hombres que tienen sexo con hombres.

Esta revisión se ha desarrollado con el objeto de contribuir con respuestas más efectivas contra el VIH/SIDA en América Latina en el futuro, y para dar apoyo a los funcionarios así como a las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria que trabajan en los frentes de la epidemia. Con estos objetivos en mente, el texto ha sido dividido en cuatro grandes secciones. En la primera pasamos revista brevemente a algunas de las teorías más importantes relacionadas con el cambio de comportamiento que han proporcionado la base para el diseño de programas e intervenciones preventivas. En la segunda sección revisamos algunos estudios de caso relacionados con programas pioneros en intervención y prevención, llevados a cabo en el curso de la década de los noventa principalmente por grupos gay no gubernamentales y organizaciones contra el SIDA, que deben ser vistos como modelos importantes para una respuesta efectiva contra el VIH y el SIDA entre hombres homosexual y bisexualmente activos en América Latina. En la tercera sección se revisan los trabajos recientes que se presentaron en el Forum Latinoamericano 2000, que se realizó en Río de Janeiro en noviembre de 2000, con el objeto de evaluar el estado del arte del trabajo que se está llevando a cabo en esta área en toda la región. Por último, en las breves conclusiones de este texto resumimos los que consideramos al-

gunos de los mayores obstáculos y desafíos que subsisten para el desarrollo de programas más efectivos en el futuro.

### **Teorías sobre el cambio de comportamiento sexual**

En el transcurso de los últimos diez años la investigación teórica ha demostrado que tanto los enfoques cognitivo-conductuales como los enfoques de influencia social pueden acarrear cambios importantes en la conducta de riesgo al VIH/SIDA por parte de los individuos y los grupos. Una serie de importantes teorías cognitivo-conductuales ha sentado las bases conceptuales de mucha de la investigación sobre intervenciones. Por ejemplo, el Modelo de Creencias en Salud se ha enfocado en la manera en la que los comportamientos relacionados con la salud son moldeados por el conocimiento, las actitudes y las creencias relacionadas con el riesgo, y ha proporcionado la base para muchos estudios de intervención que han buscado influir en el conocimiento, las actitudes y las creencias relacionadas con el SIDA con el objeto de reducir los niveles de riesgo conductual (véase Becker y Joseph 1988; Becker *et al* 1977; Maimen y Becker 1974; Rosenstock 1974). La Teoría de Auto-Eficacia ha examinado las formas en las cuales el sentimiento de auto-eficacia puede correlacionarse con la aplicación exitosa de modificaciones conductuales, y ha sentado las bases para estudios de intervención dirigidos a aumentar los niveles de auto-eficacia con objeto de facilitar la reducción del riesgo frente al VIH/SIDA (Bandura 1982, 1986). El Modelo de Etapas de Cambio ha buscado identificar las diferentes fases o etapas por las que atraviesan los individuos al identificar riesgos conductuales en sus vidas, y transformar esta percepción de riesgo en cambios efectivos de comportamiento, y ha sentado las bases para muchos proyectos de intervención de procesos dirigidos a conducir a los participantes individuales a través de una serie de fases con el objeto de reducir exitosamente conductas de riesgo al VIH/SIDA (Prochaska y DiClemente 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross 1992). Y si bien muchos de estos enfoques teóricos en su inicio se desarrollaron en relación con otros temas conductuales, como el riesgo de fumar, el Modelo de Reducción de Riesgo al SIDA (ARRM, por sus siglas en inglés) ha buscado adaptar sus elementos e ideas más importantes con el objeto de apuntar a los puntos específicos involucrados en los comportamientos sexuales y de inyección de drogas, proporcionando bases más claras para las intervenciones relacionadas con los puntos específi-

cos que deben tratarse en la investigación de intervenciones en VIH/SIDA (Catania, Kegeles y Coates 1990; Coates *et al* 1988).

Los componentes conocimiento, actitud y habilidad han estado en el centro de la mayoría de los modelos cognitivo-conductuales que han guiado la investigación de intervenciones en VIH/SIDA, y existe una creciente evidencia que documenta que muchas de las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en estos modelos han producido resultados importantes (National Institutes of Health 1997). Al mismo tiempo, sin embargo, se ha identificado también una serie de asuntos sociales y culturales más amplios importantes en el condicionamiento de las respuestas cognitivo-conductuales al VIH/SIDA, y han emergido como el centro de teorías y modelos dirigidos a ensanchar la base de los enfoques cognitivo-conductuales. Además del desarrollo de estudios de intervención basados en teorías cognitivo-conductuales, también una atención creciente se ha dirigido a un número de teorías de influencia social que buscan explorar algunas de las formas en las que los cambios en las normas y en los ambientes sociales pueden influir en los cambios en el comportamiento individual. Por ejemplo, la utilización de estudios de intervención de la Teoría de la Acción Razonada en VIH/SIDA ha hecho un importante énfasis en las formas en las que las normas sociales estructuran y condicionan los cambios por parte de los individuos (Ajzen y Fishbein 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Fishbein 1991). Las Teorías del Aprendizaje Social y de la Acción Social se han concentrado en muchos de los componentes contextuales y de retroalimentación que deben considerarse al diseñar modelos de intervención, enfocándose en las interconexiones y los intervínculos de los individuos como centrales en la definición de las intenciones y los objetivos conductuales (Bandura 1977; Ewart 1991). Inspirándose en las ideas surgidas en la investigación de tales factores sociales, muchos de los modelos que se desarrollaron inicialmente dirigidos a las dimensiones cognitivas del cambio conductual ante el VIH/SIDA, como el ARRM, ahora han sido revisados y adaptados para acomodar factores contextuales, sociales y culturales que influyen en el comportamiento de riesgo y en la modificación de comportamientos (Catania, Coates y Kegeles 1994).

Con el tiempo, sin embargo, a pesar de la creciente atención tanto a los factores individuales como a los factores sociales que influyen en el cambio conductual, la dificultad para expandir tales enfoques con objeto de provocar cambios de mayor alcance y sustento en respuesta al VIH/SIDA se ha tornado evidente. Con frecuencia el moverse de interven-

ciones probadas dirigidas a individuos o a pequeños grupos hacia intervenciones a más grande escala que operen en la comunidad o en la población, ha demostrado ser extremadamente difícil (National Institutes of Health 1997). Una serie de barreras estructurales así como impedimentos en el nivel de la política social han restringido la aplicabilidad de muchas intervenciones, y la atención de la investigación ha buscado en forma creciente examinar dichos factores y desarrollar estrategias innovadoras capaces de responder a ellos.

En el afán de ensanchar la esfera y el impacto potenciales de dichas estrategias de intervención, por lo menos tres enfoques han atraído la atención en forma creciente. Las Intervenciones Estructurales —como el cambio en las alternativas de empleo de los trabajadores sexuales, o el mejoramiento de la logística de disponibilidad y distribución de condones—, dirigidas hacia la alteración de las condiciones estructurales que pueden impedir o facilitar la adopción de cambios conductuales por parte tanto de los individuos como de los grupos, se han vuelto cada vez más importantes y han servido como base de estudios de intervención, particularmente en muchos países en desarrollo (Aggleton 1996; Sweat y Dennison 1995). Las Estrategias dirigidas a la Movilización de la Comunidad y la estimulación del activismo o de la advocacy por parte de las poblaciones objetivo, han llamado también la atención, con un número creciente de estudios de intervención enfocados hacia la dinámica de la organización de la comunidad en diferentes escenarios (Kelly *et al* 1992; Parker 1996a). Ha habido un intento de reconceptualizar los cambios que tienen lugar en el nivel de la comunidad no solamente como el resultado agregado del cambio por parte de los miembros individuales de la comunidad, sino como una fuerza independiente e intersubjetiva que modela los cambios que se operan en las vidas de los sujetos individuales (Parker 1996b). Por último, en algunos de los trabajos más innovadores que se están realizando actualmente, la investigación en intervenciones en VIH/SIDA se inspira cada vez más en las teorías sobre Transformación Social y Empoderamiento Colectivo con objeto de examinar temas relacionados con el poder y la opresión —el trabajo de Paulo Freire y de educadores populares similares ha influido especialmente, proporcionando el sustento para un proceso educativo transformador en el cual los participantes exploren y cuestionen sus propias vidas y realidades, y para que a través de esta exploración y cuestionamiento empiecen a experimentar un proceso de empoderamiento y transformación

colectivos con objeto de responder a las fuerzas que los amenazan y oprimen— (Freire 1994; Kegeles, Hays y Coates 1996; Parker 1996b).

El desarrollo histórico de las estrategias de prevención del VIH/SIDA ha sido especialmente importante en relación con el desarrollo de programas para hombres que tienen sexo con hombres. Como el primer grupo en ser afectado por el VIH/SIDA en la mayoría de los países occidentales, los hombres homosexual y bisexualmente activos han estado desde hace tiempo en la vanguardia de los esfuerzos para responder a la epidemia. Los programas preventivos por y para hombres gay han influido de manera especial en el cambio de considerar a las estrategias de prevención de manera más amplia, y virtualmente la mayor parte de las teorías más importantes sobre cambio conductual que han guiado el diseño de programas de intervención han sido perfeccionadas y probadas en proyectos dirigidos a hombres que tienen sexo con hombres.

Con el tiempo, el trabajo con comunidades autoidentificadas como gay de países industrializados como Australia y Estados Unidos ha demostrado las posibilidades y limitaciones de enfoques más cognitivos y conductuales hacia la prevención del VIH/SIDA. En una serie de diferentes comunidades gay se han evaluado programas de intervención rigurosamente diseñados, cuasi experimentales, y han mostrado tasas importantes de cambio conductual. Sin embargo, las dificultades para mantener prácticas sexuales más seguras también se han hecho evidentes con el tiempo, como también lo han hecho los obstáculos para la intervención entre poblaciones más fluidas de hombres que tienen sexo con hombres pero que no necesariamente se identifican a sí mismos como gays o bisexuales. Y es en gran medida como respuesta a estas dificultades que se ha explorado una serie de enfoques sociales y culturales hacia el VIH/SIDA: teorías sobre acción e influencia sociales, estrategias para el empoderamiento y la transformación social, y así sucesivamente.

El trabajo con hombres que tienen sexo con hombres ha sido especialmente importante para llamar la atención respecto al papel que desempeñan la estigmatización y la discriminación en la conformación de la vulnerabilidad al VIH/SIDA. En particular el trabajo con hombres gay jóvenes y con poblaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres pero que no se identifican a sí mismos como gay o bisexuales, el impacto de la discriminación y la violencia ha sido identificado como un problema fundamental, y la necesidad de intervenciones estructurales dirigidas a cambiar y ensanchar el contexto social y cultural en relación

con la homosexualidad se ha convertido en una prioridad importante. Se ha dado una creciente atención a la necesidad de desarrollar estructuras de apoyo sociales y psicológicas: grupos de apoyo, programas de consejería e intervenciones similares dirigidas a romper con el aislamiento que muchos hombres sienten e involucrarlos en estructuras que sean capaces de reducir el riesgo al reforzar el cambio de comportamientos como parte de una respuesta social y colectiva a la epidemia más amplia. De esta manera, la construcción de comunidades gay más fuertes se ha convertido en uno de los objetivos principales de muchos programas de prevención del SIDA, basados en la comprensión de que estructuras comunitarias más sólidas pueden proporcionar importantes fuentes de apoyo a la reducción del riesgo y de respuestas colectivas al VIH/SIDA (véase Parker 1996a).

Igualmente importante ha sido que esta conciencia en aumento se ha visto enriquecida por la aceptación del hecho de que la mayoría de los importantes cambios que se han operado en la reducción del riesgo de transmisión del VIH en las comunidades gay ha sido, sin duda, resultado del proceso de movilización comunitaria que ha tenido lugar dentro de la comunidad misma, más que el producto de intervenciones de salud pública o de programas formales de prevención. Uno de los hallazgos principales de los trabajos recientes ha sido el conocimiento de cómo la creación de una cultura de sexo seguro como, según la expresión de Simon Watney, “una práctica común” ha sido fundamental para el desarrollo de cambios en la comunidad gay (véase Watney 1990). Esto a su vez ha llevado a hacer un énfasis importante en lo que podría describirse como “activismo cultural” como un elemento fundamental en los programas de prevención del SIDA. Así, el activismo cultural ligado a y enfocado a la movilización comunitaria y a la transformación social se ha vuelto central para los programas de intervención contra el VIH/SIDA. Y esto, a su vez, ha reformulado la noción completa de intervención, cambiando el foco de atención del comportamiento de riesgo en sí mismo, a las representaciones sociales asociadas a la homosexualidad, a la vulnerabilidad hacia el VIH/SIDA, a la ciudadanía sexual y a una serie de temas relacionados (véase Parker 1996a, 1996b).

El conocimiento cada vez mayor sobre el VIH/SIDA como parte de un contexto social más amplio, y la respuesta también cada vez mayor al VIH/SIDA necesariamente como parte de un extenso proceso de cambio social dirigido a la corrección de las estructuras de inequidad e injusticia, han proporcionado nuevos incentivos para el diseño de programas

preventivos. Aunque es evidente que un solo proyecto o programa no puede enfrentar por completo a la serie de aspectos que en última instancia deben ser considerados para alcanzar un cambio social más profundo, la conceptualización de las estrategias preventivas como parte de este proceso más amplio ha permitido abrir nuevos frentes para la acción y vincular la prevención del VIH/SIDA a los movimientos en pro del cambio social en formas novedosas y poderosas. Particularmente en relación con los hombres que tienen sexo con hombres, ya sea en el contexto de las comunidades gay bien desarrolladas, o en el de las comunidades emergentes que pueden encontrarse en muchas partes del mundo, este enfoque ha ofrecido la posibilidad de construir sobre teorías del cambio conductual más psicológicas o psicodinámicas, e integrarlas en programas más amplios relacionados con el cambio social. Si bien el éxito final de tales esfuerzos de ninguna manera está garantizado (y aún existe sin duda una serie de problemas, como los medios adecuados para determinar y evaluar tales programas reformulados), estos desarrollos ofrecen, sin embargo, importantes incentivos para el desarrollo de futuros programas de prevención del VIH/SIDA, y la esperanza de que el trabajo con VIH/SIDA contribuya en las luchas más extendidas para un orden social más justo.

### **Intervenciones pioneras y programas preventivos**

En América Latina, como en muchas otras partes del mundo, en gran medida debido a la falta de una acción efectiva por parte de los gobiernos y de los programas oficiales de prevención del SIDA las pequeñas organizaciones no gubernamentales de gays y activistas contra el SIDA han tendido a desempeñar un papel protagónico en el desarrollo de programas preventivos. Precisamente a causa de esto, y a que estas organizaciones muchas veces se han centrado más en enfoques más cognitivos o conductuales respecto a la prevención del SIDA, han sido especialmente sensibles a enfoques más comunitarios dirigidos a la adecuada construcción de estructuras de apoyo comunitario con el objeto de proporcionar estructuras de apoyo social para la prevención del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres. Es en este contexto que muchas respuestas pioneras se desarrollaron en la región, contribuyendo con intervenciones tanto culturales como conductuales y buscando construir comunidades capaces de ofrecer un apoyo efectivo para prácticas sexuales más seguras.

En México, por ejemplo, aunque al principio se desarrolló un número importante de actividades preventivas para hombres que tienen sexo con hombres bajo los auspicios de la Secretaría de Salud de ese país, a través del CONASIDA, el Programa Nacional contra el SIDA, que frecuentemente trabaja en conjunción con programas de cooperación técnica internacional como el USAID AIDSCOM Project, últimamente las actividades de prevención del VIH han sido retomadas por organizaciones de derechos gay o de ayuda contra el SIDA como el Colectivo Sol o Letra S. Por ejemplo, el Colectivo Sol desarrolló el proyecto *A todo vapor*, que trabaja en los baños de vapor públicos de la Ciudad de México con el objeto de informar a los clientes y a las personas que manejan estos establecimientos acerca de la transmisión de ETS y VIH, sobre prácticas sexuales más seguras y la utilización del condón. Como parte de este trabajo se han distribuido condones y lubricantes a base de agua (McKenna, 1996). Recientemente Letra S trabajó en colaboración con una serie de organizaciones para producir materiales educativos, y ha iniciado un nuevo programa de prevención dirigido a hombres jóvenes que tienen sexo con hombres.

En Costa Rica, en donde una bien desarrollada subcultura gay coexiste con formas homosexuales y bisexuales más tradicionales, el Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación (ILPES) ha emprendido una amplia gama de actividades preventivas. Éstas incluyen una línea telefónica para información, talleres holísticos en los cuales la preocupación por la salud sexual es tratada dentro de un contexto más amplio de autoconocimiento y autoestima, trabajo en cárceles, y trabajo de amplio alcance en una variedad de lugares incluyendo burdeles masculinos. Una evaluación reciente de los talleres organizados por el ILPES con hombres gay demostró que son efectivos para reducir la incidencia de sexo insertivo y receptivo no protegido (Schiffer y Madrigal, 1992).

Un número de programas importantes se ha desarrollado en Perú (véase, por ejemplo, Cáceres *et al*, 1989; 1992; Cáceres y Rosasco, 1993). Iniciada en 1988 en colaboración con el Movimiento Homosexual y Lesbiano en Lima, se desarrolló una intervención educativa para una cohorte de 50 hombres homosexuales y bisexuales de clase media en Lima. Los hombres en la cohorte asistieron a un programa de tres talleres en los que se ofrecía información sobre el VIH/SIDA y sobre prácticas eróticas seguras por medio de dinámicas de grupo y materiales audiovisuales. La evaluación documentó un nivel inicial relativamente alto de información sobre VIH/SIDA, así como una significativa disposición a cambiar el com-

portamiento de riesgo como resultado de la participación en los talleres (Cáceres *et al*, 1989). Dicho trabajo se extendió en los primeros años de la década de los noventa por medio de la labor de la Asociación Vía Libre en Lima. A partir de la aplicación de una encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas relacionadas con el SIDA, se desarrolló un taller de tres horas y media para mejorar la percepción de riesgo respecto al VIH y a las ETS, aumentar la motivación y las habilidades relacionadas con la prevención, y desarrollar la solidaridad hacia las personas que viven con VIH/SIDA. Se utilizaron cuestionarios antes y después del taller para evaluar los conocimientos, las actitudes y las habilidades percibidas, y se utilizó una encuesta de seguimiento para comparar comportamientos recientes con los de un grupo de control no entrevistado así como para evaluar la exactitud de la percepción del riesgo. Se informó que el programa elevó el conocimiento y disminuyó la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, con un alto porcentaje de aprobación de parte de los participantes de la metodología del taller (Cáceres y Rosasco, 1993).

Brasil es en donde probablemente se han realizado el mayor número y la mayor variedad de proyectos. Un número de importantes actividades tempranas, como el mantenimiento de una Línea Cliente para el SIDA y servicios de distribución gratuita de condones, fue desarrollado de mediados a finales de la década de los ochenta por una gama de organizaciones de derechos gay como Atobá en Río de Janeiro y el Grupo Gay de Bahía (GGB) en Salvador (véase Daniel y Parker, 1993). Sin embargo, en su mayoría, como los proyectos desarrollados en otras parte del mundo en desarrollo, estas primeras iniciativas contaban con pocos fondos y eran relativamente poco sistemáticas debido a su carencia de recursos. Una excepción importante a los programas de intervención relativamente escasos y a pequeña escala que han caracterizado a la respuesta hacia el VIH/SIDA en la mayoría de los demás países en desarrollo ha sido, sin embargo, el Proyecto Homosexualidades desarrollado por hombres que tienen sexo con hombres en Río de Janeiro y Sao Paulo. Este proyecto buscó desarrollar una gama de actividades y estrategias dirigidas a la desmitificación de la relación entre homosexualidad y VIH/SIDA, y a la creación de un ambiente social de apoyo para reducir el riesgo mediante el cambio de comportamiento por parte de la comunidad gay emergente. Su objetivo fue desterrar la estigmatización y discriminación relacionadas con la homosexualidad en la sociedad brasileña mediante la desmitificación del comportamiento homosexual y el desarrollo de una valoración más realista, por la población

como un todo, de la relación entre SIDA y homosexualidad. Los métodos de intervención incluían una serie de actividades de mayor alcance dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en los diferentes sitios en los que se llevaba a cabo el trabajo, así como al desarrollo de una variedad de actividades culturales como talleres de teatro, producciones de video y teatro y otros eventos culturales relacionados (véase ABIA, 1994; Almeida, 1997; Parker, 1996a, 1999; Parker y Terto Jr., 1998).

En años recientes en todo Brasil una creciente gama de intervenciones han buscado orientarse hacia las necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres así como con hombres involucrados en el trabajo sexual o que están en prisión. Organizaciones con servicio en SIDA y grupos gay como GAPA-Mina Gerais en Belo Horizonte, GAPA-Ceará en Fortaleza, GAPA-RS y Nuances en Porto Alegre, el Grupo Dignidad en Curitiba, Atobá y el Grupo Arco Iris en Río de Janeiro, así como GGB y GAPA-Bahía en Salvador han desarrollado programas, en gran parte financiados por el Programa Nacional contra el SIDA del Ministerio de Salud Brasileño (véase Parker y Terto Jr., 1998). En muchos casos se han diseñado programas especiales para hombres bisexuales, trabajadores sexuales y hombres que están en prisión (véase Parker y Terto Jr., 1998).

Cada vez más en toda la región latinoamericana una gran variedad de organizaciones gay y contra el VIH/SIDA se han involucrado en actividades similares o de prevención. La Corporación Chilena de Prevención del SIDA (véase CchPS, 1997) y el Centro Lambda (véase Gauthier, Parra y Frasca, 1996) en Santiago de Chile, por ejemplo, han desarrollado un serie de actividades de investigación y de prevención dirigidas a gays y hombres bisexuales. Un ejemplo de este trabajo de intervención en los sitios en donde el sexo público entre hombres tiene lugar ha sido realizado por la Corporación Chilena de Prevención del SIDA (Consejo Chileno de Prevención del SIDA (CChPS)). En una primera fase, llevada a cabo entre 1993 y 1994, se realizó una evaluación de la actividad homosexual en lugares públicos con objeto de caracterizar el contexto e identificar las necesidades de la intervención en estos lugares. Dicha evaluación buscaba identificar los patrones de comportamiento sexual entre homosexuales y hombres bisexuales que tenían sexo en lugares públicos, así como su nivel de información acerca de las ETS/SIDA, su percepción del riesgo, sus actitudes y creencias respecto a su actividad sexual, y el papel del sexo público en su vida afectiva y emocional. Se escogieron dos tipos de espacios, principalmente lugares públicos como parques y saunas. La informa-

ción recogida en esta primera fase condujo a la conclusión de que las situaciones más riesgosas tienen lugar en los espacios abiertos ya que la brevedad del encuentro impide la negociación de prácticas más seguras. En contraste, los saunas ofrecían mejores condiciones para negociar las prácticas sexuales.

En la segunda fase se buscó poner en práctica y evaluar una intervención dirigida a proporcionar información sobre salud sexual a la población de HSH que utilizaba los espacios públicos para sexo, de manera que se posibilitara una evaluación realista de los riesgos por la conducta personal; facilitar el acceso a condones y a información sobre sexo seguro, y buscar el acercamiento entre los trabajadores del programa de prevención de largo alcance con los participantes en encuentros sexuales públicos con el objeto de presentar la prevención como un estilo de vida aplicable en todo lugar y en cualquier situación sin menoscabo del placer. Entre mayo y julio de 1996 se realizaron visitas tres veces por semana a los lugares de sexo público los días de mayor concurrencia, y el equipo sostuvo juntas semanales con el propósito de evaluar la implementación del programa y preparar los reportes de evaluación. El proceso de evaluación de la información recogida durante el primer semestre de 1996 revela que se estudió un total de 8,100 hombres y que el 64.% de ellos fue contactado y recibió material educativo y condones (véase Parker, Cáceres, Khan y Aggleton, en prensa).

Como en muchas partes del mundo, las iniciativas tempranas de intervención y prevención desarrolladas en América Latina fueron en su mayoría relativamente a pequeña escala con frecuencia llevadas a cabo sin apoyo financiero importante y, desafortunadamente, en muchos casos aun en contra de la resistencia oficial. Sin embargo, al enfocarse en estrategias tales como alcance en la calle, activismo cultural, construcción de la comunidad y movilización se han empezado a tomar importantes pasos para subsanar la anterior falta de atención hacia uno de los grupos de población más vulnerables en virtualmente todos los países de la región.

### **El estado del arte actual: Forum 2000**

En noviembre de 2000 Río de Janeiro fue anfitrión del 1er. Foro y el 2o. Congreso de Cooperación Técnica Horizontal en América Latina y el Caribe para VIH/SIDA y ETS, Forum 2000. Los trabajos que se presentaron

en esta ocasión ofrecen un retrato de la situación latinoamericana respecto a intervenciones e investigación en el área de ETS y VIH/SIDA. En la sesión de apertura, Peter Piot, director de ONUSIDA, se refirió enfáticamente a la necesidad de prestar atención en América Latina y el Caribe a los esfuerzos de prevención de la epidemia en relación con los HSH (hombres que tienen sexo con hombres), a la luz del hecho de que la información epidemiológica resalta los altos niveles de estabilización de la epidemia en este sector de la población.

Sin embargo, parecería que las acciones concretas de prevención en cierto grado no concuerdan con la advertencia de Piot o, lo que es peor, han fallado en su respuesta, por lo menos en términos de la cantidad de alternativas, a los caminos sociodemográficos seguidos por la infección por VIH/SIDA. Si consideramos que los carteles dedicados a la prevención\* son representativos de esta situación,\*\* vemos que gran parte de los trabajos (cerca del 22.60%) se refieren a informes sobre acciones dirigidas a la mayoría de la población —debe recordarse que el discurso y las imágenes utilizadas en estos trabajos están dirigidas notablemente a la hegemonía heterosexual, seguidas por las ponencias dirigidas a los jóvenes (cerca del 18%), con sólo un estudio sobre HSH jóvenes. Los trabajos dirigidos a las mujeres y aquellos que tratan sobre la reducción del daño entre los usuarios de drogas inyectables casi empatan en 6.55%. Las iniciativas dedicadas a las mujeres sólo dejan a los estudios sobre reducción del daño en segundo lugar solamente cuando las primeras están complementadas por estudios dedicados al tema de la transmisión vertical (4.17%). Sólo el 2.8% de las ponencias (14 en números absolutos) tratan sobre la población HSH, aun cuando podríamos agregar a éstos los trabajos sobre prevención entre travestís (7 ponencias) y prostitutos masculinos (3

\* No tomamos en cuenta las ponencias agrupadas por los organizadores del Foro bajo el tema Epidemiología, Atención, Estudios de Comportamiento y Respuesta Social, aun cuando algunos de los trabajos agrupados en estos temas a menudo tienen características de intervención/prevenición. Por la misma razón no pudimos clasificar 89 de las 504 ponencias agrupadas bajo Prevención como categorías relativas a los grupos sociales/categorías que eran vulnerables y/o el objeto de las intervenciones (jóvenes, mujeres, HSH, transmisión vertical, población carcelaria, etc.) debido a que la información proporcionada en sus títulos no ofrece elementos suficientes para clasificarlas.

\*\* Incluso si consideramos los impedimentos que imposibilitan a la gente exigir tales eventos, creemos que en cierta forma podemos considerar estos datos como indicadores de la situación de la intervención/prevenición de la epidemia actualmente en América Latina.

estudios), que representan el 2% de todos los trabajos presentados. Hay también algunos estudios sobre trabajadores sexuales que no hacen referencia al género y/o a la identidad sociosexual de los sujetos (10 carteles).

En tanto que el trabajo realizado con mujeres y jóvenes puede sugerir una cierta sensibilidad y/o respuesta por parte de la sociedad civil, gobiernos y ONGs respecto a las nuevas tendencias de la epidemia en América Latina —hacia la feminización y juvenilización—, por otro lado el escaso número de iniciativas dirigidas hacia los HSH puede significar tanto una falsa creencia de que la epidemia estaba bajo control en esta área como una pérdida de “potencia de fuego” o desmovilización de los grupos gay y de las ONGs en el patrocinio, movilización, defensa y actuación directa respecto a la vulnerabilidad social en la que se encuentran los HSH de cara al VIH/SIDA.

No trataremos aquí con los temas específicos elaborados en varios carteles expuestos durante el Foro. Sin embargo, queremos enfatizar que estos temas aparecieron recurrentemente entre las ponencias que se presentaron de manera oral, las que tendremos la oportunidad de sintetizar en la siguiente sección.\* Una mesa redonda y tres sesiones de comunicación trataron el tema de la epidemia entre HSH, además de que apareció en dos temas del panel sobre *Prevención en grupos sociales más vulnerables a la infección por VIH/SIDA y ETS*, el único momento cuando un travesti se dirigió oficialmente al Foro para hablar de la situación de los trabajadores sexuales de cara al SIDA.\*\*

En la mesa redonda sobre *Hombres que tienen sexo con hombres*, dedicada a la movilización y a la respuesta social de los HSH respecto a la epidemia, Giovanni Meléndez habló sobre el proyecto de la ASICAL (Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina) que involucra análisis regionalizados de la situación y las respuestas a la epidemia de VIH/SIDA en América Latina, desde la perspectiva de la creación de planes estratégicos regionales (Meléndez, 2000).\*\*\*

\* Las ponencias son el resultado no solo de experiencias de intervención, investigación y evaluación de acciones sino también y frecuentemente una mezcla de todo esto. Pero aun así, como el asunto de la prevención parece atravesar todos estos temas, ya sea como indicador o como resultado de una intervención, decidimos prestarle igual atención sin distinción.

\*\* Desafortunadamente no tuvimos la oportunidad de estar presentes en estas comunicaciones, ni existen sumarios de ellas en los anales del Foro.

\*\*\* El siguiente capítulo de este libro presenta la postura oficial de ASICAL en autoría de su coordinador general.

A continuación se describen las principales dificultades y barreras que se identificaron durante los análisis: a) en el nivel de los esfuerzos globales para combatir a la epidemia, la dificultad radica en cómo colocar las cuestiones relevantes a este segmento de la población (HSH) entre los grupos temáticos de ONUSIDA, sin tomar en cuenta la preocupante situación revelada por la información epidemiológica; en el nivel de la realidad latinoamericana en particular, la no existencia en algunas regionales de grupos que apoyen o favorezcan iniciativas para combatir la epidemia entre los HSH; c) cuando estos grupos existen, la persistente rivalidad entre ellos a menudo impide que las acciones se compartan o que los esfuerzos se hagan conjuntamente; d) la ausencia de estrategias preventivas sistematizadas, lo que dificulta no solamente la evaluación de la verdadera eficacia de tal acción al tomar en cuenta las diferentes estrategias en términos de costo-beneficio y sustentabilidad, si no también la repetición de experiencias que realmente se llevan a cabo con éxito; e) las acciones y programas preventivos para HSH generalmente están orientados a aquellos que se identifican a sí mismos como gay u homosexuales y en consecuencia se vuelve imposible que lleguen a hombres de otras identidades sociosexuales.

El aspecto de la vulnerabilidad de este grupo de población fue tratado en la plática de Meléndez, en la que se hizo énfasis en la necesidad de una acción más efectiva en términos de la lucha por los derechos humanos de los HSH, enfocándola en asuntos que pueden ser considerados como de naturaleza individual, como la autoestima. Su ponencia también subraya la necesidad de sembrar y cultivar valores no sólo en el nivel de los HSH sino también de la sociedad en un sentido más amplio. El conferenciante enfocó la cuestión del uso de condones en este contexto, creando un valor positivo para los condones y una cultura que le otorgue valor a su uso. La cuestión que debe ser examinada es cómo se espera que los HSH utilicen condones cuando ésta es una práctica que no está extendida ni es apreciada en la sociedad en general. En busca de construir estrategias preventivas eficaces se hizo la propuesta de investigar cómo las parejas seropositivas mantienen prácticas eróticas seguras y apoyar la difusión de tales prácticas.

Cláudio Nascimento, del grupo Arco Iris de Río de Janeiro, habló sobre las actividades del proyecto SOMOS dentro del contexto de ASICAL. SOMOS es responsable de la implementación de la acción estratégica en Brasil a través del fomento, el entrenamiento y la instalación de

nuevas ONGs y grupos gay para subrayar la importancia de movilizar a la comunidad en el combate a la epidemia. SOMOS tiene como base cuatro polos en todo el país (Sao Paulo, Curitiba, Río de Janeiro y Salvador) para de esta manera atender mejor las demandas nacionales (Nascimento, 2000).

Respecto al trabajo del grupo Arco Iris, subrayó las acciones para promover la autoestima y la formación de identidad mediante el respeto a la diversidad y la promoción de la ciudadanía. Las estrategias para promover la ciudadanía incluyen hacer al movimiento gay y a los HSH más visibles, y crear referencias positivas para ambos segmentos por medio de lo que Nascimento llama “protagonismo ciudadano”. En su opinión las actividades de SOMOS y del Grupo Arco Iris convergen aquí para crear una atmósfera favorable a los HSH para la práctica de la ciudadanía, la que él considera que es un pilar importante para apoyar la acción preventiva.

Durante los debates la gran polémica fue el tema del significado y el uso del término HSH. Un comentario del auditorio arguyó que la expresión “despotencializa las identidades construidas con sangre, sudor y lucha” (sic). En favor del uso del término estuvo el argumento de que es universalizador e incluyente, y puede ser adaptado a diferentes formas de la realidad. En particular, alguien opinó que éste permite considerar y abordar a aquellos hombres que no se identifican con las banderas del movimiento gay; otro comentario del auditorio fue que “lo importante no es hacer militantes de la causa gay sino frenar la epidemia” (sic).

Después de presentar un poco de lo que se discutió en la única mesa redonda dedicada a los HSH, echemos ahora un vistazo a los temas recurrentes en las tres sesiones de comunicación: *Estrategias de prevención entre HSH*, *Crear un ambiente favorable a la prevención entre HSH*, y *Estudios sobre hombres que tienen sexo con hombres*.

Durante la primera sesión se presentaron cinco ponencias. Víctor Hidalgo, de la Corporación ONG Centro de Estudios de la Sexualidad presentó el trabajo desarrollado por el Centro de Consejería entre Pares en VIH/SIDA y Sexualidad, dirigido a la población de HSH de la región metropolitana de Santiago en un intento de ofrecer una respuesta más completa a este segmento de la población (Hidalgo y Bustamante, 2000). El Centro se dedica a orientación sexual y consejería pre y post examinación, al seguimiento de personas que viven con VIH y a la referencia a los servicios de salud para pruebas. Hidalgo llama la atención sobre el hecho de que la paridad entre consejeros y consultantes, dada la similitud de las experiencias vividas y el manejo de un lenguaje común, facilita la en-

trega del mensaje preventivo, volviéndolo más creíble, accesible y coherente. La estimulación de la autoestima y la posibilidad de reconocerse a uno mismo como “otra persona” válida permite a los individuos mejorar las medidas que toman respecto a la salud sexual.

La experiencia de crear y operar el Foro Deliberativo de ONGs que trabajan con HSH en el estado de Sao Paulo, en Brasil, fue presentado por uno de sus miembros Araújo (FORUM HSH-SP, 2000). En funcionamiento desde 1999, el Foro es un espacio deliberativo para la discusión y el intercambio de experiencias y la administración participativa de los recursos financieros en particular para tomar decisiones respecto a este segmento de la población. El Foro reunió a 28 ONGs de HSH y 15 ONGs con trabajo en ETS/SIDA así como al Programa del Estado de Sao Paulo. Conjuntamente con el Programa, el Foro planeó las acciones preventivas para el estado en el año 2000. Una de las principales actividades del Foro fue reunir a grupos y ONGs que no tenían foro para las discusiones. Se enfrentaron algunas dificultades como lentitud en la transferencia de fondos y el manejo de tal diversidad de grupos y actitudes. De acuerdo con Araújo, hoy en día éste representa un espacio legítimo y activo que constituye una experiencia innovadora en la discusión y el trabajo conjunto para optimizar recursos y las interrelaciones entre organizaciones oficiales y ONGs.

Ana Isabel Fábregas Martínez de GAPA en Rio Grande do Sul, Brasil, presentó un interesante estudio etnográfico sobre prostitutos masculinos, en el que trató de señalar los elementos para establecer estrategias preventivas para estos hombres (Martínez y Quadro, 2000). Los trabajadores del sexo con clientela predominantemente masculina, en general “michés”,\* sostienen relaciones afectivas con mujeres. Los condones son considerados como una barrera higiénica simbólica contra el doble estigma de trabajadores sexuales y “potencialmente homosexuales”. Mientras que parece que no hay resistencia a utilizar condones durante el trabajo, usarlos con sus parejas femeninas es más complicado ya que los hombres alegan que el condón reduce el placer y afecta su desempeño sexual, además de que siembra la duda respecto a la fidelidad de la mujer. Por otra parte, ella es la que tiene que preocuparse de la reproducción y contracepción. Martínez también señala que se otorga un gran valor al

\* En francés, el que paga a una mujer.

embarazo y a ser padre, señal de madurez y de virilidad, lo que incentiva el sexo sin protección.

Carlos García de León-Moreno, de Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, de México, presentó una ponencia sobre darle género a la masculinidad entre los HSH (García de León-Moreno y Arellano-Ayala, 2000). Argumenta que, independientemente de ser homosexual o heterosexual, la masculinidad hegemónica está activa y es incorporada por todos los hombres. Hace énfasis especialmente en la cuestión del peligro y el riesgo como parte de la masculinidad, aspecto que puede ser estudiado al considerar los riesgos relacionados con la sexualidad que corren los HSH.

Adriano Moreira, de GAPA en Ceará, Brasil, habló sobre la revista *Identidad*, una estrategia de prevención para los HSH (Moreira y Gondim, 2000). *Identidad*, a imitación de las revistas en circulación dirigidas a los lectores gay, busca reunir información sobre derechos humanos, comportamiento, salud, etcétera, dirigida a este sector de la población. De acuerdo con Moreira, utilizando un lenguaje sensual pero evitando los desnudos frontales y la pornografía, la revista tiene una buena aceptación entre hombres de todas clases sociales. Desde su lanzamiento se ha notado un aumento en la demanda de condones y de servicios de salud.

En la sesión de información dedicada a los ambientes favorables a la prevención entre los HSH, Anuar Luna-Cadena, de México, presentó la experiencia de crear material sobre prevención diseñado para aquellos que frecuentan los “cuartos oscuros” —lugares en donde las actividades sexuales clasificadas como riesgosas son posibles (Luna-Cadena *et al*, 2000). Con base en métodos de investigación comunitaria que son de rápida evaluación, se reunió información cuantitativa y cualitativa sobre las necesidades, actitudes y patrones de comportamiento sexual, que se utilizaron para trazar estrategias educativas, específicamente para realizar tres videos que se exhibieron en 12 lugares con “cuartos oscuros” (los temas fueron la utilización del condón, el sexo anal y el sexo oral).

Otra experiencia sobre prevención en “cuartos oscuros” fue presentada por Alejandro Jaimes-García de la Asociación de Prevención y Atención en VIH/SIDA Nueva Era, México (Jaimes-García, Márquez y Márquez, 2000). El trabajo consistió en reclutar y entrenar a asistentes asiduos del “cuarto oscuro” de una discoteca frecuentada por HSH con objeto de hacerlos educadores de sus colegas en la promoción del sexo seguro así como en la distribución de condones.

También en el contexto de las discotecas gay, la Corporación Chilena de Prevención del SIDA ha estado desarrollado trabajo de prevención por medio de lo que ellos llaman “mesas de información” que ofrecen a los visitantes asiduos literatura, postales eróticas, condones y lubricantes (Menezes y Ezparza, 2000). De acuerdo con Mario Menezes, al principio las personas que se acercaban a la mesa eran vistas como VIH positivas y el sólo hecho de pedir un condón hacía a la persona sospechosa. Esta actitud cambió con el paso del tiempo, y el trabajo ha sido bien recibido y las mesas se han convertido en un canal permanente para difundir información idónea sobre sexo seguro y VIH/SIDA en el ambiente de las discos gay de Santiago.

Cláudio Lima, de Casa Maria Vlady en Sao Paulo, Brasil, presentó una investigación sobre el acceso a la información y la aceptación de los procedimientos para prevenir el VIH/SIDA entre los HSH que frecuentan los cines porno en las ciudades de Sao Paulo, Sao Bernardo y Santo André (Lima, 2000). De los 1,500 hombres entrevistados, 55% mostró ningún interés en el SIDA, 30% buscó información para saber más acerca de las formas de contagio, en tanto que el 15% argumentó haber adoptado prácticas preventivas para eliminar la amenaza del virus.

Dentro de la misma línea de investigación para evaluar el impacto de las actividades preventivas entre los HSH para disminuir el riesgo de la transmisión por VIH/SIDA, María Cristina Antunes, de NEPAIDS-USP en Sao Paulo, presentó la experiencia “Proyecto Sexualidades” (Antunes, Hearst y Silva, 2000). El estudio comprende actividades de intervención e investigación/evaluación. La actividad de prevención abarcó desde la distribución de material educativa e invitaciones a otras actividades del proyecto en bares y centros nocturnos, hasta talleres quincenales sobre cuestiones como sexo seguro, fantasías sexuales, discriminación e identidad gay. Paralelamente a esto se llevó a cabo una evaluación de la intervención en tres etapas, con intervalos de seis meses cada una, en la que participaron 500 *habitués* de bares y centros nocturnos. La segunda recolección de información reveló que 98% de los muestreados consideraron importante distribuir condones en bares y centros nocturnos y que la información para la gente esté disponible. En resumen, la autora sugiere que las diferencias socioeconómicas y culturales indican la necesidad de enfoques específicos para cada subgrupo y de intensificar el estudio de las subculturas con objeto de proporcionar información para programas preventivos más eficientes. También mos-

tró que el llevar a cabo intervenciones continuas ayuda a crear una cultura de reflexión que facilita ampliar a discusión sobre sexualidad, prejuicio y ciudadanía, así como la reducción de la frecuencia del comportamiento de riesgo.

Francisco Lozada presentó la experiencia de talleres sobre prevención con jóvenes HSH entre los 15 y 19 años, en un estudio que involucró a un total de 750 jóvenes (Lozada y Víctor, 2000). La actividad del taller corresponde a un modelo de entrenamiento cognitivo-afectivo que hace énfasis en la búsqueda de identidad sexual, especialmente del componente que corresponde a la orientación del deseo y a la conducta protegida, procurando elevar la autoestima y desarrollar habilidades de comunicación, establecer metas, tomar decisiones y llevar ritmos de vida saludables.

La última sesión de información de la que hablaremos tiene que ver con estudios sobre hombres que tienen sexo con hombres. Edna Lopez, del Instituto Brasileño de Innovaciones pro Sociedad Saudável-IBISS en Mato Grosso do Sul, Brasil, presentó el proyecto “Prevención Eros” para trabajadores sexuales masculinos (Lopez, 2000). De acuerdo con la autora, el estudio es el único emprendido en la capital de Mato Grosso do Sul. El trabajo consiste en la distribución en las calles de condones y de material educativo. También se proporciona apoyo para establecer una asociación de travestíes en la ciudad.

Rafael Freda, de la Sociedad de Integración Gay Lésbica de Argentina presentó una encuesta realizada sobre conocimiento, actitudes y prácticas de prevención y riesgo en la transmisión de ETS y VIH/SIDA entre trabajadores sexuales masculinos en Argentina (Freda, 2000). Con base en el enfoque cuantitativo, algunos datos presentados por Freda parecen ser particularmente interesantes. Demuestra que ser convencido de engancharse en sexo sin condón a cambio de más dinero es mucho menos posible entre los trabajadores sexuales (*taxi boys*) jóvenes que entre los travestíes. De acuerdo con la información del autor, el convencimiento se facilita cuando el pago se hace en la forma de drogas. Entre los clientes 70% se clasifica a sí mismo como bisexual en tanto que el 35%, independientemente de la autclasificación, insiste en no utilizar condones. Según Freda, es más fácil intervenir entre los trabajadores sexuales que entre los clientes. Más todavía, la intervención entre los primeros es también una forma de proteger al cliente y a la red de trabajo. Calcula que 38,000 clientes utilizan los servicios de 700 *taxi boys* en la encuesta.

Alfred Duarte presentó los resultados de un proyecto de investigación cualitativa sobre sexualidad y VIH/SIDA entre HSH con comportamiento bisexual en Bogotá, Colombia (Duarte, 2000). Duarte llama la atención sobre el hecho de que el trabajo de investigación se ha concentrado particularmente en los HSH con identidad gay y/o homosexual, en tanto que los índices de transmisión entre los bisexuales en Colombia es del alrededor del 22%. Correlaciona lo anterior con la dificultad para esta categoría de hombres para tener acceso a la información publicada en las campañas dirigidas a los HSH puesto que ellos son invisibles para el resto de la población. Por otra parte, el autor señala que el comportamiento bisexual masculino puede estar sirviendo de puente de transmisión entre la población homosexual y la población heterosexual y los recién nacidos. El estudio busca acercarse a esta porción de hombres con objeto de entender su inserción social y la forma en la que enfrentan su bisexualidad. Una estrategia usada para reclutar a la población fue un anuncio en una revista popular que fue respondido por muchos hombres. La falta de apoyo para estos hombres fue hecha notar; cuando tal apoyo existe se encuentra entre aquellos que están más cerca de los homosexuales. Una de las razones que llevó a muchos hombres a responder al reclutamiento fue precisamente la oportunidad de hablar sobre bisexualidad. La encuesta también confirmó el sentimiento en muchos de los hombres de inadecuación ligada a la culpa por su bisexualidad. Algunos casos reportan la existencia de abuso sexual en la infancia por adolescentes o adultos. Experimentan la sexualidad de dos maneras diferentes: con otros hombres es placentera, con las mujeres es afectiva. Algunos hombres expresan el deseo de tener relaciones con un compañero masculino, pero basadas en el modelo heterosexual, lo que parece contradecir sus planes. El estudio llama la atención sobre el hecho de que los condones son más utilizados en las relaciones con hombres que con las mujeres.

Cristiane Meireles da Silva, del Programa del Estado de Sao Paulo para ETS/SIDA, en Brasil, presentó los resultados del proyecto Bela Vista, un estudio de cohorte sobre comportamiento sexual y los factores asociados a la seroincidencia de VIH entre HSH en Sao Paulo (Silva *et al*, 2000). El proyecto, financiado inicialmente por ONUSIDA como preparación para una prueba de vacuna, más tarde recibió financiamiento del Programa del Estado de Sao Paulo para ETS/SIDA, especialmente por ofrecer información para mejorar la prevención. Configurado como una cohorte abierta y utilizando la técnica de la bola de nieve como principal

estrategia, el perfil de los participantes en el proyecto es de una población joven educada. Entre los muchos datos presentados, que pueden consultarse en el reporte publicado por el Ministerio de Salud, hay uno que atrae especialmente nuestra atención, la dificultad para negociar el uso del condón con compañeros regulares y actividades que ofrecen menores riesgos de transmisión, como el sexo oral. Las conclusiones de la autora son que ya que el estudio involucra a una población homogénea, el sexo sin protección no ocurre con mucha frecuencia, siendo los más vulnerables los trabajadores sexuales, la gente de los grupos de menores ingresos y aquellos con una identidad sexual conflictiva. La dificultad para negociar el uso del condón con compañeros regulares también se señala como un problema.

Aún en las presentaciones orales, en dos otras sesiones se presentaron trabajos sobre HSH. En la sesión *Adolescentes y prevención*, Alejandro Gutiérrez-Ramírez, de Letra S de México, presentó la experiencia en prevención de SIDA entre jóvenes gay por medio de grupos de encuentro dirigidos a favorecer la “normalización” de su orientación sexual en beneficio del autocuidado, la autoestima y la integración social y familiar (Ramírez *et al*, 2000). Los trabajos incluyen también grupos de encuentro para padres, que comparten y aprenden a manejar la orientación sexual de sus hijos y sus consecuencias.

En la sesión sobre *Políticas preventivas*, Rubén Mayorga-Sagastume, de la Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral Frente al SIDA (OASIS) y la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL), presentaron los modelos para el Análisis situacional y respuestas y planificación estratégica de temas, implementado por ASICAL en América Latina (Mayorga-Sagastume *et al*, 2000). También en esta sesión otra presentación se dedicó a la contribución del Desfile del Orgullo del GLBT de Sao Paulo como una estrategia de prevención de ETS/SIDA en Sao Paulo, Brasil (Beltrame, 2000). Idelberto Beltrame, uno de los idealizadores del Desfile —creado con base en la Organización de Grupos en Apoyo al Reforzamiento de la Ciudadanía para las Minorías Sexuales y que goza del apoyo y participación de varios segmentos activos en la lucha por la ciudadanía y la prevención del VIH/SIDA para HSH— ve el Desfile como un movimiento de masas que el año pasado volcó a 120,000 personas a las calles e hizo posible que gays, lesbianas, bisexuales y transexuales ganaran visibilidad. Esto a su vez contribuye a elevar su autoestima, a desarrollar el autorrespeto y una conciencia crítica en la

lucha contra la homofobia, creando de esta manera efectos positivos para la vulnerabilidad individual y colectiva en el contexto de la lucha contra la expansión de las ETS/SIDA.

Nos gustaría terminar esta sección comentando algunos puntos que llamaron especialmente nuestra atención durante el Forum 2000. Uno de ellos tiene que ver con la utilización del término HSH, para algunos un elemento universalizador y para otros despotencializador, mientras que nosotros lo vemos como una solución intermedia para alcanzar la gama de diversidad sexual, especialmente de bisexualidad. Esta última (re)apareció en el Foro como la “villana” de la epidemia, con el elemento de feminización en este caso despotencializando el papel de los usuarios de drogas inyectables, que fue el gran villano de los ochenta. “Indomados” por los grupos gay en su lucha por la visibilidad social al construir identidades “protagonistas”, los bisexuales son con frecuencia dejados al margen de las campañas de prevención. El papel de los bisexuales sobre todo incluye a los trabajadores sexuales masculinos y a sus clientes, así como a los clientes de los travestís.

En consecuencia, nos preguntamos para quiénes son “villanos” los bisexuales. ¿Para las mujeres, que no tienen autonomía o poder para negociar prácticas sexuales seguras? ¿Para los gays, puesto que los bisexuales se niegan a asumir esa identidad, aunque al mismo tiempo inducen a los gays a prácticas sexuales sin protección? ¿Para ellos mismos, al grado de que ellos también se exponen a situaciones de riesgo? Tal vez la cuestión deba replantearse, siendo los villanos las perversas líneas de desigualdad social reforzadas por las variables estructurales que la orientan. En este caso en particular, especialmente en los sistemas de sexualidad y género, con sus jerarquías y asimetrías de poder que comprometen la negociación de prácticas sexuales seguras para todos los involucrados, bisexuales, heterosexuales, homosexuales, hombres y mujeres. No debemos olvidar que la opresión de género nos afecta a todos, colocando tanto a los supuestos “buenos” como a los supuestos “malos” en una situación de vulnerabilidad social hacia el VIH/SIDA.

Quizá una de las formas de manejar la dificultad relacionada con la invisibilidad\* de los bisexuales (como propone Meléndez respecto

\* Además de las cuestiones relacionadas con las desigualdades de género, que llevan a las mujeres a ser más vulnerables al VIH puesto que ven su capacidad de negociación disminuida o anulada.

a los condones) podría ser empezar a construir un valor positivo para esta “identidad”, como sin duda el Movimiento Gay lo ha hecho para las “identidades homosexuales”.

Quisiéramos mencionar también la participación en el Foro de travestíes. En el discurso siempre aparecen como una categoría aparte de los HSH —y así es como aparecen en el panel sobre los segmentos más vulnerables de la población. Debemos recordar que el travestido es el protagonista (en el sentido del primero en sufrir) rechazado por el Movimiento Gay, ya que al mismo tiempo es el que más “corporalmente” demuestra su orientación sexual a la sociedad toda y en caso de muerte (ya por SIDA o por violencia) dramatiza los argumentos del combativo Movimiento y, en su opinión, “empaña” la imagen de los homosexuales. Para muchos —incluso gays comprometidos— el travestido es el culpable de la patología del sexo. Sin embargo, y quizá por estar en realidad ubicados en la encrucijada de la vulnerabilidad —género, sexualidad, pobreza, falta de acceso a la educación, etcétera— rara vez pidieron expresar su opinión, o más aún, difícilmente alguna vez lo han pedido: muy pocas veces se habla de ellos.

Examinando los servicios de atención y prevención que se ofrece a los HSH, vemos que éstos oscilan desde los más convencionales, como consejería y pruebas para este grupo de la población, pasando por el trabajo en las calles, visitas a ambientes homófilos para intentar establecer espacios para la prevención, erotizar prácticas sexuales seguras, enfocarse en la autoestima y despertar un sentido de ciudadanía. La inquietud es cómo piensan los hombres sobre sí mismos y su sexualidad con objeto de construir estrategias de intervención más eficaces.

Sin embargo, como vemos deben hacerse mayores esfuerzos orientados a la apertura de espacios para la discusión y la acción colectiva, y unir fuerzas para ganar mejores posiciones de cara a los gobiernos, especialmente en el momento actual. Incluso en el momento en el que Peter Piot mismo nos alerta sobre la situación de los HSH en América Latina y el Caribe. En este sentido las experiencias del Foro de ONGs y Grupos de HSH, y el Desfile del Orgullo GBLT de Sao Paulo, o el proyecto ASICAL en el ámbito de América Latina, pueden servir de ejemplos para otras iniciativas. Quizá buscar posibles caminos para revitalizar el aspecto político/militante del Movimiento Gay y la lucha contra el SIDA caminos para presionar a la sociedad en un sentido amplio y a los gobiernos en favor de los derechos y la ciudadanía para los HSH. Luchar por una acción que realmente ataque las estructuras de desigualdad que conducen a las mujeres,

a los jóvenes, a la gente pobre y a los HSH a convertirse —sin saberlo— en los “actores privilegiados” de la epidemia.

## Conclusiones

A pesar del hecho de que el número de presentaciones en el Forum 2000 relacionadas con hombres homosexual y bisexualmente activos fue menor de lo que podría haberse esperado a la luz de la importancia epidemiológica de esta población (lo que es claramente un reflejo de la continua estigmatización y discriminación sufrida por estos hombres), con base en la historia de los primeros programas preventivos realizados en la década pasada, el nuevo trabajo ofrece razones para la esperanza y el optimismo respecto al estado actual de los programas de prevención del VIH/SIDA en América Latina.

Sin embargo, aún queda un número importante de interrogantes relacionadas con la prevención del VIH que fueron señaladas por varios de los ponentes en el Forum 2000. Merecen especial atención y deben permanecer en nuestros pensamientos diarios como profesionales que reflejan e intervienen en la realidad de la epidemia actual:

- ¿Cómo enfrentar la dificultad de usar y/o negociar el uso del condón o de otras prácticas sexuales seguras principalmente con compañeros regulares?
- ¿Qué estrategias utilizar para hacer de las prácticas seguras algo extendido?
- ¿Cómo llegar a, desde el punto de vista de la prevención, los HSH que no se identifican a sí mismos como gays u homosexuales?
- ¿Cómo articular los esfuerzos y el combate contra la epidemia entre los HSH de manera que la movilización social tenga el impacto deseado?
- Sobre todo, y en síntesis, ¿cómo atacar las perversas formas de la desigualdad social (racismo, pobreza, género, sexismo, etcétera) que tan agresivamente modelan el perfil de la epidemia, de tal manera que, dada la tradición cultural machista de América Latina, los hombres homosexual y bisexualmente activos son la categoría más vulnerable a la epidemia, seguidos por las mujeres y los jóvenes?

Aunque las claves para las respuestas a éstas y otras interrogantes aparecen en varias ponencias presentadas durante el Forum 2000, la epidemia continúa su avance, desafiando nuestros más básicos dones humanos de creatividad y solidaridad. El desafío para el futuro será utilizar estos dones para hacer retroceder la marea de este avance, respetando la importancia de la ciudadanía sexual de todos.

## Bibliografia

- ABIA. (1994). Projeto Homossexualidades. Boletim ABIA Especial. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- Aggleton, P. (1996). Global priorities for HIV/AIDS intervention research. *International Journal of STD & AIDS* 7(suppl. 1):13-16.
- Ajzen, I., and Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Almeida, V. (ed.) (1997). *Cabaret Prevenção*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Antunes, M. C.; Hearst, N. G.; Silva, C. G. M. (2000) Projeto Sexualidades: barreiras e facilidades no desenvolvimento de prevenção de AIDS entre homens que fazem sexo com homens em São Paulo. In *Anais do Fórum 2000 – I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 362. Rio de Janeiro.
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1982) Self efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37:122-147.
- Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becker, M., and Joseph, J. (1988) AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *American Journal of Public Health*, 78, 394-410.
- Becker, M.H., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., Haefner, D.P., and Drachman, R.H. (1977) The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348-366.
- Beltrame, I. (2000) Visibilidade de gays, lésbicas, bissexuais e transgeneros como prática de prevenção às DST's/AIDS em São Paulo: análise das contribuições da parada do orgulho GLBT de SP. In *Anais do Fórum 2000 – I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 2, p. 795. Rio de Janeiro.
- Cáceres, C. & Rosasco, A. 1993. An HIV/AIDS prevention program for homosexually active men who do not necessarily identify themselves as gay in Lima. Paper presented at the 9th International Conference on AIDS, Berlin, Germany.

- Cáceres, C., Mariscal, F., De la Vega, E., Gotuzzo, E. & Ramah, M. 1989. Educational intervention in a cohort of homo/bisexual men towards a change in high risk behaviour for HIV infection: An assessment of the process and its effects. Poster presented at the 5th International Conference on AIDS, Montreal, Canada.
- Cáceres, C., Rosasco, A. & Stalker, M. 1992. Determinants of risk behaviour among gay and bisexual men in Lima. Poster presented at the 8th International Conference on AIDS, Amsterdam, The Netherlands.
- Catania, J., Kegeles, S., and Coates, T. (1990) Toward an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly* 17:53-72.
- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S. (1994) A test of the AIDS risk reduction model: Psychosocial correlates of condom use in the AMEN cohort survey. *Health Psychology* 13:1-8.
- CchPS (1997). *De Amores y Sombras: Poblaciones y culturas homo y bisexuales en hombres de Santiago*. Santiago: Corporación Chilena de Prevención de SIDA (CchPS).
- Coates, T.J., Stall, R.D., Catania, J.A., and Kegeles, S.M. (1988) Behavioral factors in the spread of HIV infection. *AIDS* 2:239-242.
- Daniel, H. & Parker, R. (1993). *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil*. London: Falmer Press.
- Duarte, A. M. (2000) Proyecto de investigación sobre sexualidad y VIH-SIDA en hombres que tienen sexo con hombres con comportamiento bisexual en Bogotá. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 2, p. 933. Rio de Janeiro.
- Ewart, C.K. (1991) Social action theory for a public health psychology. *American Psychologist* 46:931-946.
- Fishbein, M. (1991) AIDS and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Interamerican Journal of Psychology* 24:37-56.
- Fishbein, M., and Ajzen, I. (1975) *Beliefs, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Boston: Addison-Wesley.
- Fórum HSH-SP. (2000) Fórum deliberativo de ONGs que trabalham com HSH: experiência de São Paulo. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 348. Rio de Janeiro.
- Freda, R. H. (2000) Conocimientos, actitudes y practicas de riesgo y prevencion en transmidion de ETS/HIV en trabajadores sexuales

- masculinos varones. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 2, p. 958. Rio de Janeiro.
- Freire, P. (1994) *The Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum.
- García de León-Moreno, C. N. Y Arellano Ayala F J. (2000) Masculinidades, hombres que tienen sexo con otros hombres y sexo seguro. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 340. Rio de Janeiro.
- Gauthier L, Parra V & Frasca V. (1996). An Integrated Strategy for Gay and Bisexual Men in Santiago, Chile. Poster presented at the XI International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
- Gutierrez-Ramirez, A.; Quintero, A.; Ortiz, E., Diaz, A.; Brito, A. (2000) Abordaje integral a adolescentes gays como prevención da SIDA en la CD. De México. Letra S Salud, Sexualidad y SIDA. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 331. Rio de Janeiro.
- Hidalgo, V. U. P. e Bustamante, C. (2000) Centro de consejería entre pares en VIH/SIDA y sexualidade dirigido a población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de la Region Metropolitana. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 385. Rio de Janeiro.
- Kegeles, S.D., Hays, R.B., and Coates, T.J. (1996) The M-Powerment project: A community-level HIV prevention program for young gay men. *American Journal of Public Health* 86:1129-1136.
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S., Stevenson, L.Y., Hauth, A.C., Kalichman, S.C., Diaz, Y.E., Basfield, T.L., Koob, J.J., and Morgan, M.G. (1992) Community HIV/AIDS risk reduction: The results of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health* 82:1483-1489.
- Jaimés-García, A.; Marquez, M.H. e Marquez, A H. (2000) Llénate de luz en la obscuridad; !Protéget! Dark Room/Spartacus. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 332. Rio de Janeiro.

- Lima, C. J. (2000) Viajando no prazer use a camisinha – prevenção à AIDS com homens que fazem sexo com homens em cinemas pornográficos. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 341. Rio de Janeiro.
- Lopes, E.B., Jordão, S. B. (2000) Projeto Eros – Prevenção para profissionais do Sex masculino de rua. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 2, pp. 941-942. Rio de Janeiro.
- Lozada, F.Z. e Victor, V. (2000) Modelo de taller sobre sexualidad y prevencio del VIH/SIDA/ITS dirigido a jovens homosexuales de 15 a 19 años. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 348. Rio de Janeiro.
- Luna-Cadena, Anuar. I.; Lopez, J.; Martinez, E.; Mendínil, G.; Zúñiga, P. (2000) Diseño de materiales de prevención basados en diagnóstico de necesidades (en cuartos oscuros para hombres que tienen sexo com outros hombres (H+H) en la ciudad de México. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 334. Rio de Janeiro.
- Maiman, L.A., and Becker, M.H. (1974) The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- Martínez, A. I. F. e Quadro, C. (2000) Identidade sexual entre os michês como fator relevante na negociação do uso do preservativo nas relações não-comerciais. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 332. Rio de Janeiro.
- Mayorga-Sagastume R; Jeffrey, S.; Calderon, J.; Diaz, A.; Montoya, O.; Freda, R.; Muñoz, F; Melendez, G. (2000) Diferentes modalidades de planificación estratégica temática en HIV/SIDA en hombres que tienen sexo com hombres (HSH): la experiencia diversa de ASICAL. In *Anais do Fórum 2000 - I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 2 p. 811. Rio de Janeiro.
- McKenna, N. (1996). *On the Margins: Men who have sex with men and HIV in the developing world*. London: Panos Institute.

- Meléndez, G. (2000) Communication presented in the round-table “Homens que Fazem Sexo com Homens”. In *Fórum 2000 – I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. Rio de Janeiro, Brazil.
- Menezes, M. M. e Ezparza, J. (2000) Mesas informativas en discotecas gays en Santiago y la V region (Chile). In *Anais do Fórum 2000 – I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p. 367. Rio de Janeiro.
- Moreira, A. L. e Gondim, R. (2000) Uma estratégia de prevenção das DST/AIDS junto a homens que fazem sexo com homens (HSH). In *Anais do Fórum 2000 – I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 1, p.330. Rio de Janeiro.
- Nascimento, C. (2000) Communication presented in the round-table “Homens que Fazem Sexo com Homens”. In *Fórum 2000 – I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. Rio de Janeiro, Brazil.
- National Institutes of Health (1997) Draft Report, NIH Consensus Development Conference on Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors, Office of the Director, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, February 11-13.
- Parker, R.G. (1996a) Behaviour in Latin American men: Implications for HIV/AIDS interventions. *International Journal of STD & AIDS* 7(suppl. 2):62-65.
- Parker, R.G. (1996b) Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. *AIDS* 10(suppl. 3):S27-S31.
- Parker, R. (1999). *Beneath the Equator: Cultures of Desire, Male Homosexuality, and Emerging Gay Communities in Brazil*. New York and London: Routledge.
- Parker R & Terto Jr., V. (Eds.). (1998). *Entre Homens: AIDS e homossexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R., Aggleton, P. and Khan (1998). Conspicuous by their absence?: Men who have sex with men (msm) in developing countries - implications for intervention. *Critical Public Health*. 8(4):329-346.
- Parker, R., Cáceres, C., Khan, S., and Aggleton, P. (in press). *Reaching Men Who Have Sex With Men*. HIV/AIDS Prevention Handbook. Family Health International.

- Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., and Norcross, J.C. (1992) In search of how people change. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- Rosenstock, I. (1974) The health belief model and personal health behaviour. In M. Becker (Ed.), *Health Education Monographs*, 2, 220-243.
- Silva, C. G. M. da; D'angelo, L. A.; Figueiredo, G. M.; Da Costa, V. C. e Carvalheiro, J. DA R. (2000) Comportamento sexual e fatores associados a soroprevalência para HIV em uma coorte de homens que fazem sexo com homens: Projeto Bela Vista – São Paulo. In *Anais do Fórum 2000– I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. V. 2, p. 939. Rio de Janeiro.
- Sweat, M., and Dennison, J. (1995) Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS* 9 (Suppl. A):S225-257.
- Watney, S. (1990) Safer Sex as Community Practice. In P. Aggleton, P. Davies & G. Hart (Eds.), *AIDS: Individual, cultural and policy dimensions* (pp. 19-34). London: Falmer Press.

SOCIEDAD CIVIL  
Y TRABAJO EN SIDA



*Prevención, derechos humanos  
y ciudadanía*



## 5. LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PARA HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y CIUDADANÍA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Rubén Mayorga\**

### **Introducción**

El proyecto ACAT (Advocacy, Capacitación y Apoyo Técnico) de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL) es un proyecto cuyos objetivos pretenden la elaboración de planes estratégicos en la atención, prevención y apoyo en VIH/SIDA para hombres que tienen sexo con hombres en varios países de la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC). Dicho proyecto surgió desde la apreciación hecha por varias organizaciones gays latinoamericanas sobre la desproporción entre la magnitud de las epidemias de VIH/SIDA en la región entre hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), expresada en el número de casos de SIDA atribuibles a transmisión homo y bisexual, y la notoria falta de proyectos y estrategias nacionales dirigidas a disminuir la transmisión del VIH entre dicha población y, de la misma, a la población general.

Entre los antecedentes de trabajo conjunto que permitieron la elaboración conjunta del proyecto ACAT de ASICAL entre la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA y el ONUSIDA, se pueden mencionar los siguientes: la cooperación binacional entre Brasil y Chile mediante la cual ABIA de Rio de Janeiro y Centro Lambda de Santiago realizaron intercambios en metodologías de investigaciones sobre comportamiento sexual y actividades educativas. El Grupo de Trabajo en SIDA (GTS) de la International Lesbian and Gay Association (ILGA) desde su creación en 1992 realizó actividades de cabildeo frente a las direcciones de

<sup>1</sup>Coordinador General de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL), y Presidente de la Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA (OASIS), Guatemala.

los Programas Nacionales de SIDA de América Latina y el Caribe durante las Conferencias Panamericanas de ITS/VIH/SIDA en Cartagena, Santiago de Chile y Lima, así como en las Conferencias Internacionales de SIDA de Vancouver, Canadá y Ginebra, Suiza, ante las mismas direcciones latinoamericanas, (particularmente la brasileña) así como con representantes de USAID, ONUSIDA y algunas otras agencias de cooperación multilateral. Desde principios de la década de los años noventa, los Programas Nacionales de SIDA en la región habían conformado un foro de cooperación técnica horizontal, conocido como Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH).

Todos estos esfuerzos resultaron en la realización de una consulta regional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres de América Latina y el Caribe en Santafé de Bogotá del 12 al 15 de junio de 1997, copatrocinada por el ONUSIDA y la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA (1). Dicha consulta contó con la asistencia de varios sectores en la lucha contra el SIDA, incluyendo el ONUSIDA, agencias de cooperación, gobiernos, Programas Nacionales de VIH/SIDA, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de base comunitaria (OBC). Se generaron una serie de recomendaciones durante dicha consulta, las cuales buscaban difusión de los acuerdos, principalmente durante la realización de la Conferencia Panamericana sobre ITS/VIH/SIDA a realizarse en Lima, Perú, del 3 al 6 de diciembre de 1997 y, también, en los países de la región. Las entidades responsables de dichas actividades eran el Secretariado del ONUSIDA, las ONG participantes, los Grupos Temáticos del ONUSIDA, las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA (principalmente la Organización Panamericana de la Salud, OPS), los Programas Nacionales de SIDA (a través del GCTH) y las agencias de cooperación internacional presentes.

Las recomendaciones principales giraban alrededor de recomendaciones para diferentes actores: a) los Gobiernos y Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA, b) las ONG y OBC, c) el ONUSIDA y, d) las agencias de cooperación técnica y financiera, las ONG internacionales y otras agencias trabajando en SIDA. En cuanto a los gobiernos y los Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA, las recomendaciones giraban alrededor de modificaciones legales, estructurales y de difusión que asegurasen los derechos y el ejercicio de la ciudadanía de los HSH y de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), el impulso de políticas públicas

e investigaciones para abordar el tema de VIH/SIDA y HSH, y la creación de entornos sociales de apoyo a dichas poblaciones. A las ONG y OBC se les recomendó sistematizar y difundir sus experiencias, capacitar a otras organizaciones que trabajan en VIH/SIDA con HSH, promover los espacios de discusión en foros nacionales internacionales sobre VIH/SIDA y HSH, sensibilización de medios de comunicación y personal de salud sobre el tema, realizar actividades de cabildeo para incluir el tema de VIH/SIDA y HSH en las agendas diversas sobre el SIDA, promover el acceso a atención de calidad y medicamentos para PVVS, transformar las relaciones con gobiernos y agencias de cooperación técnica y, finalmente, sensibilizar a las comunidades de HSH sobre el tema. Al ONUSIDA se le recomendó: a) el desarrollo de políticas e investigación, b) el apoyo técnico y capacitación de Grupos Temáticos, Programas Nacionales de ITS/VIH/SIDA y ONG a través de varios departamentos del Secretariado, c) la promoción y defensoría para asegurar que se destinen fondos adecuados para realizar intervenciones en HSH y poblaciones vulnerables, d) la coordinación con las agencias copatrocinadoras de la ONU para promover respuestas coherentes y proporcionales a la prevalencia de VIH/SIDA entre HSH en LAC. Como punto particularmente importante, se recomendó que ONUSIDA creara una fuerza de tarea (“task force”) para salvar los enormes obstáculos que enfrente el abordaje del VIH/SIDA con HSH, darle un seguimiento a las recomendaciones de esta consulta, desarrollar estrategias, armonizar esfuerzos y movilizar recursos.

Ante algunas dificultades técnicas y estructurales de dicho GTS para desarrollar proyectos de seguimiento a las recomendaciones de dicha consulta, en colaboración con la cooperación multilateral y los organismos de gobierno y el ONUSIDA, diez organizaciones gays latinoamericanas reunidas en diciembre de 1997 en la Conferencia Panamericana de ITS/VIH/SIDA en Lima, Perú, decidieron crear una instancia regional para abordar el tema de VIH/SIDA y HSH. Dichas organizaciones son las siguientes: Letra S de México, OASIS de Guatemala (región mesoamericana), Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, LCLCS, de Colombia, Equidad de Ecuador (región andina), SIGLA de Argentina, MUMS de Chile (región cono sur), CAEHUSP, Grupo Gay de Bahía, Arco Iris y Dignidade (Brasil, quien por su extensión se considera toda una región). Estas organizaciones delegaron a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA la responsabilidad de elaborar una

propuesta para desarrollar el proyecto ACAT descrito arriba. Paralelamente, en Brasil, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y las cuatro ONG brasileñas miembros de ASICAL, iniciaron un proceso de elaboración conjunta y financiamiento de proyectos de VIH/SIDA para HSH en organizaciones de las regiones menos desarrolladas de Brasil, el Proyecto Somos.

Como un esfuerzo paralelo de gran trascendencia para la lucha contra el VIH/SIDA con HSH, que además surgió de la primera recomendación a las ONG y OBC de la consulta regional mencionada arriba, la LCLCS, en colaboración con el Secretariado del ONUSIDA, produjeron un documento titulado “Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres” (2). Dicha guía fue producto de una colaboración amplia entre ONG gays, ONUSIDA, Programas Nacionales de SIDA y “un buen ejemplo de lo que puede lograrse mediante el trabajo de cooperación intersectorial y una mayor participación de las comunidades afectadas” (3). Patricia Uribe, de la Secretaría Técnica del GCTH y del CONASIDA de México, menciona la importancia de la ampliación de la respuesta al VIH/SIDA mediante “procesos de planificación estratégica, descentralización, concertación y establecimiento de redes de cooperación” (4). Y cabe mencionar, especialmente, que esta guía fue el resultado de la sistematización de las experiencias de varias de las organizaciones que integran ASICAL y otras organizaciones e instituciones pioneras en el trabajo para disminuir el impacto del VIH/SIDA entre HSH y a favor de la dignidad y vida de los HSH. Y no se puede olvidar que estos esfuerzos disminuirán el impacto de las epidemias en las sociedades latinoamericanas en general.

Basándose en una estrategia de ampliación de la respuesta al VIH/SIDA con HSH y a las recomendaciones del ONUSIDA para generar procesos nacionales y regionales participativos para hacerle frente a las epidemias, se elaboró el proyecto ACAT, con los resultados que están descritos en el resto de este documento. ASICAL, las organizaciones que la integran y sus miembros esperan que este esfuerzo sirva para la elaboración, defensa pública, movilización de fondos, ejecución y evaluación de proyectos y programas para disminuir la propagación del VIH entre otras poblaciones altamente vulnerables al mismo y, por consiguiente, a las poblaciones de las sociedades donde el VIH/SIDA sigue presentándose en el patrón de epidemias concentradas.

## **Revisión previa a la realización del Forum 2000**

### ***Principales avances en el tema***

El proyecto ACAT de ASICAL había producido análisis de situación y respuesta y formulado planes estratégicos para la prevención, atención y apoyo de VIH/SIDA con HSH en ocho países del área sudamericana (Uruguay, Paraguay, Argentina, Chile, Venezuela, Colombia, Ecuador y Bolivia) antes del Forum 2000. Brasil no participó en este proceso. Estuvieron participando en este esfuerzo ONG gays, los Grupos Temáticos del ONUSIDA, representantes de país o interpaíses de ONUSIDA, personal de los Programas Nacionales de SIDA o Ministerios de Salud y personas viviendo con VIH/SIDA, entre otros.

#### *Avances respecto a los análisis de situación y respuesta:*

Los análisis de situación y respuesta fueron preparados de varias maneras. En algunos países como Colombia y Ecuador se prepararon documentos de base elaborados por expertos en los temas definidos en las reuniones preparatorias del proceso. Estos temas eran por ejemplo, aspectos relativos a la población, aspectos sanitarios, aspectos sociales, aspectos políticos, jurídicos y económicos, servicios sociales y asociaciones (6). En países como El Salvador, estos documentos fueron elaborados por las mismas ONG, con el apoyo del ONUSIDA. En países del cono sur (Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile), los procesos de análisis de situación y respuesta fueron elaborados en talleres multisectoriales, con la elaboración posterior de los planes estratégicos nacionales. Se presentarán a continuación algunos aspectos sobresalientes de estos análisis de situación y respuesta nacionales.

En Venezuela, el trabajo en VIH/SIDA con HSH es incipiente y se carece de información epidemiológica que permita orientar las decisiones del personal de salud. Es importante señalar que se percibe una falta de capacidades técnicas para abordar el tema de VIH/SIDA con HSH, tanto de las ONG gays como del personal del Ministerio de Salud. Asimismo, las capacidades instaladas están localizadas en Caracas y hay pocas en el resto del país. Las respuestas al VIH/SIDA son genéricas y no incluyen el enfoque de la homosexualidad masculina. Hay ciertas aperturas en mate-

ria de educación sexual, el marco legal protege a las minorías, pero no explícitamente a las personas con diferentes orientaciones sexuales. Se habla de mayor tolerancia de parte de la opinión pública y de alguna disposición de la iglesia católica para disminuir el impacto del SIDA. Los escasos recursos financieros disponibles en general para disminuir el impacto del VIH y, en particular con HSH, son señalados constantemente.

En el caso de Ecuador, es notorio señalar que tanto el análisis de situación y respuesta como la elaboración del plan estratégico nacional sirvieron de dirección e inspiración para elaborar el plan estratégico nacional. Allí, nueve personas, de ONG gays, del Ministerio de Salud, de otras ONG con trabajo en SIDA y derechos humanos y de una agencia copatrocinadora del ONUSIDA elaboraron los análisis de situación y respuesta. Los hallazgos principales de la situación y la respuesta giran alrededor de la falta de investigaciones que documenten la situación de VIH/SIDA entre HSH, una seroprevalencia en aumento, la falta de cambios de comportamientos en estas poblaciones y una débil percepción de riesgo de infección, la reticencia de los trabajadores de salud para abordar el tema, la exclusión social general de HSH (el sistema educativo, la familia, la religión), la homofobia en las organizaciones de trabajo en VIH/SIDA, la atención integral para menos del 10% de las PVVS. Sin embargo, también se notó una organización creciente de los HSH, apoyo en los sectores de derechos humanos al trabajo con minorías sexuales, una creciente disponibilidad de las instituciones de gobierno y de la cooperación internacional para abordar el tema y un marco constitucional que garantiza la igualdad de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

En Colombia el equipo coordinador lo conformaron cuatro representantes de ONG gays o de PVVS y tres personas de los servicios nacionales de salud. Se elaboró un documento que fue ampliamente divulgado y consultado. Los resultados del análisis de situación mostraron una seroprevalencia de VIH en HSH en aumento, una continua invisibilidad de esta población, discriminación generalizada y deficiencias en los sistemas de información y en el desarrollo de investigaciones específicas. La respuesta fue calificada de insuficiente en términos de escala de los esfuerzos de prevención, el enfoque de derechos humanos en el abordaje del VIH/SIDA es insuficiente, la atención integral y apropiada para HSH no es generalizada y tiene serias carencias en las provincias; los resultados de las estrategias de prevención han sido poco divulgados.

En Argentina participaron en el proceso personas de pocas ONG gays, organizaciones de la sociedad civil y programas provinciales de VIH/SIDA. Hay en ese país una cultura gay que es diferente en las grandes ciudades que en las de provincia. Se describen también las particularidades, sobre todo el acoso policial, de travestíes y trabajadores sexuales, así como la existencia frecuente de relaciones entre hombres heterosexuales con otros hombres y algunos casos de usos de drogas intravenosas entre HSH. El análisis de la situación también evidenció las dificultades de acceso a algunas poblaciones de HSH (sobre todo en provincia), la falta de capacitaciones del personal de salud, el bajo uso del condón, la incierta y escasa toma de decisiones respecto al tema de VIH/SIDA y HSH como parte de las políticas públicas y la invisibilidad de algunos grupos de HSH. Asimismo, el FODA proporcionó algunos elementos complementarios al análisis, tales como la escasa participación en el proceso de representantes de programas de VIH/SIDA de jurisdicciones claves, la poca participación de otras ONG, la creencia que la epidemia está controlada entre los HSH, así como la clandestinidad de los HSH, entre los obstáculos y debilidades. También se mencionaron algunos avances en la legislación sobre derechos humanos y VIH/SIDA, así como el desarrollo de habilidades de interlocución con el Estado y otros actores claves.

Los procesos de análisis de situación y respuesta de Uruguay y Paraguay fueron realizados de manera participativa, con la facilitación de personal de SIGLA (Argentina), mediante entrevistas de organizaciones gays, personal de los Ministerios de Salud y Programas Nacionales de SIDA, líderes de las poblaciones de HSH, medios de comunicación y población general. El análisis de la situación y la respuesta evidenció la falta de información sobre VIH/SIDA y HSH para fundamentar técnicamente los análisis y evaluar la coherencia de las respuestas, la falta de prioridad de las poblaciones de HSH en las agendas de VIH/SIDA y problemas de comunicación entre los grupos gays. Adicionalmente, el FODA aportó elementos claves, tales como la violación de los derechos humanos de HSH por parte de algunas instituciones del Estado, la falta de recursos y capacitación técnica para el trabajo con HSH e invisibilidad de los mismos. Sobre todo en Uruguay, hay muy poco interés de parte de varias organizaciones gays en el VIH y su prevención. Algunos factores facilitadores de relevancia señalados fueron la existencia un marco legal y coyunturas políticas favorables, el apoyo de ASICAL y ONUSIDA al proceso, una población altamente alfabetizada y un gran interés de parte de los partici-

pantes comunitarios. Aparentemente, la realización de esta actividad de análisis y de formulación del plan fue una de las primeras respuestas específicas, en ambos países, a la epidemia de VIH/SIDA en HSH.

### ***Avances respecto a los planes estratégicos elaborados***

En general, los planes estratégicos tienen actividades de capacitación, de desarrollo de las ONG gays, de defensoría de los derechos humanos de HSH, de investigación epidemiológica y social, de evaluación del éxito de las intervenciones existentes (incluyendo la elaboración de indicadores de éxito), de mapeo del ambiente político. Una de las preocupaciones sobresalientes expresadas en los planes del cono sur, formulada como demanda estratégica, es la definición de quién se hace cargo de coordinar la ejecución del plan y de conducir las respuestas nacionales, así como la manera como se articulan el Estado y el resto de los actores en las mismas. Esto es de gran importancia, debido a las expresiones reiteradas de capacitación y sensibilización no sólo de las ONG, sino también de las instancias del Estado que participan o deberían participar en este proceso.

Muchas de las estrategias elaboradas giran alrededor de la investigación epidemiológica (impacto de la epidemia en HSH) y en derechos humanos en VIH/SIDA y HSH, la sistematización y divulgación de experiencias, la evaluación de éxito de las intervenciones que se desarrollan en la actualidad, la capacitación de ONG y de la sensibilización y capacitación del personal de salud, el desarrollo organizacional (tanto de ONG como de los Programas Nacionales), las actividades de cabildeo (advocacy) hacia los tomadores de decisiones y hacia los grupos de HSH sobre la importancia del trabajo en VIH/SIDA con HSH, y la creación de climas favorables de trabajo.

A continuación se describirán algunos de los aspectos sobresalientes de los planes estratégicos elaborados en algunos países.

En Venezuela se evidenció la insuficiente formación en el personal de salud pública, tanto en cuanto a las carencias de los datos epidemiológicos para evidenciar la magnitud de la epidemia de VIH/SIDA en HSH, así como la necesidad de capacitación en atención adecuada a los HSH que viven con VIH/SIDA. Esto se plasmó en ejes estratégicos que buscan que se reconozca la magnitud de la epidemia de VIH/SIDA en HSH y su priorización, seguido de la asignación de recursos para trabajar VIH/

SIDA con HSH mediante la incorporación del plan estratégico de VIH/SIDA con HSH al plan estratégico nacional. Asimismo, se señalaron las actividades de sensibilización y capacitación para el personal de salud y el diseño de materiales específicos para los HSH con VIH/SIDA como prioritarias. Se describe la capacitación de voluntarios en ONG para trabajar específicamente con HSH como una actividad paralela a la capacitación del personal de salud.

En Bolivia, se propone el desarrollo de ejes estratégicos que abarcan a la “comunidad” de HSH, a la sociedad civil y a los generadores de políticas públicas. En el eje estratégico comunitario, se sugiere a lo largo del plan formulado la necesidad de capacitación de las ONG, precedido de una cabildeo intenso para lograr una concientización sobre la magnitud del problema del VIH/SIDA en HSH y seguido de un proceso de desarrollo organizacional. También se identifica la necesidad de investigar aspectos de derechos humanos en HSH como herramienta de cabildeo futuro. En el eje de la sociedad civil, se propone a lo largo del documento la necesidad de formar alianzas con diferentes actores sociales incluyendo a instituciones gubernamentales, aspecto que contribuiría a la creación de climas favorables de trabajo en VIH/SIDA con HSH. Finalmente, se identifica al trabajo de cabildeo con generadores de políticas públicas, básicamente basándose en la defensa de los derechos humanos de HSH como facilitadores para poder implementar cualquier plan estratégico con esta población.

En el Ecuador los ejes estratégicos fueron definidos en aspectos del comportamiento, de la atención, sociales, políticos y de la sociedad civil. En los aspectos del comportamiento, se prioriza difundir los estudios sobre VIH/SIDA en HSH, investigar los efectos de la homofobia en la creación de contextos de vulnerabilidad, sensibilizar sobre la presencia de HSH que viven con VIH/SIDA y sobre la necesidad de involucrar en esto a instituciones académicas. En cuanto a la atención se precisa modificar las normativas existentes mediante la inclusión del respeto a los derechos humanos de las PVVS, incluidos los aspectos de orientación sexual; la sensibilización del personal de salud; y el cabildeo con tomadores de decisiones para dar al VIH/SIDA una mayor prioridad en la agenda nacional. Los aspectos sociales son abordados principalmente mediante la incorporación de legisladores en el proceso de ejecución del plan, así como legislar sobre los derechos de los PVVS e incorporar temas de salud sexual de HSH en los currícula de educación. Los aspectos políticos señalan la necesidad de hacer defensoría de los derechos humanos de HSH y

PVVS mediante el establecimiento de alianzas con actores sociales y de gobierno, así como la promoción del ejercicio de la ciudadanía de estos dos grupos. En la sociedad civil el plan propone campañas contra la discriminación de estas mismas dos poblaciones.

En Colombia la formulación del plan estratégico en VIH/SIDA para HSH fue patrocinada por el ONUSIDA, el Ministerio de Salud y dos laboratorios que producen medicamentos para el VIH. Participaron expertos, representantes de ONG, un representante de la empresa privada, un delegado del ONUSIDA y representantes del nivel central y de programas seccionales del Ministerio de Salud. Entre los objetivos estratégicos se propone la sensibilización a la comunidad general sobre el problema del VIH/SIDA en HSH, la realización de intervenciones que aseguren cambios de comportamientos individuales y modificaciones del entorno para disminuir la vulnerabilidad de los HSH ante el VIH/SIDA, garantizar la atención integral de PVVS y HSH en particular y empoderar a los HSH con el fin de que ejerzan sus derechos ciudadanos. La mayoría de las actividades contemplan un trabajo de sensibilización de las autoridades de salud, de justicia y de organizaciones de derechos humanos y, aquí también, de organizaciones de HSH.

Argentina desarrolló un plan estratégico con tres objetivos principales. Sus ejes de trabajo son la prevención del VIH en HSH, la disminución de la discriminación hacia personas homosexuales y la construcción de redes de trabajo en prevención con HSH. Las actividades principales pasan por la sensibilización de los mismos HSH, la sensibilización del personal de salud, el establecimiento de legislación contra la discriminación de HSH. Se propone, pues, trabajo con los comportamientos individuales, así como en los contextos de vulnerabilidad de estas poblaciones. Existe una constante preocupación por la ejecución de estos planes, mediante la planificación de su gestión o gerencia estratégica, el establecimiento de una cooperación real entre ONG de HSH y la responsabilidad compartida de estas actividades entre el Estado, las ONG y otros actores sociales.

La formulación de los planes estratégicos de Uruguay y Paraguay fue realizada en un taller binacional en Montevideo. En esta actividad participaron personas de ONG gays de Argentina y de la REDPES (Red Regional de Planificación Estratégica), así como personas de las organizaciones gays, de derechos humanos y de los Ministerios de Salud de ambos países. En ambos países, la preocupación central del equipo de trabajo fue lograr la apropiación del plan por parte de los y las participantes, así como el acompañamiento y evaluación posteriores al proceso de planificación.

En Uruguay se propone que los grupos de HSH realicen acciones relevantes en materia de VIH/SIDA, mediante la capacitación de las ONG de HSH, la creación de coordinaciones entre los grupos, y de éstos con el Programa Nacional. Asimismo, se proponen actividades de investigación sobre la sexualidad de los HSH, la sensibilización de los mismos sobre su vulnerabilidad al VIH/SIDA y la sensibilización de otros actores sociales (cabildo interno y externo). En Paraguay se evidenció lo incipiente de la situación de las ONG de HSH, por lo que el plan tiene un fuerte componente de desarrollo organizacional, de capacitación de los HSH y de visibilidad de los grupos. Se sugiere también un acercamiento con el Programa Nacional de SIDA.

### ***Principales preguntas de investigación en el tema***

Con el fin de facilitar el trabajo de investigación, se dividirán las preguntas relativas a los análisis de situación y respuesta y a los planes estratégicos formulados. Uno de los puntos clave de todo el proceso ya ha sido señalado en los documentos de planificación de algunos países, respecto a la apropiación de los procesos completos por los diferentes actores, así como la estrategia de gestión. Las preguntas claves son, pues, quién se hace cargo de qué, cómo, en cuánto tiempo, con cuáles recursos. Y, un aspecto fundamental, cómo se integrarán los planes estratégicos en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA para HSH en los planes estratégicos nacionales. En vista de la gran cantidad de propuestas formuladas, también es importante analizar la viabilidad (recursos humanos y monetarios necesarios), la factibilidad (si lo propuesto es práctico y posible) y la sustentabilidad (predicción del funcionamiento a largo plazo de los planes) (28).

### ***Principales preguntas sobre los análisis de situación y de respuesta***

El primer punto es la definición de quién se hace cargo de coordinar todo el proceso de planificación, incluyendo la ejecución del plan, así como de conducir las respuestas nacionales. ¿Cómo se articulan el Estado y el resto de los actores en todo el proceso? ¿Deben ser las ONG gays quienes

asuman el liderazgo? ¿Cuál es el papel del estado, el cual en principio lleva la iniciativa en estos procesos (5)? En este aspecto, la experiencia de Brasil merece ser revisada.

Se señala en casi todos los análisis de situación la ausencia de datos específicos de VIH/SIDA en HSH. ¿Cuáles son las necesidades conocimientos de las personas que participan en el proceso de planificación estratégica (representantes de las ONG, de las autoridades de salud y del ONUSIDA)? ¿Existen herramientas para el desarrollo de líneas basales de conocimientos en VIH/SIDA y HSH para estas personas?

A pesar de que existen algunos estudios de seroprevalencia de base con HSH, es necesario conocer la situación en años subsecuentes, con estudios centinela o de cohorte realizados con cierta regularidad. Cabe entonces preguntarse quién se hará responsable de su diseño, realización, financiamiento, divulgación y puesta en práctica de las recomendaciones.

También son importantes las investigaciones sobre las situaciones del comportamiento individual desde diversos puntos de vista, tales como el antropológico, con el fin de describir aspectos de la sexualidad entre hombres tales como el sentido del intercambio de líquidos corporales, las razones de la renuencia a utilizar el condón, el imaginario de la muerte en HSH o los factores que contribuyen a la negación del VIH/SIDA entre los mismos HSH. ¿Qué otros aspectos del comportamiento se conocen poco? ¿Cuál de las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA tiene experiencia en estas nuevas estrategias?

De igual importancia es el conocimiento de los aspectos contextuales en los que se transmite el VIH. ¿Cómo afectan la exclusión social, la clandestinidad, la invisibilidad, el irrespeto de los derechos humanos, los obstáculos al ejercicio de la ciudadanía, la condena de las iglesias, las reticencias de las empresas y, en general, la estigmatización de la homosexualidad, la transmisión del VIH entre HSH? ¿Cómo afectan las propias percepciones de género las estrategias de prevención en HSH? ¿Deben diseñarse estrategias de prevención según las necesidades individuales, en un mismo contexto socio cultural? ¿Deben desarrollarse tecnologías nuevas de diagnóstico e intervención específicas para HSH o involucrar a profesionales para diferentes niveles de intervención según las necesidades de prevención detectadas (17)?

En cuanto a la magnitud de la epidemia de VIH/SIDA en HSH y tomando en cuenta su interacción sexual con otros hombres y mujeres

de la sociedad, ¿cuál es el impacto de la epidemia en HSH en la diseminación del VIH en el resto de la sociedad?

Los grupos de HSH que además tienen una identidad sexual común, frecuentemente son objeto de violencia por parte de las autoridades y algunas poblaciones de los diferentes países. Debido a la relativamente alta mortalidad secundaria a la violencia, ¿cómo se puede sensibilizar sobre los peligros de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA?

Existen colecciones de prácticas óptimas para intervenciones en VIH/SIDA con HSH en la región (2). ¿Cuáles son los indicadores que se utilizaron para evaluar la eficacia de estas intervenciones? ¿Cuál ha sido el impacto de algunas intervenciones o de un conjunto de ellas en la disminución de la prevalencia e incidencia de VIH/SIDA en HSH? ¿Cuáles estrategias merecen continuarse, cuáles llevarse a mayor escala, cuáles modificarse y cuáles merecen ser descontinuadas?

Muchas de las lecciones aprendidas en el trabajo de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH provienen de las sociedades del mundo industrializado (además del ejemplo brasileño). Sin embargo, las colecciones de prácticas óptimas del ONUSIDA, con algunas excepciones (19-23; no es una lista exhaustiva) se refieren sólo marginalmente al tema de los HSH y la guía específica contiene sólo cinco páginas de texto (23) y fue producida en 1997. Esto dificulta los análisis de situación y respuesta, ya que se carece de elementos de evaluación específicos para los HSH. ¿Qué agencia copatrocinadora del ONUSIDA o qué departamento del Secretariado del ONUSIDA tiene ventajas técnicas comparativos y mandatos que faciliten recopilar prácticas óptimas con HSH? ¿Qué pueden hacer en este sentido los gobiernos? ¿Y las ONG? ¿Cuál es el uso que se le está dando en América Latina y el Caribe a la guía sobre metas, objetivos e ideas para la acción sobre hombres (incluyendo varones que tienen sexo con varones) recientemente editado por el ONUSIDA (23)?

Se ha descrito ampliamente la insuficiente utilización del condón para prevenir la infección con VIH en HSH. ¿Cuáles son otras alternativas de prevención aparte del condón? ¿Es eficaz y factible utilizar el condón femenino como condón anal? ¿Hay algún desarrollo de virucidas tópicos específicos para HSH? ¿Cuál es la efectividad de la promoción de prácticas sexuales sin penetración? ¿Existen nuevas tecnologías para hacer el uso del condón más atractivo para HSH?

Al analizar los obstáculos a la respuesta se detectan las objeciones de los mismos grupos de HSH o de algunas personas e institucio-

nes de gobierno y, probablemente, en la cooperación internacional. ¿Cuáles son las razones de estas objeciones en los grupos de HSH? ¿Son los obstáculos percibidos como insalvables por las personas del gobierno y la cooperación? ¿Se pueden aprovechar las ventajas comparativas del gobierno, la cooperación y de las ONG a la hora de diseñar, desarrollar y evaluar estrategias conjuntas en VIH/SIDA para HSH?

La epidemiología también demuestra la proporción importante de HSH que viven con VIH/SIDA en América Latina (18). Recientemente ha habido esfuerzos importantes para tomar en cuenta los insumos de las PVVS en la formulación, ejecución y evaluación de proyectos en la prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA. ¿Cómo se puede aprovechar esta realidad para darle más relevancia al tema de HSH en el conjunto de estrategias diseñadas para combatir el VIH/SIDA? ¿Cómo se aborda el tema de la homosexualidad masculina entre los grupos de PVVS? ¿Qué medidas se han tomado para la capacitación del personal en salud para la atención adecuada de HSH que viven con VIH/SIDA?

Generalmente las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA aportan recursos técnicos importantes y realizan gestiones de fondos para el desarrollo de las respuestas nacionales al VIH/SIDA. ¿Cuál de las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA podría integrar a los HSH como parte fundamental de sus estrategias contra el VIH/SIDA? ¿Qué porcentaje de los recursos humanos y financieros utilizan las agencias copatrocinadoras y el buró latinoamericano del ONUSIDA para el apoyo de proyectos dirigidos a HSH?

En América Latina las epidemias de VIH/SIDA son focalizadas en ciertas poblaciones (18). ¿Qué porcentaje de los presupuestos nacionales destinados al combate del SIDA es utilizado para desarrollar proyectos con las poblaciones más afectadas? ¿Cuál es el costo beneficio de invertir en estas poblaciones? ¿Cuál es el costo beneficio de invertir recursos de manera prioritaria en poblaciones relativamente poco afectadas por la epidemia? De las ONG, empresas privadas, agencias de cooperación y otros actores que trabajan en prevención del SIDA en la región, ¿qué porcentaje de los recursos es utilizado para HSH? ¿Son coherentes las respuestas con HSH tomando en cuenta la magnitud de la epidemia en este grupo poblacional?

¿Qué cambios estructurales (legislativos) se han desarrollado en la región para disminuir los contextos de vulnerabilidad social en HSH? ¿De qué manera se ha logrado legislar en este sentido? Donde esto no ha

ocurrido, ¿qué labores de cabildeo e incidencia hacen falta? A pesar de que existan legislación, ¿cómo afecta la práctica de la aplicación de la ley la prevención y atención en HSH y grupos socialmente excluidos?

Finalmente, ¿cómo van a ser difundidos los resultados de los análisis de situación y respuesta en VIH/SIDA con HSH? ¿Cuál será el papel del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en este sentido? ¿Y el del ONUSIDA?

### *Principales preguntas sobre los planes estratégicos elaborados*

En esta parte del proceso también es importante definir quién se hace cargo de coordinar todo el proceso de planificación, incluyendo la ejecución del plan, así como de conducir las respuestas nacionales. ¿Cómo se articulan el Estado y el resto de los actores en todo el proceso? ¿Deben ser las ONG gays quienes asuman el liderazgo? ¿Cuál es el papel del estado, el cual en principio lleva la iniciativa en estos procesos (5)? ¿Cuál es el papel de la cooperación internacional, del Secretariado del ONUSIDA y del buró regional para América Latina y el Caribe en ONUSIDA? Aquí también, la experiencia de Brasil merece ser revisada y, en la medida de lo posible, implementada en los demás países de la región.

Siguiendo la lógica del párrafo anterior, ¿cuáles son las alianzas con instituciones no gubernamentales, el sector privado, instituciones de investigación para implementar los planes?

Los obstáculos políticos, culturales y de recursos a la implementación de programas específicos en VIH/SIDA para HSH deben analizarse y ser llevados a su justa dimensión. Al mismo tiempo, deben analizarse las oportunidades detectadas y maximizarse. ¿Se han evaluado casos reales de los costos políticos, culturales, de recursos y de gestión de la implementación de estrategias en VIH/SIDA con HSH? Esto serviría como una herramienta de cabildeo importante con los tomadores de decisiones.

Los planes estratégicos nacionales producidos difieren en cuanto a los contenidos y son, en algunos casos, marcos generales de trabajo y, la mayor parte, contienen detalles de algunas estrategias. La pregunta clave aquí es, ¿cómo pasar de los planes estratégicos a planes operativos?

Los análisis de situación y respuesta demostraron insuficientes estrategias y actividades en VIH/SIDA con HSH en la mayoría de países que realizaron este ejercicio. El proceso de planificación de ASICAL

viene, pues a llenar un vacío estratégico muy importante para contener el avance de las epidemias de SIDA en América Latina y, potencialmente, reducir su impacto en las naciones. Sin embargo, algunos aspectos quedan pendientes.

En primer lugar, los planes estratégicos deben ser convertidos en planes operativos. Deben constituirse equipos de coordinación por país, con roles y responsabilidades claramente definidos. Los planes estratégicos elaborados deben ser discutidos con estos actores, con el fin de propiciar su apropiación. La pregunta principal en este aspecto es quién tomará el liderazgo, aunque el papel de los Programas Nacionales es fundamental.

Para convertir a los planes estratégicos en planes operativos es necesario conformar al equipo de coordinación, el cual tiene que tomar decisiones sobre aspectos administrativos del plan, toma de decisiones y comunicación, así como los sistemas de monitoreo y evaluación y de establecimiento de calendarios y presupuestos (24). Para esto, los socios principales de la respuesta nacional al VIH/SIDA en HSH deben estar definidos e incluir, idealmente, Programas Nacionales de SIDA, ONG, organizaciones de PVVS, agencias de cooperación bi y multilaterales, Grupos Temáticos del ONUSIDA y consultores de país del ONUSIDA.

La movilización de recursos para ejecutar estos planes también requiere del trabajo conjunto del equipo de coordinación. Las tareas pendientes son: la identificación de las determinantes principales de la epidemia en HSH y el establecimiento de prioridades en base a los recursos potenciales o disponibles. Debe contarse también con un inventario de recursos humanos disponibles, sus roles, responsabilidades, canales de comunicación y necesidades de capacitación. Los recursos materiales también deben preverse (24). Estos recursos humanos deben apropiarse del proceso de planificación estratégica en VIH/SIDA con HSH, asegurarse que haya liderazgo del gobierno y/o de los Grupos Temáticos del ONUSIDA o alguna agencia copatrocinadora del ONUSIDA, una fuerte participación comunitaria e inclusión de las agencias de cooperación, con el fin de hacer coincidir sus prioridades con las prioridades nacionales. La maximización de los recursos disponibles se benefician de la existencia de prácticas óptimas (las cuales son muy escasas en VIH/SIDA y HSH) y los análisis de costo-efectividad. La movilización de recursos nuevos necesita de estrategias de comunicación y cabildeo eficaces que presenten el tema de VIH/SIDA en HSH de manera clara, definiendo adecuadamente la magnitud del problema y sus implicaciones en las dinámicas de transmisión del VIH al

resto de la población. El involucramiento de otros actores como las empresas privadas, las instituciones académicas, las ONG internacionales, las iglesias y otros también necesita de actividades de cabildeo intensas, debido a la estigmatización del tema de VIH/SIDA en HSH (1-4, 10-16, 96). Los gobiernos deben demostrar compromisos y liderazgo para que la movilización de recursos sea exitosa (24).

El desarrollo del plan operativo en sí requiere de algunos pasos importantes. Necesita el desarrollo de objetivos claros, precisos y medibles; de indicadores que medirán el logro de objetivos; de iniciativas claramente descritas y delineadas, de resultados concretos, cronogramas y presupuestos detallados. Es de notar que la mayoría de los planes estratégicos desarrollados por el proyecto ACAT detallan algunas estrategias y, algunos otros, solamente delinean un marco general de trabajo (10-16, 96). Para asegurar el éxito del desarrollo de los planes operativos, es necesario contrastarlo con el plan estratégico y evaluar su factibilidad, viabilidad y sustentabilidad. Esencial para esto es clasificar las prioridades en altas, medianas y no prioridades. La incorporación de consideraciones éticas, principalmente en un proceso de planeación de VIH/SIDA y HSH es fundamental. Esto debe tomar en cuenta la defensa de la noción de ciudadanía y de derechos humanos. El plan operativo debe responder a las necesidades reales y prioritarias y dirigirse adonde la epidemia está presente y se dirige, aspecto que se describe claramente en los trabajos presentados en el Forum 2000 (31-40).

Finalmente, debe escogerse el equipo que dirija el desarrollo del plan operativo. Con roles y responsabilidades, líneas de comunicación y de toma de decisiones bien definidas y un plan de comunicaciones claro. El plan operativo debería de lanzarse en un acto protocolar oficial. Todos/as los/as actores/as del resto del proceso deben tomar parte en la operativización de los planes estratégicos.

El monitoreo y evaluación, como está descrito en diferentes documentos, deberían ser realizados por una institución académica o una institución fuera del Programa Nacional de SIDA o las ONG de HSH, con experiencia previa (5-9, 24). Por la naturaleza estigmatizada del trabajo en VIH/SIDA y HSH, debería incorporar a un comité de ética, así como una fuerza de tarea que promueva acciones de cabildeo para facilitar la implementación de los planes. Un punto adicional que facilita la puesta en marcha de los planes operativos es la elaboración de una estrategia de gestión de las comunicaciones para comunicar sobre los avances de la implementación del plan a todos los actores involucrados, recolectar información

relevante al proceso, documentar las prácticas óptimas y compartir las experiencias en curso, idealmente a través de un sistema electrónico de comunicación e información. Finalmente, la gestión de información debe permitir la revisión y los reajustes de los planes operativos.

### ***Principales preguntas para el proceso de toma de decisiones***

¿Cómo utilizar los datos de los análisis de situación y respuesta para establecer las prioridades de los planes estratégicos y poder desarrollar los planes operativos?

¿Cómo se pueden mejorar las actividades de cabildeo para obtener los apoyos políticos, financieros y técnicos para desarrollar los planes estratégicos?

¿Quiénes deben liderar los procesos de operativización de los planes estratégicos en VIH/SIDA para HSH (equipo de coordinación)?

¿Quiénes deben liderar la implementación y evaluación/monitoreo?

¿Quién debe liderar los procesos de cabildeo para asegurar la puesta en marcha del plan y asegurar los recursos financieros, humanos y materiales necesarios?

¿Cuáles investigaciones deben realizarse para apoyar estas actividades de cabildeo?

¿Cómo se pueden integrar los planes estratégicos en VIH/SIDA para HSH en los planes estratégicos nacionales?

¿Cuáles son los recursos necesarios para ejecutar los planes estratégicos en VIH/SIDA para HSH y qué recursos disponibles actualmente pueden destinarse a esto?

¿Tienen los países destinados suficientes recursos para trabajar en VIH/SIDA con HSH y, si los hay, cuál es su porcentaje en relación al gasto nacional en VIH/SIDA?

¿Tienen el país o las agencias suficientes recursos para trabajar con HSH? ¿Cuántos recursos destinan a trabajar en VIH/SIDA con otras poblaciones?

¿Qué costos políticos sociales y económicos tienen para un país desarrollar proyectos en VIH/SIDA para HSH?

¿Quiénes son realmente los aliados para poner en marcha los planes operativos?

Habiendo tantos obstáculos a la gestión de recursos y a la implementación de los planes estratégicos en VIH/SIDA para HSH, ¿cuáles estrategias de cabildeo de alto nivel pueden desarrollarse? ¿Qué organizaciones, agencias e instituciones pueden hacerse cargo de esto?

¿Qué actividades de cabildeo deben realizarse con algunas organizaciones de HSH para incorporarlas a este esfuerzo?

¿Qué papel pueden jugar las agencias que realizan actividades de mercadeo social de condones y otros insumos para una sexualidad más segura?

¿Cuál es el impacto de la epidemia en HSH en las dinámicas de transmisión del VIH al resto de la población?

¿Cuáles son los beneficios para el control de la epidemia de VIH/SIDA de trabajar con HSH?

¿Cuál es el papel de los Programas Nacionales de SIDA y del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal para el desarrollo de estos planes estratégicos?

¿Cuál es el papel del Secretariado del ONUSIDA, del buró latinoamericano del Secretariado del ONUSIDA y de las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA en el desarrollo de los planes estratégicos de VIH/SIDA con HSH?

¿Cuál es el papel de las organizaciones de cooperación técnica, la cooperación internacional, las organizaciones internacionales de trabajo en SIDA, y de organizaciones de derechos humanos internacionales en el desarrollo de los planes estratégicos de VIH/SIDA con HSH?

¿Cuál es el papel de las redes comunitarias latinoamericanas, de las redes nacionales de trabajo en SIDA y de los grupos de personas que viven con VIH/SIDA en el desarrollo de los planes estratégicos de VIH/SIDA con HSH?

### ***Perspectivas de avance en el área***

No está de más señalar la gran importancia de incorporar los planes estratégicos de VIH/SIDA con HSH a los planes nacionales, ya que así se asegura la responsabilidad del Estado y su articulación con la sociedad civil y la cooperación internacional para hacerle frente al VIH en una población afectada en una proporción similar a la de los países más afectados del África.

Es de notar el optimismo expresado en el apoyo conseguido de los Programas Nacionales de SIDA, a pesar de ser muy frecuentemente la primera vez que se habla de VIH/SIDA en HSH. En algunos casos, no se señalan muchas posibilidades de interlocución e interacción con el PNS. Sin embargo, existe un compromiso aparente del GCTH de apoyar esta iniciativa y la experiencia de varios países señala lo estratégico y fundamental de la participación de estos Programas en el desarrollo de estrategias de VIH/SIDA con HSH.

Los consensos y conocimientos mutuos que se lograron a través del proceso de análisis de situación y respuesta y de formulación de los planes estratégicos establecen una mejor posibilidad de trabajo colaborativo entre los diferentes actores, así como la posibilidad de apropiación de los planes y de establecimiento de los equipos de coordinación que liderarán la puesta en marcha de estos planes.

Los procesos de análisis y planificación permitieron, muchas veces por primera vez, la interrelación entre ONG similares y facilitarán el potencial intercambio de experiencias, capacitación y apoyo técnico. Lo mismo es factible entre ONG de HSH, organizaciones de PVVS, Programas Nacionales de SIDA, Grupos Temáticos del ONUSIDA, agencias de cooperación técnica y representantes de las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA.

En muchos momentos del proceso, los/as representantes de los PNS llegaron a conocer el alcance de sus trabajos y, sobre todo, intercambiaron perspectivas sobre el trabajo en VIH/SIDA con HSH.

La participación en todo el proceso de varios integrantes de otras redes comunitarias latinoamericanas, así como de representantes de redes nacionales de trabajo en VIH/SIDA aumentan las posibilidades de trabajo con redes como GNP, ICW, LACCASO, REDLA y otras. La participación de algunas personas de algunas redes de recursos técnicos facilita la interacción con la Red Latinoamericana de Planeación Estratégica y SIDA, REDPES, enriqueciendo así los elementos técnicos que faciliten la puesta en marcha y revisión del proceso.

En general, los análisis y los ejemplos de todo este proceso de planificación estratégica, sumado a las experiencias exitosas en los países en desarrollo deberían incluirse como ejemplos en las guías de planificación del ONUSIDA, así como en las colecciones de buenas prácticas mundiales y regionales. Este proceso puede guiar ejercicios de planificación estratégica en otras poblaciones altamente afectadas por el VIH/SIDA.

**Revisión de lo presentado en el Forum 2000 en sesiones orales, presentación de carteles, discusiones con otros participantes del congreso y revisión de la publicación de resúmenes**

***Temas de investigación señalados como principales revisados en el Forum 2000***

Varios temas sobresalieron en el Forum 2000 sobre el trabajo en VIH/SIDA y HSH. Estos pueden resumirse de la siguiente manera.

Debido al tipo de actividad sexual, las ITS conocidas como síndromes colo rectales fueron abordadas brevemente durante el Forum 2000 (27). Sin embargo, fueron señalados únicamente los condilomas acuminados como patología frecuente (40%). La población investigada fue principalmente travesti, trabajadora sexual y en número reducido (15). Interesantemente, el 50% tenía relaciones sexuales con mujeres.

En este foro se señaló explícitamente la existencia de relaciones sexuales entre varones en poblaciones masculinas tradicionalmente sin identidad homosexual (28-30). En un estudio de camioneros en El Salvador (28), 13.6% relataron haber tenido relaciones sexuales con otros hombres en algún momento de su vida; 11% mantenían relaciones sexuales con hombres en el momento del estudio. Sin embargo, 76.5% reportaron conocer en el gremio de camioneros a compañeros que sostienen prácticas sexuales con hombres. En Sao Paulo, Brasil, un estudio entre jóvenes varones (13-19 años) con problemas legales, 8% reportaron tener sexo con otros varones, tanto dentro como fuera de los centros de detención (29). En otro estudio entre usuarios de drogas intravenosas (UDI) en Rio de Janeiro, también clasificados como HSH, 73.5% reportaron tener sexo con mujeres, contra 57.8% de los HSH que no usaban drogas (30). A pesar que el significado de este estudio es de difícil interpretación (¿son estos hombres más bien UDI o HSH?), se demuestra una población particular de UDI que tienen relaciones con hombres y mujeres; los potenciales de actuar como “puentes epidemiológicos” son evidentes.

Varios de los trabajos presentados en el Forum 2000 confirmaron que los casos de VIH/SIDA siguen concentrados en poblaciones o subpoblaciones de HSH (31-35). Este es el caso de la epidemia en Costa Rica, México y Cuba, así como en de trabajadores sexuales de México. Estos últimos tienen niveles de seroprevalencia 18 veces superiores a los de sus colegas mujeres.

Son de particular interés los datos de varios estudios de seroprevalencia e incidencia de VIH/SIDA en HSH (36-40), algunos de los cuales serán comentados abajo. Sin embargo, es notorio que las incidencias van del 1.4% por año en Sao Paulo (40) a un estimado general de 1.5-3% por año que hacen Cáceres y Chequer (39), quienes también reportan tasas de seroprevalencia medianamente altas (9-11%) en ciudades grandes de la región. Sin embargo, los estudios de seroprevalencia que fueron coordinados por un instituto de investigación de las fuerzas armadas estadounidenses reportan cifras del 13 a más de 20% en varias ciudades latinoamericanas, no siempre los mayores centros urbanos de la región (ciudades de Perú, Bolivia, Chile, Uruguay por ejemplo).

Finalmente, algunos estudios de las ciencias sociales reportan datos interesantes. Estas son investigaciones de comportamientos, de género (masculinidad) y otros temas (41-47). Entre los asuntos más relevantes para la prevención, el establecimiento de relaciones de confianza o sentimentales se asocia con un menor uso del condón (41); la construcción de masculinidades centrada en la genitalidad y la exposición a riesgos como valores positivos es un obstáculo para la prevención en HSH (¿y otros hombres?) (42, 45, 47); en algunos centros urbanos y entre las clases trabajadoras del Perú la homosexualidad masculina es vista de manera común y aceptada (43); persiste una gran negación del riesgo al VIH entre HSH (44); un estudio con hombres bisexuales demuestra la necesidad de intervenciones específicas, incluyendo algunas de salud mental, con esta población (46).

***Temas señalados como relevantes para la toma de decisiones  
revisados en la conferencia; ejemplos de información útil  
para la toma de decisiones***

Los estudios de seroprevalencias en HSH deben ser indicadores de la selección de prioridades de intervención en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH en la región. Estos datos que ponen las cifras alrededor del 15% entre los HSH de la región es muy preocupante. Las previsiones que hace el ONUSIDA en países africanos con prevalencias de 15% son indicadoras que, en esas poblaciones, la mitad las personas que actualmente tienen 15 años morirán de SIDA (48). Aunque las previsiones en el continente africano no se pueden extrapolar a la realidad latinoame-

ricana, estos datos son indicadores de defunciones a una escala que escapa a la imaginación y que habla por sí sola de la necesidad de acceso universal a medicamentos anti-retrovirales para los HSH y otros grupos poblacionales altamente afectados por el VIH/SIDA en la región.

Para poder darle seguimiento a las actividades de planificación estratégica en VIH/SIDA con HSH, tal como ha sido señalado arriba, es necesario el establecimiento de colaboraciones entre personal de salud o gobiernos, universidades, ministerios de educación y ONG o comunidades gays. Esto fue señalado en numerosos ejemplos actuales de cooperación en el foro (49-66). En la Argentina y en Brasil, de hecho, muchas de las iniciativas de cooperación fueron lideradas por personal de instituciones gubernamentales (49, 51, 52). En la ciudad de México, el gobierno de la ciudad colabora con la prevención en jóvenes HSH mediante el aporte de locales para la socialización de los mismos (50). El Foro HSH de Sao Paulo (51) es un muy buen ejemplo de cómo la coordinación estatal de ITS/VIH/SIDA lleva a cabo su labor mediante una “parceria”<sup>\*</sup> entre el Programa Estatal de ITS/SIDA de Sao Paulo con algunas ONG de HSH. En este foro se realizan intercambio de experiencias, capacitación mutua, apoyo a grupos sin experiencia, planificación y evaluación de las estrategias de prevención, participación en la gestión de recursos públicos en la prevención, transparencia de las acciones llevadas a cabo y creación de una amplia red de comunicación y divulgación de informaciones. Una de las organizaciones miembro de ASICAL, CAEHUSP, juega un papel muy importante en dicho foro.

Dos presentaciones hechas por instituciones miembros de ASICAL destacan las “parcerias” establecidas y aquellas que pueden potenciar la implementación de los planes estratégicos desarrollados en la región (55, 64). En Brasil un equipo multidisciplinario aboga por la discusión y reflexión públicas sobre la homosexualidad y el VIH/SIDA y así disminuir prejuicios y encarar de forma integral la epidemia en HSH (56). Otro estudio en 424 ciudades del estado de Sao Paulo (57) señala que, de las ciudades donde se realizan actividades de prevención (poco más de la mitad), sólo el 18, el 14 y el 12% tienen programas para transexuales,

<sup>\*</sup> Palabra utilizada por los/as brasileños/as para describir el establecimiento de una relación de trabajo respetuosa, de igual a igual, entre instituciones y organizaciones de diversa índole, con el fin de hacerle frente a problemas percibidos como comunes. Es como el establecimiento de una sociedad, pero con connotaciones menos mercantilistas.

hombres homosexuales y trabajadores sexuales. La proporción de proyectos que realiza actividades con grupos de difícil acceso (y alta seroprevalencia) es baja. Aunque no se explicita detalladamente en otros trabajos, es evidente que, proporcionalmente, es escaso el trabajo (¿y las prioridades asignadas?) con los grupos más afectados por el VIH en la región. Y a pesar de los avances brasileños, se aboga por la creación de grupos de poblaciones muy marginadas como travestís, que autogestionen sus proyectos (59), a pesar que esto sea un proceso largo y, a veces doloroso, tanto para las comunidades como para las instituciones de gobierno. Esto rompe paradigmas de paternalismo y asistencialismo. Finalmente, un equipo compuesto por varias personas del Programa Nacional de SIDA de Brasil evalúa los retos impuestos por la descentralización de servicios, luego de ocho años de “parcerias” exitosas entre el gobierno federal y la sociedad civil (63). Los retos más importantes son la sustentabilidad de las acciones desde los puntos de vista político, técnico y financiero.

Varios equipos chilenos señalan los beneficios para sensibilizar a las poblaciones sobre la homosexualidad y prevención del VIH/SIDA en “parcerias” establecidas entre ONG y personas de los ministerios de educación (54, 60, 62).

Dos presentaciones señalan el potencial de la creación de lazos de cooperación entre organizaciones de América Latina (cooperación horizontal) y entre organizaciones de países desarrollados y de América Latina (57, 58). Este hecho se basa en algunas experiencias exitosas en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH en algunos países como Brasil, Argentina y Chile y en países como Canadá y Estados Unidos de América. Esto es particularmente importante debido a la relativa urgencia de desarrollar estrategias efectivas, eficaces y con un costo beneficio favorable. Sin embargo, sólo la experiencia canadiense ha dado frutos que ya han sido evaluados, mayormente en el Caribe.

Entre las modalidades ya probadas y nuevas de prevención con HSH, fueron presentadas varios trabajos libres que hicieron hincapié en la publicación de revistas (69), modelos psico-afectivos (70), el establecimiento de sendos programas de educación sexual con latinoamericanos en Estados Unidos, (71), líneas telefónicas para la diversidad sexual (73), programas radiales (74), terapias reforzadoras de las motivaciones para HSH que tienen problemas con el alcohol (75), cursos de teatro y ciudadanía que juegan con lo lúdico para tratar temas de salud (76), consejería y testeo voluntarios (77) y terapia psicológica para las compulsiones y

compulsiones sexuales de HSH en Caracas (78). Desafortunadamente, los resultados concretos de muchas de estas intervenciones no fueron especificados ni tampoco sus indicadores de éxito.

Como muestra de intervenciones de pares en sitios de sexo público y en establecimientos comerciales gays, algunos trabajos chilenos y brasileños demostraron que es posible trabajar en sitios vistos como marginales y peligrosos y con poblaciones consideradas “de difícil acceso”, desde un enfoque comunitario (79-84). Lastimosamente, muchas de estas intervenciones no contaban con la participación de las autoridades de salud, elemento fundamental para crear “parcerias” duraderas y sustentables y que, además, contribuyan a la apropiación del trabajo con HSH de todos los actores que deberían participar en las respuestas nacionales en prevención del VIH/SIDA con HSH. Asimismo, se evidenció la necesidad de crear herramientas de evaluación que permitan replicar las intervenciones más exitosas. En este sentido, una colaboración entre FHI y organizaciones centroamericanas y caribeñas ha desarrollado una metodología llamada estudios de vigilancia del comportamiento o behavioral surveillance surveys, (BSS por sus siglas en inglés) (85). Esta metodología propone estudios transversales de conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo en HSH y otras poblaciones vulnerables. Entre sus ventajas están un enfoque estandarizado del desarrollo de cuestionarios, construcción del marco de muestreo, desarrollo de encuestas y análisis de los datos; su vinculación con la vigilancia epidemiológica de segunda generación promete un medio de estimar el impacto de los programas con poblaciones en situaciones de alto riesgo para adquirir el VIH.

Uno de los ejes de trabajo más frecuentes en los planes estratégicos propuestos por el proyecto ACAT es la construcción de climas favorables para realizar las actividades de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH. Dos organizaciones brasileñas presentaron trabajos relacionados a la construcción de la ciudadanía, definida como el aprendizaje y ejercicio de los derechos humanos de poblaciones marginalizadas de HSH, y su efecto positivo en las actividades de prevención y atención del VIH/SIDA (86, 87).

Una serie de artículos sobre legislación y gestión de la información (88-91) señala la importancia de ambos temas para mejorar los climas de trabajo en VIH/SIDA y HSH. Los artículos sobre legislación señalan vacíos importantes sobre “poblaciones vulnerables” y a la homosexualidad como causa de deportación de migrantes sin documentos en

Centroamérica y México (89, 91). Una agencia mexicana de noticias sobre SIDA, sexualidad y salud (88) destaca la importancia de tener noticias técnicamente sólidas para influir positivamente en los medios de comunicación, disminuyendo las noticias discriminatorias. Una ONG brasileña destaca la importancia de tener información sobre VIH/SIDA y HSH disponible a todas las organizaciones e instituciones que desean realizar acciones de cabildeo y gestión de proyectos (90).

### *Avances temáticos reportados*

Durante las reuniones paralelas al Forum 2000, las organizaciones integrantes de ASICAL sostuvieron contactos importantes con Peter Piot, el GCTH y algunas organizaciones donantes.

Peter Piot dio todo su apoyo político al trabajo en VIH/SIDA con HSH en la región, destacando que era una de las áreas prioritarias para disminuir el impacto en la región y una de las más postergadas. Instó a todas las instancias regionales a dar una respuesta firme a las epidemias de VIH/SIDA en HSH, indicando además que un hombre joven gay tenía más de 50% de posibilidades de morir de SIDA, dadas las tasas de seroprevalencia en esta población. El impacto político de dichos discursos fue grande, pues fueron pronunciados en la apertura del Forum 2000 y en la clausura del Foro Comunitario. De igual manera Luiz Lourez (jefe del buró latinoamericano del Secretariado del ONUSIDA en Ginebra) priorizó el tema en su discurso de cierre del Forum 2000.

Peter Piot comentó sobre la posibilidad de enviar una carta a los grupos temáticos para sugerirles incluir el tema de los HSH y VIH/SIDA como prioridad. También mencionó el interés estratégico de vincular el tema de HSH transversalmente en el tema de Derechos humanos, género y de la necesidad de dar un enfoque político al discurso en términos de los HSH para influenciar a nivel local.

Asimismo, ONUSIDA apoyó la noción de la creación de una fuerza de tarea (“task force”) para realizar todas las acciones de documentación y cabildeo necesarias a impulsar las estrategias de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH. De la misma manera, se propuso una reunión regional de alto nivel para recaudar fondos para las propuestas desarrolladas en los planes estratégicos, con el apoyo de Hans Moerkerk, de la cooperación holandesa y el ONUSIDA. El ONUSIDA también men-

cionó la posibilidad de patrocinar un manual sobre prácticas óptimas y el estudio de caso sobre la planificación estratégica, lo cual sería apoyado por SIDALAC. La última opción se presenta en este trabajo. Se discutió con representantes de SIDALAC la posibilidad de realizar estudios sobre gastos nacionales en VIH/SIDA y HSH, así como una reunión para consensar estrategias de presentación del tema de los HSH, con el fin de generar situaciones auspiciosas y que permitan avanzar en el proceso.

A lo interno, las organizaciones miembros de ASICAL acordaron crear un documento de consenso corto y auspicioso de la creación de alianzas sobre el trabajo en VIH/SIDA con HSH, con el fin de utilizarlo en acciones de cabildeo y gestión de recursos, entre otras cosas. Se sugirió la necesidad de hacer un plan estratégico institucional que prevea el desarrollo de ASICAL en una red de recursos técnicos en VIH/SIDA con HSH.

Con las redes latinoamericanas de trabajo en VIH/SIDA, se logró un acuerdo para incluir el tema de los HSH dentro de las agendas comunitarias regionales. Sin embargo, este acuerdo aún es débil y queda por verse su alcance real.

Se logró una aproximación con la red de investigación dirigida por Carlos Cáceres de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por trabajar conjuntamente y contribuir a crear un cuerpo de información que permita orientar mejor las estrategias en VIH/SIDA con HSH. Asimismo, este es un primer vínculo con instituciones académicas que no puede sino ser positivo.

Mediante la participación de representantes de ASICAL en la reunión de la red latinoamericana de ETS, se logró capitalizar su preocupación por incluir el tema de enfoque sindrómico en condiciones coloretcales en HSH, para lo cual ASICAL podría ser un socio.

ASICAL presentó al Secretariado del ONUSIDA y a algunos donantes (HIVOS, FHI) las propuestas de seguimiento al proyecto ACAT, consistentes en la sistematización de experiencias y metodologías exitosas en la región, su paso a manuales y apoyos electrónicos y la capacitación de las ONG de HSH y de trabajo en SIDA que así lo requieran. Los temas surgieron de las planeaciones estratégicas y de las necesidades detectadas durante este proceso entre los/as participantes. Los temas propuestos son a) intervenciones en prevención, atención y apoyo con HSH; b) advocacy (cabildeo) para el desarrollo de estas intervenciones, c) desarrollo de organizaciones que trabajan con HSH y d) creación de climas favorables (93-96). Estos proyectos fueron recibidos con optimismo, aun-

que se reconoció que es necesaria su revisión técnica y análisis de factibilidad y viabilidad.

Los/as jefes/as de los Programas Nacionales de SIDA de América Latina, reunidos/as en el GCTH manifestaron su disponibilidad para trabajar de manera conjunta en cooperación técnica horizontal con ASICAL tomando como base los planes estratégicos de VIH/SIDA con HSH, en los cuales participaron institucionalmente para su elaboración; como un ejemplo de su trabajo con los grupos comunitarios en la región. Adicionalmente, demostraron su interés de intercambiar experiencias con ASICAL para fortalecer el trabajo de los grupos gays en cada país.

***Reseña de los mejores resúmenes, presentaciones orales, en cartel, o eventos previos o paralelos a la conferencia presentados, con especial énfasis en América Latina y el Caribe (con referencias de acuerdo a las memorias de la conferencia)***

Una parte importante ya ha sido comentada arriba (apartado 3.2). Los trabajos principales relacionados al VIH/SIDA se dividieron en los siguientes grandes ejes temáticos:

- La colaboración y coordinación de entes gubernamentales (de los sectores de salud, justicia y educación), universidades e instituciones académicas y ONG o comunidades gays para el desarrollo de actividades de prevención y atención de VIH/SIDA con HSH.
- Estrategias de cooperación norte-sur y sur-sur como herramienta para desarrollar programas eficaces, eficientes, costo efectivos y basados en experiencias exitosas o no.
- La existencia de vacíos importantes en las ITS de colon y recto.
- La existencia de actividad homosexual masculina en otras poblaciones de hombres tradicionalmente consideradas heterosexuales.
- La reconfirmación que los casos de VIH/SIDA siguen concentrados en poblaciones o subpoblaciones de HSH.
- Experiencias novedosas y tradicionales de prevención entre HSH y la necesidad de desarrollar indicadores de éxito para éstas.

- Contribuciones de los estudios de las ciencias sociales para mejor comprender los contextos de vulnerabilidad al VIH/SIDA de HSH. Entre estos estudios están aquellos de comportamiento, de género y masculinidades y otros.
- El gran valor agregado de las intervenciones comunitarias en prevención con HSH en lugares considerados peligrosos o marginales, con poca coordinación con el estado, y la necesidad de desarrollar herramientas para evaluar su efectividad y eficacia y promover la apropiación de estas estrategias por los actores nacionales involucrados en la lucha contra el SIDA.
- Mejoría de los climas de trabajo mediante estrategias de promoción de la ciudadanía (incluyendo formación de ONG) de los HSH.
- Creación de climas más favorables de trabajo mediante los estudios de legislación y la adecuada gestión de la comunicación, incluyendo a los medios de comunicación masiva.

Algunos estudios de seroprevalencias merecen un comentario aparte en este apartado.

La Dra. Mónica Negrete, investigadora de las fuerzas navales de Estados Unidos de América, presentó un estudio de la epidemiología del VIH-1 en Sur América, basado en los subtipos virales encontrados en poblaciones de trabajadoras sexuales (TSF), HSH y personas que viven con VIH/SIDA (37). El estudio permitiría definir los subtipos más frecuentes para la producción de vacunas. Se evidenciaron seroprevalencias en siete países (Perú, Ecuador, Colombia, Chile, Argentina, Uruguay y Bolivia) superiores en HSH (superiores al 15%) que en TSF, lo cual es indicativo de las necesidades aún grandes de llevar a escala las campañas de prevención entre HSH. También se evidencia un mayor porcentaje de uso de drogas y un menor uso del condón en HSH y PVVS que en TSF. Asimismo, se evidencia que el subtipo B sigue siendo el más frecuente (81.7%) entre las poblaciones estudiadas, incluidas las PVVS. Esto también es indicativo de la continua importancia de la transmisión por sexo entre hombres.

La Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA y la Fundación Equidad de Ecuador presentaron sus propios estudios de seroprevalencia en HSH, las cuales estaban entre 15% y 20% (36). En el caso de Colombia, la seroprevalencia era superior en 4 % a aquella encontrada cuatro años

antes. Sin embargo, estos datos demuestran seroprevalencias en alza y a niveles superiores a las encontradas en otros grupos poblacionales que también se encuentran en contextos de alto riesgo. Estos estudios están siendo también realizados en Centroamérica.

El proceso de planeación estratégica en VIH/SIDA con HSH en Centroamérica y México se llevó a cabo después del Forum 2000. Los procesos de análisis de situación y la respuesta fueron realizados por un ONG gay con apoyo del Grupo Temático del ONUSIDA en El Salvador y mediante talleres interdisciplinarios e interinstitucionales en los demás países.

En el caso de Guatemala, OASIS desarrolló dos investigaciones (97, 98) y una intervención con personal de salud (99), procesos que facilitaron el análisis de situación y respuesta y la formulación del plan estratégico en sí (100). Dicho plan contempló la vinculación de las estrategias de esta plan estratégico en VIH/SIDA para HSH con las estrategias y resultados esperados del plan estratégico nacional y la inclusión transversal del tema HSH en todas las estrategias de combate al VIH/SIDA en Guatemala.

### ***Ejemplos negativos de los cuales se debe aprender para no cometer los mismos errores***

La producción de planes estratégicos en VIH/SIDA para HSH, sin una priorización de los proyectos propuestos, revisión técnica de los mismos y desarrollo de planes operativos crea grandes expectativas entre las organizaciones e instituciones que participan en los procesos. ASICAL, ONUSIDA, los Programas Nacionales de SIDA, los Grupos Temáticos del ONUSIDA y las organizaciones de PVVS, así como los demás participantes en el proceso debe definir de manera más concreta el alcance de cada paso de este proceso.

La estrategia de desarrollo de programas utilizando el marco lógico debió haber sido precedida por la operativización de los planes estratégicos y la conformación de los equipos coordinadores de la implementación de estos planes. La integración de los planes estratégicos en VIH/SIDA con HSH en los planes estratégicos nacionales contribuiría también a mayores garantías de implementación de estos planes.

La movilización de recursos debió ser parte integral del proceso de planeación estratégica. Sin embargo, los lineamientos del ONUSIDA y de la REDPES, por mencionar a algunos actores, aún necesitan de puestas a punto y práctica.

El Forum 2000 fue una oportunidad poco aprovechada para desarrollar contactos con donantes para movilizar recursos financieros para la ejecución de los planes estratégicos en VIH/SIDA con HSH. Hizo falta un marco conceptual sobre el trabajo en VIH/SIDA con HSH y una estrategia clara de movilización de recursos, con responsables definidos.

Las convocatorias a los procesos de planificación nacionales no deben ser realizadas por organizaciones que tienen escasas relaciones con los participantes potenciales. En la medida de lo posible, los Programas Nacionales de SIDA, los Grupos Temáticos del ONUSIDA y las ONG de HSH deben conformar este primer equipo de coordinación.

En los pocos casos en que los Programas Nacionales de SIDA perciben un costo político muy alto al participar de manera protagónica en estos procesos, los Grupos Temáticos del ONUSIDA deberían conformar el primer equipo de coordinación del proceso con las ONG de HSH, pasando luego la responsabilidad a dichos Programas.

El hecho que ninguna agencia copatrocinadora del ONUSIDA tenga como eje temático el trabajo con HSH debe motivar la reflexión entre las mismas, con el fin de adecuar sus mandatos y poblaciones meta prioritarias a la realidad de la epidemia en la región.

### ***Oportunidades para la cooperación técnica horizontal (entre países) en los temas desarrollados***

La experiencia de “parcerias” entre el estado brasileño y la sociedad civil debe ser aprovechada en los demás países de la región. Brasil siempre ha mostrado una gran disposición a cooperar en este sentido.

La experiencia de investigación epidemiológica y de comportamientos en VIH/SIDA y HSH debe ser compartida de manera prioritaria, con el fin de mejorar las bases que aseguren una gestión adecuada de los planes estratégicos elaborados.

Los estudios de costo beneficio realizados en Brasil deben ser aplicados en otros países del área.

La iniciativa del Caribe ante la emergencia relacionada al VIH/SIDA que vive esa región puede ser compartida con otras subregiones altamente afectadas, sin olvidar el impacto en la epidemia general de las epidemias en HSH.

El establecimiento de una fuerza de tarea para trabajar con UDI en el Cono Sur puede ser aprovechada para crear una fuerza de tarea para el trabajo con HSH.

La necesidad de capacitación de las ONG de HSH en la región merece una atención particular. Para esto, ASICAL ha desarrollado una serie de propuestas en los temas de a) intervenciones en prevención, atención y apoyo con HSH; b) advocacy (cabildero) para el desarrollo de estas intervenciones, c) desarrollo de organizaciones que trabajan con HSH y d) creación de climas favorables (93-96). Se basan en la sistematización de las mejores experiencias y metodologías en estas áreas en la región, la creación de manuales y soportes electrónicos para capacitaciones y el desarrollo de capacitaciones con ONG que así lo deseen.

Las “parcerias” entre ONG, instituciones académicas, programas estatales de ITS/SIDA, Ministerios de Justicia y otros actores de Brasil, debe ser aplicado al resto de la región. En este sentido, la experiencia del Proyecto Somos de capacitar a ONG de HSH en regiones marginalizadas del país es un modelo que puede orientar los ejes estratégicos de trabajo de ASICAL.

## **Vacios existentes en las áreas bajo estudio**

### ***Problemas no tocados en la literatura ni en la conferencia***

- Las necesidades de desarrollar estrategias de diagnóstico y tratamiento de los síndromes colo rectales fueron tratadas marginalmente en la conferencia y no existe un algoritmo para el manejo sindrómico de estos síndromes frecuentes en HSH.cto
- La práctica de las leyes puede ser diferente a lo que está escrito. Por ejemplo, la libre asociación de organizaciones de HSH no es respetada en El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. En este sentido, pueden aplicarse los estudios de identificación de discriminación contra HSH o los índices de evaluación del ambiente político específico alrededor del VIH/SIDA en HSH, desarrollado por PASCA (92).
- Aún se habla poco sobre el efecto en la prevención del VIH/SIDA en HSH de los nuevos tratamientos anti-retrovirales dis-

ponibles en algunos países de la región. Los avances en materia de acceso a medicamentos pueden efectivamente perjudicar las labores de prevención.

- Los contextos de riesgo para poblaciones de HSH que no tienen identidad homosexual fueron abordados de manera mínima. Sin embargo, hay indicios de actividad sexual entre varones fuera de aquellos con una identidad sexual clara, aspecto que merece de estudios más profundos. Sin embargo, esto presupone un enfoque transversal de la homosexualidad en todo el trabajo en VIH/SIDA, situación que es complicada por la estigmatización de la homosexualidad, la falta de conocimientos científicos sobre la misma y la falta de apoyo oficial a dicho tipo de iniciativas, en un afán por “normalizar” el SIDA.
- De la misma manera, no se sabe mucho sobre el impacto de la transmisión del VIH entre HSH y las dinámicas de transmisión al resto de la población. Es decir, cuál es el impacto en el combate de la epidemia al focalizar el trabajo de prevención en la población de HSH
- Existen pocos indicadores y herramientas para la evaluación de estrategias eficaces y de larga duración en prevención con HSH. Las agencias de cooperación técnica y las copatrocinadoras del ONUSIDA podrían apoyar este esfuerzo, lo cual a su vez facilitaría el desarrollo de habilidades de trabajo con HSH entre estos actores importantes en la lucha contra el SIDA.
- En vista que el VIH/SIDA se ha vuelto una crisis crónica de salud, los éxitos de la prevención de los primeros años se han visto disminuidos. ¿Cuáles son las dificultades de promover el condón como método de prevención en HSH? ¿Se ha tenido verdaderamente éxito? ¿Existen otras alternativas de prevención? ¿Cuál es el estado de avance de la vacunación? ¿Serán considerados los HSH como una población prioritaria para los ensayos clínicos de vacunación?

***Principales conclusiones útiles para los tomadores de decisión y diseñadores de políticas dentro del sector salud***

- La epidemia de VIH/SIDA en HSH en la región tiene el potencial de transmisión muy grande al resto de la población debido en parte a las altas seroprevalencias y a la frecuente práctica de sexo entre hombres, así como a la alta incidencia de prácticas bisexuales entre los hombres de la región. Aunque aún no se ha determinado con estudios de costo beneficio, es muy probable que las acciones dirigidas a la prevención en HSH y en otras poblaciones con altas seroprevalencias sean muy eficaces en aspectos de costo y en la disminución del impacto nacional del VIH/SIDA.
- Deben desarrollarse algoritmos utilizando el modelo del enfoque sindrómico para la atención de las condiciones coloretcales. Dichos algoritmos deben ser validados y desarrollarse estudios para evaluar su sensibilidad y especificidad en relación a los agentes etiológicos que son responsables de estas condiciones.
- Existen experiencias exitosas de trabajo en VIH/SIDA con HSH en la región por ONG y sectores oficiales. Estas experiencias y sus metodologías de desarrollo deben ser sistematizadas y deben desarrollarse capacitaciones con ONG, personal de salud, Grupos Temáticos de ONUSIDA y otros actores de las respuestas nacionales.
- Las relaciones sexuales entre varones son muy comunes en otras poblaciones de hombres sin identidades homosexuales. Debe incluirse el tema de la homosexualidad masculina en el desarrollo de estrategias de prevención con estos hombres (migrantes, camioneros, personal uniformado, hombres privados de libertad, etcétera). La homosexualidad debe considerarse como un eje transversal en los programas de prevención de SIDA en hombres.
- Los datos epidemiológicos de VIH/SIDA deben reinterpretarse con el fin de estimar adecuadamente la magnitud de la transmisión del VIH por sexo entre hombres, con el fin de elaborar respuestas adecuadas a la epidemia.

- Las autoridades de salud de los países deben liderar los esfuerzos de desarrollo de los planes estratégicos elaborados en “parceria” con las ONG, los Grupos Temáticos y las agencias de cooperación. La experiencia brasileña en este sentido debe ser aprovechada en otros países de la región. Las capacidades técnicas para la evaluación de proyectos deben aplicarse a la elaboración de indicadores concretos para reconocer la eficacia y eficiencia de las actividades propuestas.
- Los esfuerzos de prevención deben enfocarse en las poblaciones más afectadas por el VIH/SIDA, en particular los HSH, si se desea tener un impacto importante en la contención de la diseminación de la epidemia. Debe evaluarse los presupuestos nacionales destinados a este fin y reorientar recursos hacia este esfuerzo.
- Brasil ha demostrado que es posible montar un sistema de atención universal y gratuito, integral y de calidad, para las PVVS. Este tipo de iniciativas no solo disminuye los impactos del VIH/SIDA, sino que también afecta positivamente la eficacia de la prevención. Las posibilidades de bajar los costos de los anti-retrovirales son muchas.

***Principales conclusiones útiles para los tomadores de decisión y diseñadores de políticas fuera del sector salud***

- El respeto a los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía de HSH son factores que facilitan la prevención del VIH/SIDA en HSH. Deben producirse cambios legislativos y estructurales para disminuir los efectos de la exclusión social relacionados a la violación de los derechos humanos y poder así mejorar los climas de trabajo y aumentar el impacto de los esfuerzos de prevención y atención en VIH/SIDA con HSH.
- La modificación de leyes que discriminan a los HSH y a otras poblaciones, en particular a las personas que viven con VIH/SIDA no contribuye a la creación de climas favorables para la disminución del impacto del SIDA. Dichas leyes deben ser modificadas y asegurar el respeto de los derechos humanos

de las personas, independientemente de su orientación sexual, prácticas sexuales o estado de salud.

- Deben desarrollarse estudios desde las ciencias sociales para mejor comprender los contextos de vulnerabilidad al VIH/SIDA de HSH. El enfoque de dichos estudios puede ser más relacionado al sexo y al placer, a las necesidades de intervenciones en salud mental o apoyo psicológico para la prevención, a la influencia de la construcción de género y masculinidades en la prevención y otros.
- En los esfuerzos de prevención, atención y apoyo del VIH/SIDA en HSH deben involucrarse actores del gobierno, tales como Ministerios de Trabajo y de Educación. El apoyo de instituciones académicas para la evaluación de los proyectos desarrollados y la promoción de nuevas investigaciones en el tema de VIH/SIDA y HSH es de suma importancia.
- El desarrollo de estrategias de gestión de la información relativa a VIH/SIDA y HSH es un aspecto que puede facilitar la movilización de recursos y el desarrollo de documentos que permitan la promoción y defensa pública de los planes estratégicos de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH en los países de la región.

### **Conclusiones y recomendaciones encaminadas a la elaboración de políticas y ejecución de acciones para la prevención y control del VIH/SIDA y otras ITS, así como atención adecuada de los afectados**

En general, los esfuerzos de prevención y atención en VIH/SIDA en Latinoamérica y el Caribe se enfrentan a obstáculos culturales, sociales, políticos y económicos. Es necesario que todos los actores involucrados en las respuestas nacionales al VIH/SIDA coordinen esfuerzos para lograr impulsar las estrategias de trabajo definidas en los planes estratégicos elaborados mediante el proyecto ACAT. Es de vital importancia el establecimiento de una fuerza de tarea para que realice cabildeo al más alto nivel para garantizar el apoyo político y lograr movilizar los recursos para implementar los planes estratégicos de prevención y atención en VIH/SIDA para HSH. Sus integrantes deben incluir representantes del Secretariado del ONUSIDA,

de los representantes interpaíses del ONUSIDA, de redes de recursos técnicos latinoamericanas (como SIDALAC y REDPES), de ASICAL, de agencias de cooperación técnica bi y multilateral y de las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA, entre otros. A continuación se hacen recomendaciones para cada uno de los actores implicados en las respuestas nacionales.

### ***Para las autoridades de salud***

- Los datos epidemiológicos referentes al VIH/SIDA en la región deben ser reinterpretados para estimar la magnitud de transmisión del VIH debido a sexo entre hombres.
- En vista de esta reinterpretación, deben analizarse la coherencia y relevancia de la respuesta nacional al VIH/SIDA en HSH y readecuar los recursos destinados al trabajo con esta población. En los lugares donde no se están destinando recursos, debe reconsiderarse la movilización de los mismos.
- En los países donde ya existen datos de seroprevalencia de VIH en HSH, estos deben ser complementados por estudios de comportamiento, de contextos de vulnerabilidad y de otros estudios de las áreas sociales. Asimismo, deben realizarse estudios de incidencia para estimar mejor el impacto de la epidemia en HSH.
- Debe estudiarse la influencia de la transmisión del VIH entre HSH en las dinámicas de transmisión de la infección a otros grupos poblacionales, con el fin de mejor comprender el impacto de las actividades de prevención con HSH.
- Las estrategias comunitarias de prevención de HSH en VIH/SIDA deben ser apoyadas y sus resultados evaluados conjuntamente con las autoridades de salud con el fin de elaborar indicadores que permitan medir su eficacia, efectividad y costo beneficio.
- Los resultados de los estudios realizados deben ser difundidos de la manera más amplia posible mediante la elaboración de una estrategia de gestión de la información.
- Es necesario desarrollar actividades de capacitación y sensibilización en el tema de VIH/SIDA y HSH con el personal de salud.

- Deben desarrollarse actividades de cooperación técnica horizontal entre los Programas Nacionales de SIDA con el fin de intercambiar experiencias de trabajo con HSH. La experiencia brasileña de establecimiento de “parcerias” con la sociedad civil merece una especial atención.
- Es estratégico apoyar los esfuerzos de sistematización de experiencias y metodologías en intervenciones específicas con HSH, cabildeo, creación de climas favorables y desarrollo de organizaciones de HSH.
- Los Programas Nacionales de SIDA deben apoyar el trabajo de cabildeo de alto nivel de la fuerza de tarea para impulsar el desarrollo de los planes estratégicos de VIH/SIDA con HSH en la región.
- Los equipos de coordinación deben desarrollar planes operativos a partir de los planes estratégicos elaborados mediante las actividades mencionadas en el numeral 2.2 y movilizar los recursos necesarios para la implementación de estos planes.
- El trabajo en VIH/SIDA con HSH es una prioridad en la región latinoamericana y los Programas Nacionales de SIDA deben colaborar para producir documentos que garanticen la inclusión de estrategias con estas poblaciones en la próxima Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas a realizarse en junio de 2001 en Nueva York.
- Finalmente, los Programas Nacionales de SIDA deben conformar el equipo de coordinación para implementar estas y otras acciones contenidas en los planes estratégicos en VIH/SIDA con HSH. Estos deben incluirse en los planes estratégicos nacionales y debe desarrollarse un proceso participativo de operativización.

### ***Para las ONG de HSH y de trabajo en SIDA***

- Las ONG de HSH deben integrarse a los equipos de coordinación encargados de la elaboración de los planes operativos de los planes estratégicos en VIH/SIDA con HSH.

- La experiencia de capacitación de ONG de HSH desarrollada por el Proyecto Somos y las cuatro organizaciones brasileñas miembros de ASICAL debe ser utilizada en el desarrollo de las capacitaciones a otras ONG que trabajan con HSH en la región. Esto debe ser parte de la cooperación horizontal sur-sur y puede comprender también acciones de cooperación horizontal sur-norte.
- Las ONG de HSH deben apoyar y participar con las autoridades de salud en la elaboración de estudios que permitan desarrollar mejores respuestas al VIH/SIDA en HSH, incluyendo la búsqueda de metodologías que disminuyan la renuencia a utilizar el condón o de nuevas tecnologías eficaces para prevenir la transmisión del VIH, así como la elaboración de indicadores de eficacia, eficiencia y costo efectividad de las intervenciones.
- Las ONG de ASICAL deben recopilar prácticas óptimas en sus cuatro áreas temáticas de experiencia con el apoyo del ONUSIDA, los Grupos Temáticos y las agencias copatrocinadoras del ONUSIDA para poder así capacitar a otras ONG que trabajan con HSH en la región. La recopilación de estas prácticas y metodologías incluye, por supuesto, a organizaciones que no son miembros de ASICAL.
- Uno o más representantes de ASICAL deben participar en la fuerza de tarea para impulsar el trabajo en VIH/SIDA con HSH en la región.
- Deben realizarse alianzas estratégicas con organizaciones de PVVS con el fin de desarrollar estrategias comunes para disminuir la estigmatización (mediante el cabildeo advocacy), ya que las razones para ésta son similares.
- Es necesario desarrollar actividades de capacitación y sensibilización en el tema de VIH/SIDA y HSH con organizaciones gays y con organizaciones de trabajo en VIH/SIDA, incluyendo las redes comunitarias y nacionales en Latinoamérica y el Caribe.
- Las ONG de HSH deben participar de manera conjunta con los demás actores en la ampliación del acceso a medicamentos anti-retrovirales en la región.
- ASICAL debe considerar convertirse en una red de recursos técnicos en VIH/SIDA y HSH.

- ASICAL necesita realizar alianzas estratégicas con instituciones académicas y de investigación para construir conjuntamente el conocimiento necesario para poder elaborar mejores propuestas de intervención para la atención y prevención de VIH/SIDA en HSH.
- ASICAL debe realizar un proceso de desarrollo y planificación estratégica institucional para definir claramente sus campos de acción.
- El trabajo en VIH/SIDA con HSH es una prioridad en la región latinoamericana y las ONG de HSH y de trabajo en SIDA deben colaborar para producir documentos que garanticen la inclusión de estrategias con estas poblaciones en la próxima Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas a realizarse en junio de 2001 en Nueva York.

***Para los Grupos Temáticos del ONUSIDA y las agencias copatrocinadoras***

- Se deben documentar las prácticas óptimas en relación al VIH/SIDA con HSH en otras regiones del mundo y analizar su viabilidad y factibilidad en el área latinoamericana.
- La epidemia de VIH/SIDA en la mayor parte de los países de la región está concentrada en poblaciones marginalizadas y estigmatizadas, particularmente en HSH. Los Grupos Temáticos y las agencias copatrocinadoras deben incorporar el tema de HSH en el trabajo de VIH/SIDA en sus agendas.
- Los Grupos Temáticos y las agencias copatrocinadoras deben participar en la fuerza de tarea para impulsar el trabajo en VIH/SIDA con HSH en la región.
- Los Grupos Temáticos y las agencias copatrocinadoras deben participar en el equipo de coordinación para el diseño, la implementación y la evaluación de los planes operativos en VIH/SIDA y HSH en los diferentes países.
- Deben aprovecharse las ventajas técnicas comparativas de cada agencia para aportar elementos que garanticen la adecuada ejecución, monitoreo y evaluación de los planes operativos en VIH/SIDA para HSH.

- El trabajo en VIH/SIDA con HSH es una prioridad en la región latinoamericana y los Grupos Temáticos y agencias copatrocinadoras deben colaborar para producir documentos que garanticen la inclusión de recomendaciones de trabajo con estas poblaciones en la próxima Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas a realizarse en junio de 2001 en Nueva York.

***Para el buró latinoamericano del Secretariado del ONUSIDA***

- Debido a los obstáculos importantes para la implementación de estrategias de prevención y atención en VIH/SIDA con HSH, el personal del buró debe participar en la conformación de la fuerza de tarea para trabajar VIH/SIDA con HSH en la región.
- Deben apoyarse los esfuerzos de equipos de coordinación de los planes operativos de VIH/SIDA con HSH en la región.
- El buró debe instar a los Grupos Temáticos del ONUSIDA y a las agencias copatrocinadoras en la región a incluir el tema de HSH como prioritario en sus agendas. También deben realizarse actividades de capacitación y sensibilización sobre VIH/SIDA y HSH con sus representantes.
- Se deben movilizar recursos, así como destinar recursos propios al trabajo en VIH/SIDA con HSH en la región.
- La mayoría de los modelos de apoyo técnico del ONUSIDA se basan en epidemias generalizadas con la africana. El desarrollo de propuestas para América Latina y el Caribe debe tomar en cuenta las realidades epidemiológicas y socioeconómicas particulares de la región, pues aún es tiempo de frenar la expansión del VIH/SIDA si se priorizan las actividades en las poblaciones donde está concentrada la epidemia.
- El trabajo en VIH/SIDA con HSH es una prioridad en la región latinoamericana y el buró latinoamericano del Secretariado del ONUSIDA debe colaborar para producir documentos que garanticen la inclusión de recomendaciones de trabajo con estas poblaciones en la próxima Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas a realizarse en junio de 2001 en Nueva York.

### ***Para las autoridades de educación de los países***

- Los temas relacionados a la homosexualidad puede ser incluidos en la currícula escolar mediante el trabajo conjunto entre ONG y educadores/as, tal y como lo demuestra la experiencia en Chile.
- La homosexualidad masculina debe ser un eje transversal en la educación sexual para escolares.
- Se debe promover la reflexión y discusión públicas de la homosexualidad basándose en un marco de respeto a los derechos humanos y de ética profesional.

### ***Para las autoridades de justicia de los países***

- Deben derogarse las legislaciones discriminatorias hacia HSH y PVVS, así como garantizar el respeto a los derechos humanos basándose en la orientación sexual y estado de salud. Las prácticas de la ley deben ser evaluadas mediante instrumentos ya existentes (21).
- Se deben revisar las leyes generales de VIH/SIDA donde existan con el fin de incluir la no discriminación por orientación sexual y por el hecho de vivir con VIH/SIDA.
- Se deben realizar todos los esfuerzos para garantizar la ampliación del acceso a medicamentos anti-retrovirales, basándose en el derecho a la salud y la no discriminación.
- Las autoridades de justicia deben también realizar actividades de cooperación horizontal con el fin de facilitar el trabajo en VIH/SIDA con HSH en la región. Aquí también la experiencia brasileña debería jugar un papel importante.
- En asociación con ONG de HSH y de derechos humanos, deben impulsarse campañas de no discriminación por orientación sexual.

### ***Para las redes de recursos técnicos en América Latina y el Caribe***

- Deben propiciarse los estudios que faciliten la elaboración de estrategias específicas en VIH/SIDA para HSH.
- Pueden facilitarse los procesos de formulación de planes operativos a partir de los planes estratégicos ya elaborados.
- Es necesario participar en la fuerza de tarea para impulsar los planes operativos de VIH/SIDA con HSH mediante actividades de cabildeo de alto nivel para asegurar el apoyo político y los recursos para la implementación de estos planes.
- Deben incluirse estudios de cuentas nacionales para determinar el porcentaje del gasto en VIH/SIDA con HSH en la región.

### ***Para las agencias de cooperación internacional***

- El tema de VIH/SIDA en HSH debe ser incluido en sus agendas prioritarias de trabajo en la medida de lo posible y tomando en cuenta las cifras epidemiológicas de la región.
- Las respuestas actuales al VIH/SIDA deben ser revisadas y adecuadas a las realidades epidemiológicas, sociales y políticas de la región.
- El trabajo en VIH/SIDA con HSH es una prioridad en la región latinoamericana y las agencias de cooperación internacional deben colaborar para producir documentos que garanticen la inclusión de recomendaciones de trabajo con estas poblaciones en la próxima Sesión Especial sobre VIH/SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas a realizarse en junio de 2001 en Nueva York.

## Bibliografía

1. ONUSIDA, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA. Consulta regional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe, informe final. Bogotá, Colombia, 1997.
2. Ardila H, Stanton J, Gauthier L. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA. Bogotá, Colombia, 1999.
3. Calle Almedal. En: Ardila H, Stanton J, Gauthier L. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA. Bogotá, Colombia, 1999; 5.
4. Patricia Uribe. En: Ardila H, Stanton J, Gauthier L. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA. Bogotá, Colombia, 1999; 6-7.
5. ONUSIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA: Introducción. Ginebra, Suiza, 1998.
6. ONUSIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA: Análisis de la situación. Ginebra, Suiza, 1998.
7. ONUSIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA: Análisis de la respuesta. Ginebra, Suiza, 1998.
8. ONUSIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA: Formulación del plan estratégico. Ginebra, Suiza, 1998.
9. UNAIDS. Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS: Resource mobilization. Geneva, Switzerland, 2000.
10. ASICAL. Análisis de situación y respuesta de la epidemia de VIH en hombres que hacen sexo con hombres y plan estratégico, Argentina. Buenos Aires, Argentina, 2000.
11. ASICAL. Análisis de situación y respuesta de la epidemia de VIH en hombres que hacen sexo con hombres y plan estratégico, Paraguay y Uruguay. Montevideo, Uruguay, 2000.
12. ASICAL. Análisis de situación y respuesta de la epidemia de VIH en hombres que hacen sexo con hombres y plan estratégico, Chile. Santiago, Chile, 2000.
13. Plan estratégico de VIH/SIDA para HSH, Bolivia. La Paz, Bolivia, 2000.

14. Plan estratégico de VIH/SIDA y HSH del Ecuador. Quito, Ecuador, 2000.
15. ASICAL. Plan estratégico en VIH/SIDA con HSH, Colombia. San Andrés, Colombia, 2000.
16. Informe de planificación estratégica en VIH/SIDA con HSH, Venezuela. Caracas, Venezuela, 2000.
17. Rosser BRS, Mazín R. A training course in sexual health promotion for HIV/STD prevention workers and community leaders targeting men who have sex with men. El Paso, Texas, 1999.
18. ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud. La epidemia del SIDA: situación en diciembre de 2000. Ginebra, Suiza, 2000.
19. UNAIDS. Innovative Approaches to HIV Prevention. Selected Case Studies. Geneva, Switzerland, 2000.
20. UNAIDS. HIV/AIDS prevention in the context of new therapies. Geneva, Switzerland, 1999.
21. UNAIDS. Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV. Geneva, Switzerland, 2000.
22. ONUSIDA. El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. Actualización técnica. Ginebra, Suiza, 1997.
23. ONUSIDA. SIDA, los hombres marcan la diferencia. Metas, objetivos e ideas para la acción. Campaña mundial contra el SIDA, 2000. Ginebra, Suiza, 2000.
24. Morrison K, Herrera C, Bronfman M. De la estrategia a la acción: implementando su plan estratégico (borrador). Instituto Nacional de Salud Pública, REDPES, Centro Colaborador de ONUSIDA. Cuernavaca, México, 2000.
25. UNAIDS. Putting Knowledge to Work: Technical Resource Networks for Effective Responses to HIV/AIDS. Geneva, Switzerland, 2000.
26. UNAIDS, Pan American Health Organization, World Health Organization. Guatemala. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. 2000 Update. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Geneva, Switzerland, 2000.
27. Man V, Moura E, Sobral H. O travesti. Um paciente proctológico. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 215.
28. Enrique Molina. Estudio de la cultura sexual de los hombres trailers de El Salvador y su relación con las ITS y el VIH/SIDA. Anais Fórum

2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 266-7.
29. Alves Peres C, Paiva V, Leme B, Roman M, Silveira F, Hearst N. Prevencao da AIDS e cidadania num estudio con adolescentes na FEBEM. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 938.
30. Vieire de Souza CT, Diaz T, Suttmoller F, Bastos FI. Sexual behaviors of HIV negative men who have sex with men and use drugs, Rio de Janeiro, Brazil ("Projeto Rio"). Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 987.
31. Arroyo González J, Sanabria A, Monge E. Casos SIDA en Costa Rica de 1983 al 15 de julio, 2000. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 282.
32. Méndez Elia L, Magis C, Santarriaga S, Rivera R. Trabajo sexual en México: lo que dicen las encuestas. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 293.
33. Magis Rodríguez C, Rivera Reyes M, Bravo García E, Uribe Zúñiga P. México: una epidemia estable con áreas de preocupación. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 297-8.
34. María Regla Bolaños Gutiérrez. Comportamiento de la infección del VIH/SIDA en el municipio Marianao en el período de 1986 a marzo del 2000. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 307.
35. Martínez Amestoy R, Joanes J. VIH SIDA en Cuba: distribución y tendencias por variables. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 319.

36. Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, NMRC. Estudio de seroprevalencia al VIH en HSH en Colombia. Resultado del estudio de conocimientos, actitudes y prácticas. Bogotá, Colombia, 2000.
37. Mónica Negrete. Epidemiología del VIH-1 en Sur América, ¿el inicio de una epidemia? Instituto de Investigación de Enfermedades Tropicales, NMRC. Lima, Perú, 2000.
38. Hernández Muñoz R, Soto Hernández RJ. Vigilancia epidemiológica de segunda generación en VIH/SIDA, Honduras. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 323.
39. Cáceres CF, Chequer P. Los hombres que tienen sexo con otros hombres y la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 440-1.
40. Goncalves Meireles da Silva C, D'Angelo LA, Figueiredo GM, Camargo da Costa V, Da Rocha Carvalheiro J. Comportamento sexual e fatores associados a soroincidencia para HIV em uma coorte de homens que fazem sexo con homen: Projeto Bela Vista – Sao Paulo. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 939-40.
41. Fábregas Martínez AI, De Quadro C. Identidade sexual os miches como fator relevante na negociacao do uso do preservativo nas relacoes nao-comerciais. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 332-3.
42. García de León CN, Arellano Ayala FJ. Masculinidades, hombres que tienen sexo con hombres y sexo seguro. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 340-1.
43. Fernández D RP, Cáceres CF, Aggleton P, Rosasco AM. Masculinidades en el Perú: implicancias para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de

- Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 377-8.
44. Giménez Chiquet A, Fong Betancourt MI, Hernández Labrada N, Alvarez Sáez M, Valido Gelabert T, Szpaizman Terán R. Algunos factores de riesgo asociados al VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 402.
  45. Rafael Héctor Hugo Freda. Masculinidad y vulnerabilidad al VIH en hombres que hacen sexo con hombres. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 714.
  46. Alfredo Mejía Duarte. Proyecto de investigación sobre sexualidad y VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres con comportamiento bisexual en Bogotá. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 933-4.
  47. Rafael Héctor Hugo Freda. Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo y prevención en transmisión de ETS/VIH en trabajadores sexuales masculinos varones. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 958-9.
  48. Naciones Unidas. Examen del problema del virus de la inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida en todos sus aspectos. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Informe del Secretario General. Nueva York, Estados Unidos, 2001, 8.
  49. Farré N, Búcalo P, Martínez M, Stival J. Intervención estratégica de prevención y educación en las comunidades gay-travestis en la ciudad de Córdoba, capital, Argentina, año 2000. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 117.
  50. Gutiérrez Ramírez A, Quintero A, Ortiz E, Díaz A, Brito A. Abordaje integral a adolescentes gays como prevención del SIDA en la Ciudad

- de México. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 331.
51. Forum HSH-SP, Programa Estadual de DST/AIDS SP. Fórum deliberativo de ONGS que trabalham con HSH: experiencia de Sao Paulo. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 348.
  52. Antunes MC, Hearst NG, Goncalves Meireles da Silva C. Projecto Sexualidades: barreiras e facilidades no desenvolvimento de atividades de prevencao de Aids entre homens que fazem sexo con homens em Sao Paulo. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000,362-3.
  53. Guerrero Santos A, Casillas Franco JA. Acciones de prevención de ETS y SIDA dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en Guadalajara y Jalisco. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 399.
  54. Carrasco Galaz HC, Urzúa M, Gauthier L, Gauthier M, Delgado C, Ubilla E. Talleres de sensibilización sobre orientación sexual en la vida cotidiana con personal de salud. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 560.
  55. Javier Durán. Generación de la posibilidad de cooperación entre ONG's y estados en prevención del VIH/SIDA en hombres que hacen sexo con hombres. Experiencia exitosa de superación de barreras entre heterosexuales y homosexuales. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 572-3.
  56. Campos Guevara J, Kusunoki L, Altamirano N. Intervención para el cambio de comportamiento en HSH. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 590.
  57. Julio Cesar Barroso Pacca. Evaluation of prevention projects in 424 cities of Sao Paulo, Brasil. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferen-

- cia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 591.
58. Lopes de Sousa M, D'Arc Costa J. Rosa Vermelha: cinco anos de trabalho de prevencao em Ribeirao Preto. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 632.
  59. Marcos Renato Benedetti. Te articula, bicha!: a auto organizacao como princípio de trabalho na prevencao de DST/AIDS entre travestis que se prostituem. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 632-3.
  60. Wainberg ML, Arniella A, Gauthier L, Acevedo S, Vargas M, Donoso M, Sánchez C, Ruiz M, Ubilla E. Modelo de cooperación horizontal: sustentabilidad y continuidad en programas educativos en sexualidad/homosexualidad, alcohol/drogas y prevención de VIH/SIDA. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 675.
  61. Nelly Freira. Hablemos de SIDA. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 686.
  62. Acevedo Vásquez S, Gauthier Urzúa L, Donoso Wilton M. Estudio, evaluación y proyección de proyectos en prevención de VIH/SIDA. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 748.
  63. Mesquita F, Menezes V, Galvao J, Rossi L, Camara C, Soares CA. Descentralizacao e sustentabilidade: desafios da parceria em DST/AIDS entre o governo e sociedade civil no Brasil. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 791.
  64. Mayorga Sagastume R, Stanton J, Calderón J, Díaz A, Montoya O, Freda R, Muñoz F, Meléndez G. Diferentes modalidades de planificación estratégica temática en VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres: la experiencia diversa de ASICAL. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da Amé-

- rica Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 811-2.
65. Bordon Lopes E, Valentim Pereira M, Bittencourt Jordao S. Projeto Eros – prevenção para profissionais do sexo masculino de rua. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 941-2.
  66. Elisa del Carmen Ruiz Burga. Nivel de conocimientos sobre SIDA en grupos de riesgo: trabajadoras sexuales y homosexuales masculinos, asociados a prácticas sexuales y el uso de condón. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 997-8.
  67. Arévalo Muralles LF, Cabrera JM, Mayorga R, Flores J, De la O O, Sol C, Ornelas Quintero M. CIPCEN, un ejemplo de cooperación horizontal entre el norte y el sur. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 612.
  68. Brown JL, Waring B, Garmaise D, Méthot M. Beyond our borders: a guide to twinning for HIV/AIDS organisations / Más allá de nuestras fronteras: guía de hermanamiento para organismos que trabajan en el campo del VIH/SIDA. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 870.
  69. De Lavor Moreira A, Gondim R. Uma estratégia de prevenção das DST/AIDS junto a homens que fazem sexo com homens (HSH). Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 330.
  70. Zampieri F, Velasco V. Modelo de taller sobre sexualidad y prevención del VIH/SIDA/ITS dirigido a jóvenes homosexuales de 15 a 19 años. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 348-9.
  71. Henry Daniel Castellanos. Back to school everyone! From latex to sex education. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 350.

72. De Oliveira CS, De Castro ER. A fotografia como elemento de integracao de uma rede de homossexuais e bissexuais. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 453.
73. Francisco Javier Arellano Ayala. Diversitel – la línea telefónica de la diversidad sexual: innovando nuevas maneras de orientar e informar sobre sexualidad e infecciones de transmisión sexual. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 517.
74. Nuñez González HG, Fernández C. Programa radial “cuerpos encantados”. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 556.
75. Wainberg ML, Irwin TW, Morgenstern J, Parsons J. A CBT risk reduction study for alcohol-related HIV prevention in MSM. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 674.
76. Zinmbres Grerell RM, Ribeiro de Castro E. Projeto Galileo – um curso de teatro e de cidadania voltado para trabalhar a saúde integral de jovens homossexuais e bissexuais. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 713-4.
77. Duranti RE, Marone RO, Maulen S. Concientización y testeo. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 726.
78. Infante García YG, Salas T, Sequera C. Propuesta cognitivo-conductual para el abordaje del problema del control de la conducta sexual riesgosa en ghettos no comercializados de Caracas, para la prevención del VIH/SIDA en HSH, a partir de un caso clínico. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 780.
79. Chamorro Ríos B, Recabarrén R. Talleres de gestión y autocuidado para hombres gay-bisexuales en Santiago. Anais Fórum 2000. I Fórum

- e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 335.
80. Cláudio José De Lima. Viajando no prazer use a camisinha – prevenção a AIDS com homens que fazem sexo com homens en cinemas pronográficos. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 341.
  81. Martínez Meneses M, Esparza J. Mesas informativas en discotecas gay en Santiago y la V Región (Chile). Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 367.
  82. Parra Hidalgo VU, Bustamante C. Centro de consejería entre pares en VIH/SIDA y sexualidad dirigido a población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de la región metropolitana. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 385.
  83. Martins A, Paso I. Projeto boca da noite – travestis. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 398.
  84. Aguirre Urrutia S, Silva JC. Avances en introducir mensajes preventivos en sitios de sexo público en Santiago, Chile. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 741.
  85. Volle SJ, García Trujillo O, Soww C, Browski S, Boulos LM, Frech JM, Fonseca Navarro H, O'Connor KK, Rehle T. Behavioral surveillance surveys (BSS): benefits and uses of repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV in Latin America. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 965.
  86. Chagas Silva E, Ameno dos Santos L. Travesti que cuida da saúde nao desce do salto. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume I. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 481.

87. Dos Santos R, Figueiredo Caetano JC. Projeto Arco-iris – promoção da cidadania e da prevenção as DST/HIV/AIDS junto aos homossexuais masculinos da periferia de São José do Rio Preto/SP/Brasil, por meio de ações educativas/informativas a través de seus pares. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 725.
88. José Antonio Medina Trejo. Notiese, nueva agencia de noticias especializada en VIH/SIDA: una estrategia comunicativa para incidir en los medios de comunicación sobre los temas de la salud, la sexualidad y el SIDA. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 797.
89. Cuadra Hernández SM, Leyva R, Bornfman M. Los derechos humanos en las normas sobre VIH/SIDA en México y Centroamérica. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 813.
90. Moreira Lopes A, De Carvalho Quaresma R, De la Concepción Raxach JC. Democratizando o acceso a informacao sobre homossexualidade e AIDS no Brasil. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 826.
91. Leyva R, Bronfman M. Migración y SIDA en México y Centroamérica: legislación y vulnerabilidad de poblaciones móviles a las ETS/VIH/SIDA. Anais Fórum 2000. I Fórum e II Conferencia de Cooperacao Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe en HIV/AIDS e DST. Volume II. Rio de Janeiro, Brasil, 2000, 918.
92. Murgueytio P, Merino L, Stover J. Índice para la evaluación del ambiente político alrededor del SIDA. Medición del grado en el cual el ambiente político en Centroamérica apoya políticas y programas eficaces para la prevención y el manejo del VIH/SIDA. Proyecto Acción SIDA de Centroamérica y The Futures Group International. Guatemala, Guatemala, 1997.
93. ASICAL. Matriz de intervenciones en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH. Rio de Janeiro, Brasil, 2000.
94. ASICAL. Matriz de advocacy (cabildeo) en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH. Rio de Janeiro, Brasil, 2000 ASICAL.

95. ASICAL. Matriz de desarrollo de organizaciones de HSH. Rio de Janeiro, Brasil, 2000 ASICAL.
96. ASICAL. Matriz de creacion de climas favorables para el desarrollo de intervenciones en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH. Rio de Janeiro, Brasil, 2000
97. Rodríguez Leerayes MA, Mayorga Sagastume R, Álvarez S, García Manzo AA. Caracterización comentada de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la Ciudad de Guatemala. Guatemala, Guatemala, 2000.
98. Mayorga R, Rodríguez MA. Otras poblaciones especialmente excluidas. Personas con orientación sexual no heterosexual. *In: Guatemala, la fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de desarrollo humano 2000.* Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala, Guatemala, 2000, 151-155.
99. OASIS. Manual de sensibilización para la atención de las ITS/VIH/SIDA. Guatemala, Guatemala, 2000.
100. Plan Estratégico Temático. VIH/SIDA y hombres que tienen sexo con hombres, Guatemala. Guatemala, Guatemala, 2000.



## 6. DERECHOS HUMANOS Y EL ACCESO A ANTI-RETROVIRALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

*Edgar Carrasco\**

### **Introducción**

A partir de 1996 se inicia la comercialización de los anti-retrovirales (ARV) llamados Inhibidores de la Proteasa que, combinados con los ya existentes Inhibidores de la Transcriptasa Reversa, se presentan como una alternativa eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/ SIDA (PVVIH).

Este avance de la ciencia y la tecnología ha significado una verdadera revolución en el campo del VIH/ SIDA. Estudios presentados en diversos congresos internacionales hablan de la eficacia de esta nueva combinación, popularmente conocida como “cóctel”. La disminución de la replicación viral y el aumento de los linfocitos CD4, constituyen por vez primera una esperanza para la vida y el desempeño de las actividades cotidianas y laborales de las PVVIH. En todos estos años se han dado asombrosas recuperaciones de los pacientes; la baja tasa de morbilidad y el descenso de la mortalidad asociada al SIDA se presentan desde el punto vista clínico como la verdadera opción para los/las pacientes, no obstante las cuestiones relacionadas a costo-acceso, adherencia o apego, terapia continuada, la resistencia viral y los efectos secundarios continúan siendo problemas a vencer.

Pero un primer dilema que deberán confrontar los pacientes, familiares, clínicos para el acceso a los llamados ARV en forma de coctel,

\* Coordinador General de Acción Ciudadana contra el SIDA (ACCSI-Venezuela) y Secretario Regional del Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con Servicio en VIH/SIDA (LACCASO).

Agradecemos a Renate Koch y Enrique González, de ACCSI, por sus aportes en la elaboración de este trabajo.

está relacionado al costo, estimado en aproximadamente \$1,000 US dólares mensuales en la región Latinoamericana y del Caribe (región LAC), a lo cual habría que agregar los costos relacionados a pruebas especializadas de laboratorio, esenciales para el seguimiento de las terapias ARV, los medicamentos para las enfermedades oportunistas y la adecuada nutrición, lo que coloca a la mayoría de los pacientes de la región LAC en una situación de incapacidad financiera para costearse los tratamientos. A esto se aúna la angustia emocional de tener un conjunto de tratamientos en el mercado para los que no se puede acceder. Muchas personas que viven con VIH/ SIDA, han debido y tienen que empeñar su futuro económico, recurriendo a las ventas de sus bienes, a los llamados “mercados negros”, erráticas donaciones internacionales y migraciones forzadas, para así alcanzar limitadamente la panacea de los ARV.

Desde el inicio de la epidemia en el mundo y en la región LAC, la misma estuvo y está asociada a la discriminación y vulneración de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. La estigmatización, negación y segregación fueron y son las respuestas más inmediatas a los problemas surgidos con relación a vivir con VIH/SIDA. Así, la discriminación en la prestación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, ha sido una constante, que en sus inicios estaba concentrada en el abandono de los enfermos, ausencia de programas de consejería, orientación y la más absoluta inequidad asistencial, en la que un diagnóstico significó el más cruel desahucio. Para la mayoría de las empresas aseguradoras, el SIDA no constituye un buen negocio, lo que lo excluye inmediatamente como dolencia no cubierta en las pólizas de salud. Actualmente, algunas lo han incorporado tímidamente, con coberturas para VIH/ SIDA, elevando los costos de las pólizas, pero limitándolas a la enfermedad no preexistente y a unos escasos meses de tratamiento o atención.

Cuando las personas que viven con VIH/ SIDA iniciaron sus peticiones de los ARV a los sistemas de seguridad social y públicos de salud, se encontraron con un Estado que se excusaba de no implementar el acceso universal de los ARV, pues sus elevados costos se lo impedía. En muchos casos, los alegatos gubernamentales versan sobre la conducta de quienes viven con VIH/ SIDA, considerados como una carga que no corresponde a la salud pública, pues a decir, ellos y ellas se infectaron deliberadamente con un virus que es prevenible, y los problemas sanitarios son múltiples así como las demandas. Desafortunadamente, en muchos sistemas de salud pública de América Latina y el Caribe, el acceso a los

ARV aún tiene solamente una justificación para aquellos que son “víctimas inocentes” de la epidemia, léase niños o amas de casa.

Así las cosas, surge en los activistas, las ONGs y las personas que viven con VIH/ SIDA la necesidad de buscar fórmulas alternativas para lograr el vital acceso a los ARV. Es decir, surge para los ya vapuleados derechos humanos de los afectados un nuevo reto, cual es vincular el acceso a los ARV a los derechos fundamentales. Así se inicia un movimiento sin precedentes en el área de la salud en la región LAC para demandar de los Estados el cumplimiento de lo contenido en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, las Constituciones nacionales y leyes especiales. Nos referimos fundamentalmente al derecho a la salud, que en su acepción más amplia se lo caracteriza así: La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su artículo 12, conviene: “*1. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortinatalidad y mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*”.

Queda claro que es obligación del Estado la protección y promoción de la salud de la ciudadanía sin discriminaciones. Que es responsabilidad de los Estados asignar presupuestos ordinarios o extraordinarios para la lucha contra el VIH/ SIDA, lo que cubre la asistencia de los afectados. En cuanto a las limitaciones presupuestarias se señala la obligación de recurrir a la cooperación internacional. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales expuso en el Noveno Período de Sesiones durante la discusión general del Derecho a la Salud “*la necesidad de evaluar la disposición y capacidad del Estado en la utilización lo más eficaz posible de los recursos y en caso de no contar con los recursos suficientes para satisfacer los derechos de los ciudadanos deben hacer uso de los recursos existentes a nivel internacional acudiendo a la cooperación y asistencia internacional*” (Observación

General 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra 1990).

En sentencia\* de fecha 14 de agosto de 1998, la Sala Político Administrativa de la Corte Suprema de Justicia de Venezuela (hoy Tribunal Supremo de Justicia), en relación al acceso a los ARV como un derecho humano, expresó: Los derechos a la salud, a la vida y el acceso a la ciencia y tecnología se encuentran estrechamente vinculados con la solicitud de tratamientos ARV. Tal vinculación puede explicarse en la siguiente forma: el derecho al acceso de los avances de la ciencia y tecnología, permitirá a los enfermos de VIH/ SIDA una garantía de preservación de las condiciones mínimas vitales (derecho a la salud), lo que, en estos casos, significará la posibilidad de alargar la vida de estos pacientes, y a largo plazo una eventual cura del mal que les aqueja.

### **Revisión previa a la realización del Forum 2000**

De acuerdo a documentos e informaciones recibidas de diversas ONGs, abogados, activistas de los derechos humanos y PVVIH de la región LAC, los principales avances en materia de derechos humanos y acceso a tratamientos ARV se vinculan a la jurisprudencia, legislación y participación ciudadana.

### ***Principales avances en materia de DDHH y acceso a ARV***

En julio de 1996 un Juez del Estado de Sao Paulo (Brasil) por vez primera reconoce los derechos de una ciudadana que vive con VIH/ SIDA para el acceso de las terapias de alta eficacia, obligando al Estado de Sao Paulo, a través de una *medida cautelar*\*\*, a la entrega regular y continua de los mismos de acuerdo a los criterios médicos. Representada por abogados de la ONG Grupo de Apoio á Prevencao á AIDS/ GAPA – Sao Paulo, los derechos de la solicitante se fundamentaron en la Constitución Federal

\* C. del V. B. y otros (as) contra el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Sentencia 916. Magistrado Ponente Hildegard Rondón de Sansó.

\*\* Medida Cautelar es una provisión de protección inmediata a la integridad física y moral de las personas, dictada por un tribunal, para evitar los efectos negativos de la lentitud del proceso.

(Derecho a la Salud), la Constitución Estatal y la Ley 8.080/90 que califica como campo de actuación del Sistema Único de Salud (SUS) la asistencia terapéutica integral, inclusive el acceso a medicamentos. Este caso representa un hito, pues a partir de aquí comienza el Ministerio de la Salud los programas de triple terapia para todas las personas que en Brasil viven con el VIH/ SIDA. Así mismo, el Decreto-Ley N0. 9313 de octubre de 1996 amplía esta obligación, requiriendo al Gobierno estandarizar los tratamientos utilizados en cada una de las etapas de la infección por el VIH/ SIDA y lo obliga a comprar, en tanto sean descubiertas, las drogas más poderosas que vayan surgiendo contra las enfermedades relacionadas al SIDA (Fuentes: Documentos Grupo de Apoyo á Prevencao á AIDS/ GAPA – Sao Paulo, septiembre de 1996 y Redes/ Boletín Trimestral LACCASO. No. 2/97).

En 1997 en Costa Rica se presentaron múltiples Recursos de Amparo\* ante la Sala Constitucional para hacer valer el derecho de las PVVIH a recibir el tratamiento anti-retroviral. El 23 de septiembre de 1997, Sala Constitucional emite el voto 5934-97. Esta resolución es clara y determina que “el auxilio médico es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad social contenidos en la Constitución Política y de la misión que ésta le encomienda a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).” Este fallo ordena a la CCSS a iniciar inmediatamente el suministro a los solicitantes de la terapia de anti-retrovirales apropiada a su condición clínica. Estos Amparos fueron determinantes para el establecimiento de la actual política de suministro universal de los ARV en ese país. (Fuente: Informe Sobre Situación de DDHH y VIH/SIDA en Costa Rica. Autor Carlos J. Valerio Monge. Año 2000)

En Argentina, en noviembre de 1996, ocho ONGs pertenecientes al Encuentro de ONGs con Trabajo en VIH/SIDA (Benghalesis, Descida, FEIM, R.E.D., Initlla, CEDOSEX, SIGLA y FAPANS) presentaron un Amparo colectivo por ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo contra el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación por falta de suministro de las terapias ARV a las PVVIH, según lo dispuesto en la Ley 23798. En 72 horas se declaró con lugar la acción y se obligó a la deman-

\* Recurso de Amparo medida de protección para el goce y ejercicio de los derechos y garantías establecidos en la Constitución, Tratados y Pactos Internacionales.

dada a proveer la vital medicación, lo que fue ratificado en febrero de 1998, reconociendo que el Ministerio de la Salud *“ha incumplido su obligación como autoridad de aplicación en el ámbito nacional, respecto al diagnóstico de SIDA, asistencia y tratamiento de los afectados por la enfermedad”*. En febrero de 1999, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, ratificó en todos sus términos los fallos de las instancias previas. Este Amparo posibilitó regularizar en forma importante esta situación. Lo que actualmente beneficia a unas 15 mil personas. (Fuente Estudio de Caso “Derechos Humanos y Acceso a Tratamientos para VIH/SIDA. Autores: Dra. Mabel Bianco y otras. FEIM/LACCASO. Buenos Aires. Argentina, julio 1999).

En 1997 el presidente de la República Oriental del Uruguay firma un decreto por el cual obliga a todos los centros de asistencia, tanto públicos como privados a suministrar los tratamientos anti-retrovirales a todos (as) aquellos (as) cuyos médicos tratantes lo valoran conveniente. Lo que colocó al Uruguay como uno de los primeros países del mundo en suministrar la terapia ARV. Esta medida habría favorecido hasta la presente fecha a unas 740 personas. (Fuente: Presentación de Rosario Viana de la Asociación de Ayuda al Seropositivo/ASEPO. Montevideo, Uruguay. Foro Comunitario. Río de Janeiro, noviembre 2000).

En mayo de 1997 la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo de Venezuela reconoce el derecho que tienen los afiliados a la seguridad social a una entrega regular y continua de los Inhibidores de la Transcriptasa Reversa, así como a la inclusión de los nuevos inhibidores de la Proteasa. Este sería el primero de 15 amparos intentados por las ONGs ACCSI - Acción Ciudadana Contra el SIDA, ALVI (Carabobo), ASOVIDA (Mérida), CECODAP (Caracas), AZUVI (Zulia), Casa de la Mujer (Aragua) entre otras, representando a las PVVIH (adultos y niños) para el reconocimiento del derecho a la salud, vida y acceso a ciencia y tecnología. El 15 de julio de 1999, la Corte Suprema de Justicia reconociendo el acceso a los ARV como un derecho fundamental, ordena al Ministerio de la Salud la entrega de los mismos a todos los venezolanos (as) y extranjeros residentes, pronunciándose por vez primera en interés colectivo. Estas decisiones judiciales condujeron a programas tanto en la Seguridad Social; Fuerzas Armadas y Ministerio de la Salud, con una cobertura para unas 7.500 PVVIH lo que representa un 9% de la población afectada, si tomamos en cuenta las estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA para Venezuela. (Fuente: Archivos ACCSI).

A partir de 1997, en México la movilización comunitaria inició acuerdos con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para asegurar el abasto consistente de los tratamientos ARV y mejorar la calidad de la atención. Igualmente se intentaron Recursos de Amparo que finalmente reconocieron las obligaciones del Estado en materia de salud y las PVVIH. La distribución de medicamentos ARV a través de algunos programas estatales, en especial en los estados con población rural o con mayor índice de pobreza, facilitan los ARV a la PVVIH que no están dentro del sistema de la seguridad social, de igual manera el CONASIDA ha implementado el suministro de medicamentos, para los no afiliados al IMSS. (Fuente: Estudio de Caso, Acceso a tratamientos para VIH/ SIDA desde la perspectiva de la sociedad civil. A.C. Ave de México/LACCASO. Autores: Carlos García de León y Ninel Díaz Pardo).

Después de una serie de acciones promovidas por PROBISIDA, ONG de Panamá, que involucraron a diversos sectores de la sociedad, y no obstante la negativa de la Corte Suprema de Justicia a reconocer el derecho al acceso a los tratamientos ARV, alegando defecto de forma de petición, se logró el 17 de mayo de 1999, que la Junta Directiva de la Caja del Seguro Social aprobara la terapia anti-retroviral para las PVVIH y el 19 de octubre de ese mismo año se inicia la entrega de la misma. (Fuente: Presentación Norma Quintero, Programa Nacional de SIDA de Panamá. Foro Comunitario, noviembre 2000).

En Colombia, a partir de 1995, también ha sido efectiva la Tutela Constitucional\*, a través de la cual las PVVIH han logrado que el acceso a los ARV se les reconozca como parte del derecho a la salud. Ello basado en la Constitución de la República y el Decreto 1543 de 1997, que acuerda atención integral y oportuna para quienes viven con VIH/ SIDA. Adicionalmente, la Corte Constitucional declaró exequible el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, bajo el entendido de que si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadas o controvierten la validez de su exigencia, el Sistema de Seguridad Social y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requieran. (Fuente: Revista Indetectable. Año 4, No. 18 e Informe presentado por el abogado Germán H. Rincón).

\* Tutela Constitucional: Recurso de Amparo en el Derecho Constitucional colombiano.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en octubre de 1999, en relación a una petición de un grupo de ciudadanos (as) salvadoreños (as) acordó *medida cautelar* en relación a la petición para acceso a los tratamientos ARV ante la Corte Suprema de Justicia de El Salvador. La CIDH solicitó al gobierno salvadoreño que adopte las medidas cautelares en los siguientes términos: “*Sin perjuicio de otras acciones que a juicio de su ilustre gobierno sean necesarias, la Comisión considera necesaria la adopción de medidas urgentes, a efectos de brindar la atención médica que permita la protección de la vida y la salud de ..... y de las demás personas arriba individualizadas. En particular, La CIDH solicita que su ilustre Gobierno suministre el tratamiento y los medicamentos anti-retrovirales necesarios para evitar la muerte de las personas mencionadas, así como las atenciones hospitalarias, farmacológicas y nutricionales pertinentes que permitan fortalecer su sistema inmunológico, e impedir el desarrollo de enfermedades o infecciones.*” (Fuente: Access to Treatment as a Human Right: A Discussion of the Aspects of the Right to Health under National and International Law in Venezuela. Autora: Mary Ann Torres. Año 2000).

### ***Principales cuestiones de investigación en el tema***

Ha sido una constante que los Gobiernos de la región LAC se excusen ante las peticiones constitucionales y judiciales de las PVVIH alegando problemas presupuestarios. Por ello resulta fundamental una vez reconocido el acceso a los tratamientos ARV y atención integral como parte de los derechos a la vida y salud, abordar los aspectos presupuestarios del mismo, dentro de los planes de los Ministerios de la Salud y los Programas Nacionales de ITS/SIDA. Ello comprende fundamentalmente revisar la posible reducción de costos para el Estado a través de convenios multilaterales entre Gobiernos e industria farmacéutica, exoneración impositiva, liberación de patentes, producción de genéricos de calidad, importaciones paralelas, fondos rotatorios, etcétera.

Resulta fundamental realizar estudios e investigaciones sobre costos beneficios tanto en el ámbito de la salud pública como en ámbito social y familiar. Pues es conocido que las terapias ARV han reducido las internaciones hospitalarias y la morbilidad. Igualmente, las personas han

podido reintegrarse a sus actividades laborales y económicas y la familia tiene que dedicar menos tiempo a la atención de los enfermos.

### ***Principales cuestiones para el proceso de toma de decisiones***

Tal como lo han reconocido las diversas jurisprudencias y legislaciones de algunos países de la región LAC, así como la decisión de la CIDH, es urgente vincular el acceso a las terapias ARV a los derechos humanos, fundamentalmente a aquellos relacionados a la vida, salud, acceso a ciencia y tecnología, atención integral, alimentación contenidos en las Constituciones nacionales, Tratados y Convenios regionales e internacionales y leyes nacionales especiales.

Los argumentos de tipo presupuestario no son excusa para el incumplimiento de las obligaciones de los Estados relacionadas a los derechos humanos. Corresponde a los entes oficiales hacer estudios reales sobre las necesidades que requieren las PVVIH en cuanto a asistencia. Igualmente el desarrollo de efectivos programas de prevención a fin de evitar el aumento de casos. Así como estudios para intervenciones efectivas en poblaciones vulnerables.

El reconocimiento del acceso a las terapias ARV como derecho humano conlleva a que el suministro se entienda vinculado a la terapia óptima, que comprenda los avances de la ciencia y la tecnología en la materia.

En aquellos países de la región LAC, que han reconocido el derecho de las PVVIH al acceso a los tratamientos ARV, se requiere abordar diversos aspectos relacionados con la eficiencia en la implementación de los programas de suministro de los ARV, como también aspectos referentes a la municipalización, abordaje adecuado a las características de la población, discriminación, información, etcétera.

En aquellos países en que no se ha producido un pronunciamiento de la justicia o la legislación, las autoridades deberían indagar las posibilidades de implementar programas progresivos de suministro de los ARV, de acuerdo a los compromisos internacionales de derechos humanos. Así mismo, cabría preguntarse porque países vecinos han logrado pronunciamientos favorables de la justicia o legislaciones y otros no.

El acceso a los tratamientos ARV no es un aspecto aislado de una problemática, sino que está íntimamente ligado al diseño de políticas públicas de bienestar así como de asistencia a sectores vulnerables, en

salud, trabajo, educación, alimentación, vivienda, etcétera. Por ello, es necesario abordar la cuestión desde una perspectiva holística que incorpore los conceptos de desarrollo social, derechos humanos y Estado de Derecho. Puesto que si el suministro de los ARV se asume como una cuestión meramente técnica, vinculada a la farmacéutica, los mismo continuarán presentado los problemas de continuidad, desabastecimiento, adherencia, efectos secundarios y otros que frecuentemente se presentan en los programas ya implantados.

### ***Perspectivas de avance en el área***

Sin duda alguna en muchos países de la región LAC el acceso a los tratamientos ARV es una cuestión de derechos humanos, producto no sólo de los reconocimientos de las Cortes y tribunales nacionales, sino de las diversas presiones de la sociedad civil organizada, que inició y continúa en el proceso de replicar las experiencias positivas obtenidas.

La epidemia del VIH/ SIDA cada vez más ocupa la agenda de los Presidentes y Jefes de Estado y de Gobierno en las Cumbres Iberoamericanas. Durante la Cumbre realizada en Brasil en julio de 1993 se firmó por vez primera una Declaración denominada “Recomendaciones sobre SIDA”, que en su aparte 1 referente al Impacto Socioeconómico, determinó:

*“A los efectos de determinar el impacto socioeconómico de la epidemia y garantizar que la utilización de recursos se lleve a cabo de acuerdo con directrices técnicas y controles administrativos, es necesario desarrollar sistemas de información socioeconómica en prevención y control de VIH/ SIDA. Recomendamos:*

- 1.1 Definir áreas prioritarias nacionales para la movilización y asignación de recursos financieros, en consideración a la realidad y políticas de salud del país, así como la situación de la epidemia a nivel local, regional y mundial.*
- 1.2 Elaborar protocolos para estudiar en forma sistemática los costos directos e indirectos de la epidemia.*
- 1.3 Desarrollar y/o adaptar metodologías orientadas a evaluar el entorno económico y social de las estrategias de prevención del SIDA.*

Durante la I Reunión de Ministros de Salud de Iberoamérica, celebrada en Cuba, en octubre de 1999, la Declaración Final, contiene entre las tareas a acometer, la siguiente:

*“En relación con el SIDA, dar especial atención al desarrollo de programas nacionales e interpaíses que permitan la investigación y la acción conjunta para la prevención, control, disminución, y el tratamiento adecuado de la enfermedad, incluyendo el acceso de todos nuestros pueblos a sangre segura. Para ello, intensificar los esfuerzos y movilizar todos los sectores de la sociedad, con el objetivo de reducir la transmisión, incluyendo la vertical y la vulnerabilidad de los individuos y de las comunidades.”*

La II Reunión de Ministros y Ministras de Salud de Iberoamérica, celebrada durante la Cumbre Iberoamericana de Panamá, en octubre 2000, los Estados y los Gobiernos se comprometieron a implementar condiciones adecuadas de tratamiento integral y acceso universal y gratuito de los tratamientos anti-retrovirales. Bajo el título, “Unidos por la Niñez y la Adolescencia, Base de la Justicia y la Equidad en el Nuevo Milenio”, se acordó en materia de VIH/ SIDA y acceso a tratamientos ARV y atención integral, lo siguiente:

*“Los Ministros y las Ministras de Salud de Iberoamérica reunidos en la ciudad de Panamá, los días 19 y 20 de octubre de 2000, con el propósito de buscar soluciones a los problemas relacionados con la salud de la niñez y adolescencia, en un marco de paz y respeto, con base en los acuerdos internacionales suscritos en la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Convención Sobre los Derechos del Niño (1989), la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer (1995) y la IX Cumbre de Iberoamérica (1999).*

*“Los Ministros y las Ministras de Salud de Iberoamérica, ante el alarmante aumento de la incidencia del VIH/SIDA y de sus implicaciones sociales y económicas, nos comprometemos a poner en ejecución medidas que lleven a incrementar esfuerzos en la prevención y en el tratamiento de la enfermedad, en la población en general, con énfasis en la niñez, adolescencia y mujeres embarazadas. Exhortamos a los países,*

*que aún no lo han hecho, a desarrollar instrumentos legales para la consecución de estos fines.*

*“Los Ministros y las Ministras de Salud de Iberoamérica, conscientes de la necesidad de asegurar el acceso a la población de medicamentos y alimentos indispensables para salvar vidas y conservar la salud, en especial de los niños, niñas y adolescentes, expresamos nuestro rechazo por medidas y acciones de cualquier naturaleza y/o procedencia que atenten contra dicho acceso.”*

El 29 de septiembre de 2000, la Asamblea de Ministro de Salud de las Américas, adoptó la 13ª Resolución del 42 Consejo Directivo, Oficina Panamericana Sanitaria (OPS), en la que urgió a los países del continente a tener un entendimiento real para prevenir la epidemia del VIH/ SIDA y ofrecer acceso a los tratamientos incluidos los anti-retrovirales para todas las personas que viven con VIH/ SIDA en nuestros países. La Resolución aprobada hace un llamado para que consoliden esfuerzos nacionales en la lucha contra el SIDA, enfatizando en la mejora de los informes epidemiológicos, prevención del VIH por la transmisión sexual, prevención vertical y para consumidores de drogas por vía endovenosa. Igualmente se urgió a los países para que continúen tomando medidas apropiadas, universales, antes señaladas de acuerdo a los avances de la ciencia. Los Ministros de Salud solicitaron a la OPS para que continúe trabajando en el Fondo Rotatorio para la adquisición de suministros vitales para la salud pública, tales como: compra de medicamentos a bajos precios y facilitar el intercambio de información y precios de los ARV.

Estas declaraciones contienen un fuerte compromiso internacional de parte de los Estados-Gobiernos signatarios. Además, revela la voluntad política de los Estados de asumir con urgencia la problemática de la epidemia, determinando un marco de acción política. Estos compromisos hacen muy visible la importancia que la epidemia ha cobrado últimamente en los foros regionales relacionados a la salud. Igualmente suponen un bagaje de herramientas político declarativas relevantes, a la hora de plantearse nuevas necesidades de la población, en los países en donde la justicia todavía no ha reconocido el derecho que emana de estos instrumentos internacionales.

## **Revisión de lo presentado en el Forum 2000**

La revisión comprende no sólo los temas o trabajos presentados durante el Forum 2000, sino que también los abordados durante el Foro Comunitario. Igualmente señalo que la revisión abarca investigación, estudios, presentación de experiencias y actividades y lecciones aprendidas.

### ***Temas señalados como principales revisados en el Forum 2000 y relevantes para la toma de decisiones***

Los trabajos revisados abarcan diversos aspectos relacionados a los derechos humanos y el acceso a tratamiento, tales como: demandas de la comunidad, participación ciudadana, cooperación ONGs – Gobierno, estudios de impacto socioeconómico, instrumentos internacionales de derechos humanos, capacitación, legislación, jurisprudencia, activismo, advocacy\*. Esos aspectos comprenden:

*Recurso de Amparo, Tutela o Protección para el reconocimiento del acceso a tratamientos ARVs, como parte del derecho a la vida y salud*

Destaca el trabajo titulado “Uso de Fundamentos Constitucionales y Herramientas del Ordenamiento Legal Vigente para el Acceso Universal a Tratamientos Anti-retrovirales”. Autores: V. Deliyanis, R. Pascal y N. Espejo de la ONG Vivo Positivo de Chile, la cual en alianza con la Clínica Jurídica de Acciones de Interés Público de la Universidad Diego Portales, realizan una investigación comparada de jurisprudencia latinoamericana (Costa Rica y Venezuela) relacionada al acceso a tratamiento de los ARV, la cual condujo a diversos Recursos de Protección por ante la Corte de Apelaciones de Santiago, recursos estos fundamentados en la Constitución Chilena y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Paralelamente interpusieron una solicitud de medidas cautelares ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) con el apoyo de la ONG internacional Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL).

\* Fuente: Anais I, Anais II. I Foro y II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en VIH/SIDA e ITS. Brasilia 2000.

La Asociación de Ayuda al Seropositivo (ASEPO), con sede en Montevideo, Uruguay. A raíz de que el actual Presidente de la República anuncia en el marco de la propuesta de reducción de gastos que el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas, que asiste al 60% de la PVVIH adultas, no podrían iniciar el suministro de nuevas terapias ARVs, lo que afectó los programas iniciados en 1997, inicia una movilización que comprende a diversas instancias gubernamentales y no gubernamentales como: el Sindicato Médico, la Central Obrera, el Grupo de Investigación y Trabajo en DDHH, el Ministerio de Salud Pública, la Comisión de Salud y la Comisión de DDHH de Diputados del Parlamento uruguayo. Para finalmente introducir un Recurso de Amparo que resultó favorable a los reclamos de los afectados.

### *Estudios de impacto económico y social*

La presentación titulada “Consecuencias Económicas y Epidemiológicas del Uso de los ARV en pacientes VIH Infectados en Itajaí (SC) Período 1996-1998. Autor Benedito Carlos Cordeiro, Universidad do Vale do Itajaí, quien cruzó los precios referentes de los ARV con el número de pacientes que recibieron los ARV y confrontó estos números con la información de casos de SIDA y fallecimientos acaecidos, concluyendo que la disminución de fallecimientos fue significativa en el periodo estudiado y que el gasto medio por paciente con ARV esta muy por debajo de lo encontrado en algunos países del mundo desarrollado. Adicionalmente el autor agrega otros beneficios de los programas de suministro de ARV como son: disminución de la infección por VIH, reducción de incapacidades – jubilaciones tempranas, elevación de la autoestima del paciente y mejor desempeño social de los afectados (as). De lo que puede inferir que la política de acceso universal a los ARV adoptada por Brasil fue acertada.

El trabajo denominado “Impacto Socioeconómico del VIH/SIDA en Honduras, realizado por Odalys García Trujillo y Mario Flores de la Fundación Fomento en Salud, se propuso medir el impacto socioeconómico de la epidemia durante el período 1994-1999, a través de un análisis de costos de prevención, hospitalarios, atención ambulatoria, impacto en la empresa y familia, proyecciones epidemiológicas y financiera y costo beneficio de los ARV y de medicamentos para enfermedades oportunistas. Concluyendo que los costos diarios de hospitalización y

consulta continúan siendo más altos en los hospitales, clínicas privadas e Instituto Hondureño de Seguridad Social en contraste con el sector público en donde se observan los costos diarios más bajos. De las tres categorías de hospitales en todos se sigue atendiendo solamente la etapa de diagnóstico y enfermedades oportunistas. El estudio también señala que las familias resultan severamente impactadas ya que los parientes tienen que derogar grandes cantidades de dinero para la manutención de los enfermos y sus dependientes.

El trabajo denominado “Impacto de los Anti-retrovirales en la atención del Hospital Día/CRT/AIDS – Sao Paulo, de Mariliza Enrique da Silva y otros. Aborda la cuestión de la disminución de las infecciones oportunistas después de la introducción de los ARV. Este cambio llevó a la creación de un hospital-día que promueve agilizar y ampliar los procedimientos de investigación diagnóstica y terapéuticos a nivel de atención ambulatoria. Se destaca que con estos cambios se consiguió disminuir el número de internaciones y agilizar el diagnóstico de los pacientes, dando un mayor apoyo a los sectores ambulatorios y de emergencia del hospital.

*Complementariedad de estrategias entre sector gubernamental y no gubernamental, para mejorar, facilitar el acceso universal de los tratamientos ARVs*

En la presentación “Acceso a Tratamientos de PVVIH: Complementariedad de Estrategias en Chile”, de Raquel Child, Gloria Berrios, Humberto Hernández (Comisión Nacional del SIDA/ MS), Rodrigo Pascal (ONG Vivo Positivo) y Patricia Zimmerman (ONUSIDA), los autores describen los mecanismos implementados por el Ministerio de Salud /CONASIDA para mejorar el acceso a los fármacos anti-retrovirales y para infecciones oportunistas de las PVVIH. El estudio señala como logros: reducción de costos de ARV de un 22%, que permitió proyectar una mejoría en la calidad de tratamientos en un 50% para el año 2000; elaboración de un modelo educativo entre pares, para facilitar la adherencia; elaboración de una base de datos para el manejo del stock de medicinas a nivel farmacias y Ministerio de Salud. Uno de los mayores méritos de este trabajo es haber logrado la cooperación horizontal entre diversos entes públicos, comunitarios y ONUSIDA, que ha permitido la evaluación y toma de decisiones participativa en pos de la mejoría de la calidad de atención.

El trabajo titulado “Suministro de Medicamentos a PVVIH de Escasos Recursos que Acuden a Gente Positiva”, de Guatemala, cuyos autores son Dory Luca y otros del Programa Nacional de ITS VIH/ SIDA y Erickson Chiclayo de Gente Positiva, confirma la necesidad de un trabajo conjunto entre el ente gubernamental de lucha contra el SIDA y la organización de las PVVIH para lograr, mientras no exista, un programa oficial de suministro de tratamientos ARV. Destaca la acción que la cobertura de los ARV por esta vía siempre será limitada.

*Programas de asistencia jurídica para las PVVIH, para el rescate de la ciudadanía y un mejor conocimiento de sus derechos humanos*

La mayoría de los trabajos revisados en este aspecto son producto de experiencias en el Brasil, comprenden fundamentalmente la necesidad del rescate de la ciudadanía de las PVVIH, intercambio interinstitucional, mayor información para el sistema judicial, jueces y servicios públicos, involucramiento de profesionales del Derecho, implantación de programas de asistencia jurídica gratuita, utilización de mecanismos alternativos en solución de conflictos y promoción de derechos (conquistados) reconocidos a las PVVIH.

La experiencia presentada en el trabajo “Análisis Cuantitativo y Cualitativo de las Cuestiones de Derechos Humanos en la Epidemia del VIH/ SIDA en Brasil, de Claudia M. de Paula Carneiro y otros, Coordinación Nacional de ITS y SIDA, destaca: “La evaluación de los proyectos jurídicos desarrollados por 23 ONGs., apoyadas técnica y financieramente por el Programa Nacional de ITS/ SIDA del Ministerio de la Salud, indicó que acciones sociales, administrativas y judiciales son instrumento importantes para monitorear y/o garantizar el acceso a los derechos fundamentales de las personas afectadas por la epidemia, inclusive, el propio derecho a la salud.”

*Necesidad de utilizar los Pactos, Tratados, Declaraciones y otros documentos internacionales de los derechos humanos, para orientar las políticas en VIH/ SIDA*

El trabajo titulado “Derechos Humanos y VIH/ SIDA: Relaciones entre situaciones de vulnerabilidad y características del cuidado recibido por

mujeres que viven con VIH/ SIDA en servicios de referencia en el Estado de Sao Paulo, Brasil”, autores: José Ricardo de Carvalho Ayres y otros de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, presenta un análisis de las relaciones entre el irrespeto a los derechos humanos y la historia social y experiencia médico-asistencial de mujeres que viven con VIH/ SIDA. El estudio usó como base el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación Contra la Mujer. El trabajo encuentra que las violaciones a los derechos humanos de la mujeres que participaron en el estudio, están asociadas: a una baja percepción de vulnerabilidad; acceso tardío a los servicios; baja capacidad económica para cubrir los costos de sus cuidados; baja capacidad para comprender el significado de su estado de salud y los mecanismo de prevención secundaria (explicación) y los procedimientos técnicos. Por ello políticas de promoción de la equidad, como el acceso universal a los medicamentos son fundamentales para el sostenimiento de una buena respuesta programática. Igualmente, el trabajo, destaca el valor potencial de la utilización de los instrumentos internacionales de DDHH para la orientación de políticas, así como para el advocacy y activismo.

Igualmente la experiencia del Instituto para el Desarrollo Humano, Bolivia con el trabajo “Respuestas Sociales a las Personas que Viven con VIH y Enfermas con SIDA en la Ciudad de Cochabamba”, presentado por Edgar Valdez, confirma: “Para disminuir las respuestas sociales que discriminan y violan los derechos de las personas que viven con VIH/ SIDA, se impone la recuperación de valores universales de solidaridad, respeto y responsabilidad que son válidas para el VIH como para cualquier otra situación de la vida cotidiana”.

La presentación “Leyes y Mecanismos de Amparo en Venezuela”, a cargo de Alberto Nieves de ACCSI- Acción Ciudadana Contra el SIDA y la Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+), al respecto destaca: “Si bien es cierto que en Venezuela no existe una ley que delinee las políticas en materia de VIH/ SIDA, también es cierto que la normativa legal vigente como los Convenios Internacionales suscritos por nuestro país, nos ofrecen un ambiente legal afirmativo para la defensa de los DDHH de las PVVIH, permitiéndonos haber alcanzado entre los logros de más relevancia el acceso a tratamientos ARV de forma universal.”

### *Participación comunitaria para mejorar el acceso universal a los tratamientos ARV*

Presentaciones de agrupaciones de PVVIH, ONGs, sector gubernamental y ONGs internacionales de Brasil, Argentina, Chile, Honduras, Venezuela, Perú y Ecuador demuestran la urgente necesidad de la participación de las personas que viven y el sector comunitario para el respecto de los derechos humanos y el acceso a los ARV.

El proyecto de la Asociación POSAC+ LUSIDA de Perú, referido al involucramiento de las PVVIH en la defensa de sus derechos humanos, formó y preparó a 80 PVVIH logrando su participación en el activismo y acciones políticas para el acceso a tratamientos. El proyecto asegura que son notorios los cambios de comportamiento de las PVVIH al participar de forma activa en la toma de decisiones y en la defensa de sus derechos humanos.

La experiencia presentada por William Barco del “Comité de PVVIH” para el seguimiento del cumplimiento de las decisiones judiciales para el acceso a terapias ARV para venezolanos y residentes en Venezuela, y “Mayor Involucramiento de Personas que Viven con VIH/SIDA”, de Alberto Nieves de ACCSI -Acción Ciudadana Contra el SIDA/ Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+), dan cuenta de la necesidad de capacitar a las PVVIH para el cumplimiento de las decisiones judiciales que acuerdan el acceso universal a las terapias anti-retrovirales. El comité ha logrado: participación en la compra y distribución de los ARV; mejorar la asistencia médica; trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de SIDA; que se aumente el presupuesto nacional para SIDA; inclusión de pruebas de laboratorio, entre otros.

El trabajo presentado por Norma Natasha Velasco Haro, de Alianza Internacional Contra el VIH/ SIDA, titulado “Impacto de la Participación de las Personas que Viven con VIH/ SIDA en las actividades comunitaria de prevención, atención y apoyo en el Ecuador”, comprende un estudio para identificar el impacto de la participación de las PVVIH y en términos generales, dice: “la participación tiene un rol terapéutico para las PVVIH. El estudio demuestra que en algunos casos la participación también incrementa el nivel de información en la comunidad y la familia de las PVVIH y reduce el estigma y la discriminación...”

La experiencia de la Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH/ SIDA, presentada por Sergio R. Montealegre B., destaca, que: “La unión de las personas viviendo con VIH/ SIDA permite una análisis de la

problemática en sus diferentes aspectos, proponiendo estrategias desde la vivencia misma con la infección, y en áreas tan disímiles como atención, derechos humanos, acceso a tratamientos, participación ciudadana en el quehacer del país, estudios comportamentales tendientes a la prevención de la infección y promoción de estilos de vida saludables.”

La investigación denominada “El Derecho Humano a la Salud: Base Legal para Obtener Anti-retrovirales”, de Mary Ann Torres, del International Council of AIDS Service Organizations (ICASO), que analizó las diversas jurisprudencias de diversas Cortes de la región Latinoamericana relacionadas al acceso a tratamientos, concluye que no es suficiente que se declare que un gobierno está violando el derecho a la salud de los seropositivos, para que se obtengan los medicamentos ARV, es necesario la movilización comunitaria.

### *Urgencia de reducir un entorno discriminatorio*

El trabajo titulado “SIDA: De la Violencia de los Derechos Humanos a la Construcción de la Solidaridad”, de Margarete de Paiva Simoes Ferreira, Secretaria de la Salud del Estado de Río de Janeiro, analizó las interrelaciones entre el SIDA, violencia y derechos humanos, con miras a contribuir a la construcción de prácticas mas solidarias en la asistencia y la convivencia con las PVVIH, concluyendo: que existen diferencias en la atención en salud de acuerdo a la clase social o por el hecho de tener SIDA; dificultades para el acceso de los medicamentos para enfermedades oportunistas y exclusión en el plano familiar y social.

La Facultad de Derecho de Franca/ SP y la Coordinación Nacional de ITS/ VIH/ SIDA del Brasil, autores Marco Antonio Corrêa, Raldo Bonifacio Costa F. y Claudia Maria de Paula Carneiro, presentaron un estudio sistematizado de la evolución de la percepción y del entendimiento de los magistrados y tribunales superiores a lo largo de la evolución de la epidemia hasta los días de hoy, explicado a través de la jurisprudencia acerca de violaciones relacionadas al plano de la salud, seguros, despidos discriminatorios y transmisión del VIH por transfusiones sanguíneas. El trabajo ha demostrado eventuales avances y logros legales en la protección de los derechos humanos de las PVVIH.

“Participación de las PVVIH en el Programa Cubano de Control y Prevención de ITS VIH/ SIDA del Centro Nacional de Prevención de

ITS VIH/ SIDA”, autor Régulo Regueiro Segura. Este estudio tiene como objetivo reconocer la participación y acción de las PVVIH en las actividades del Componente Educativo del Programa Cubano de Control y Prevención de ITS/ VIH/ SIDA. En la experiencia se observa como con la participación en las actividades de educación y prevención comunitaria, se ha producido una disminución notable de visiones estigmatizantes y discriminatorias que existen hacia las PVVIH en la sociedad.

*Capacitación en derechos humanos a la PVVIH y fortalecimiento de las capacidades del sector comunitario*

El “Taller de Formación de Monitores en Derechos Humanos del Centro de Apoyo a Personas Viviendo con VIH/ SIDA (CAPVIH)”, de Chile, autores: J.F. Roa Romero, Julio Palma y María Elena Ahumada, presentó su experiencia basada en la capacitación de la PVVIH, para enfrentar la discriminación social en todos los ámbitos, especialmente el laboral, puesto que con la incorporación de las terapias anti-retrovirales la calidad de vida ha mejorado aumentando el tiempo de productividad en las personas seropositivas. El taller ha servido para motivar la formación de redes, fortalecer los espacios de participación, sobre todo en la reinserción social, laboral, educacional y religiosa. Además, proporcionó elementos prácticos y teóricos para el mejoramiento de la calidad de vida y prevención secundaria y se dio una oferta de servicios de orientación, información y apoyo en derechos humanos entre los miembros del CAPVIH.

El proyecto “Fortaleciendo Nuevos Liderazgos y Acrecentando las Capacidades de las Organizaciones con Trabajo en VIH/ SIDA de los Estados menos Favorecidos en México”, de Colectivo Sol y Fundación Macarthur, presentado por Hilda Pérez Vázquez, concluye: “El fortalecimiento de las organizaciones comunitarias requiere rebasar la inmediatez y priorizar la atención de aspectos estructurales de la vida organizativa (p.e. la Planificación Estratégica, la apropiación de metodología, la acción estratégica con sectores, etc). Para ello, los procesos de intercambio y transferencia de experiencias y habilidades son vitales, especialmente cuando se benefician a las comunidades con menor acceso, quienes al involucrarse participativamente, están construyendo repuestas visibles, estratégicas y sólidas.”

La presentación “Promoción y Defensa de los Derechos Humanos de las PVVIH en el Estado de Jalisco, México”, cuyos autores son: Jesús

Martínez Serna y otros, consistió en la elaboración de un diagnóstico situacional entre el personal que labora en las áreas de VIH/ SIDA, tanto en el sector público como privado, para conocer el nivel de conocimientos y actitudes; un análisis de la situación de los DDHH de las PVVIH; el marco legal y los mecanismos de defensa. Además, se sistematizaron 1500 asesorías, quejas y demandas presentadas al SubConsejo de DDHH del COESIDA de Jalisco. Con la información obtenida se diseñaron los siguientes materiales didácticos: “Guía práctica para promotores en derechos humanos con trabajo en VIH/ SIDA” y “Guía práctica para personas que viven con VIH/ SIDA”

*Legislación especial en VIH/SIDA, para el acceso a la salud integral y protección de los derechos humanos de las PVVIH*

El trabajo “Los Derechos Humanos en las Normas sobre VIH/ SIDA en México y Centroamérica”, de Silvia Magali Cuadra H., Rene Leyva y Mario Bronfman, del Instituto Nacional de Salud Pública, realizó un análisis cualitativo de los textos legales que regulan el control del VIH/ SIDA publicados de enero de 1994 a mayo del 2000 en México y Centroamérica, a través de un modelo que tomó como categorías teóricas los conceptos de discriminación y estigmatización. Se encontraron vacíos relacionados a grupos vulnerables, violaciones a la privacidad y la autonomía, estigmatización a trabajadores (as) del sexo y PVVIH, criminalización de las personas vulnerables. El trabajo concluye, señalando que las variaciones en las normas señalan la necesidad de incluir el análisis histórico y político en aspectos ligados a la realización de cambios inmediatos, revisión de los postulados de la salud pública y de las políticas de migración hacia las poblaciones VIH+.

Silvia Panebianco Labbé, de Salud y Justicia ONG de México, presentó el trabajo “Hecha la Ley, Hecha la Trampa: Respetos formales y violaciones reales a los derechos humanos en VIH/SIDA, en América Latina”, expresando que: “en la mayoría de los países de la región, a pesar de la legislación protectora, persiste la detección obligatoria, la violación de la confidencialidad, los despidos de PVVIH, la negación a la atención médica y de acceso a otros servicios sociales y educativos, la violencia contra grupos tradicionalmente estigmatizados y la desprotección real de quienes trabajan en la prevención”. Propone la creación de modelos com-

partidos de contraloría u observación social, vigilancia social o ciudadana, para generar información comparable en el ámbito latinoamericano.

El trabajo “Propuestas de Legislación en Materia de Derechos Humanos y VIH en México, específicamente en Guadalajara, Jalisco”, presentado por VIHAS de Vida Asociación Civil, explora sobre la insuficiencia de la legislación nacional para garantizar los derechos humanos de las PVVIH. Por ello se proponen dos iniciativas de intervención legislativa, una orientada a la incorporación al Código Penal del Estado de Jalisco la tipificación del delito en contra de la dignidad de las personas, que protegería a todas las minorías de la discriminación y otra a la derogación del artículo de la ley de Seguro Social en la que prohíbe a las PVVIH afiliarse y cotizar al seguro voluntario.

### ***Avances temáticos reportados***

- La participación efectiva en los procesos de toma de decisiones de las PVVIH, ONGs y sector comunitario para el acceso a los ARV y la atención integral.
- La complementariedad o trabajo cooperativo entre sector no gubernamental, PVVIH, gubernamental, agencias internacionales, para mejorar o lograr el suministro de las terapias ARV y la atención integral.
- La necesidad de enlazar las demandas de la comunidad en materia de derechos humanos y acceso a tratamientos ARV y los programas al respecto, con estudios de costo-beneficio, que contrapongan los elevados costos de los ARV a los beneficios de los mismos en el sistema de salud pública, actividad laboral, productividad, familia y aspectos emocionales de los afectados.
- La aplicación local de las normas regionales e internacionales sobre derechos humanos, para demandar las obligaciones de los Estados Partes en materia de salud y otros derechos sociales e individuales.
- La urgencia de reducir un entorno discriminatorio a las PVVIH y grupos vulnerables, para logros en la prevención primaria, secundaria y la participación efectiva de la comunidad afectada en la lucha contra el VIH/ SIDA.

- Tomar en cuenta los principios de los derechos humanos y las normas internacionales sobre salud pública y VIH/ SIDA en los procesos legislativos que pretenden regular la materia.
- Dar seguimiento a la legislación existente para conocer su aplicabilidad e impacto en los derechos fundamentales de las comunidades afectadas, con miras a futuras reformas.
- Efectiva respuesta de las instancias judiciales nacionales a las peticiones de la comunidad, así como de las instancias regionales de derechos humanos, presentándose un acervo jurisprudencial regional determinante para un futuro acceso universal de los tratamientos ARV y la atención integral en la región LAC.

### ***Reseña de los mejores resúmenes***

La presentación plenaria a cargo del doctor Pedro Chequer, Asesor Interpaíses Cono Sur UNAIDS, titulada “Atención a la Salud de las Personas Viviendo con VIH/ SIDA: Experiencias en América Latina y el Caribe– El Desafío de la Universalidad y Sustentabilidad”, analiza el contexto de la atención a las PVVIH, partiendo del acceso a las terapias ARV, la desigualdad social y la inequidad del acceso a la salud.

La exposición pasa por analizar las inequidades en la asignación de recursos al sector salud comparados con el crecimiento del PIB, así como las desigualdades que al respecto existen en la región LAC. Igualmente, demuestra con estudios comparados como los sectores mas desfavorecidos de la población son los que menos tienen acceso a los servicios de salud. La presentación es elocuente en cuanto a la disparidad de precios de los ARV en la región LAC, demostrando que Brasil actualmente tiene los precios mas bajos por paciente (4 mil dólares anuales), cuestión que esta relacionada directamente a la iniciativa gubernamental de producir algunos medicamentos ARV. El tope mas alto alcanza los 12 mil dólares anuales por paciente en el Uruguay.

Luego la presentación muestra como a partir de la aplicación de las terapias anti-retrovirales en el Brasil (periodo 96-99) las internaciones hospitalarias han descendido, no obstante los casos de VIH/SIDA han aumentado. Con un estudio realizado por el Ministerio de la Salud del

Brasil señaló los gastos evitados con la política de Acceso Universal a los ARV (1997-1999), señalando los siguientes datos: número estimado de internaciones evitadas 146 mil; total de recursos economizados 472 millones de dólares; gastos evitados en Ganciclovir 35 millones de dólares; gastos evitados en enfermedades oportunistas 16 millones de dólares; gastos evitados con internaciones 371 millones de dólares. En el análisis de costo-efectividad señaló que en los Estados Unidos el uso de la terapia ARV ha ganado 10 mil años de vida.

Finalmente en perspectivas y sustentabilidad, señaló: la urgente aplicación de la Resolución de Ministro de Salud de las Américas OPS (13<sup>a</sup>. Resolución 42 Consejo Directivo) y las Declaraciones y compromisos emanados de las Cumbres Iberoamericanas. Señala, igualmente, implementar leyes nacionales acordes a la realidad del VIH/ SIDA y el reconocimiento de los fallos judiciales (jurisprudencia); establecer parámetros de calidad para la atención en salud; realizar estudios y acciones en cuanto adherencia; realizar análisis de costo-efectividad; promover la participación ciudadana; garantizar la sustentabilidad de los programas y fortalecer la prevención del VIH.

### ***Ejemplos negativos de los cuales se debe aprender para no cometer los mismos errores***

- Se hace necesario la adecuada implementación y seguimiento a las decisiones emanadas de las Cortes y Tribunales, pues teóricamente deben ser acatadas por los órganos de la administración pública, los cuales en la práctica no las ejecutan con la debida celeridad y atención. Para ello se hace necesario el concurso de las PVVIH, ONGs, Programas Nacionales de SIDA, gremios de salud, etcétera.
- Limitados estudios sobre el impacto económico-social de la epidemia, así como de costo- beneficio-efectividad.
- Pretender que con el establecimientos de Bancos de Medicamentos, alimentados de donaciones internacionales y manejados por ONGs se solucionará la cuestión del acceso universal a las terapias ARV. Estas iniciativas por lo general funcionan para atender las emergencias y a un limitado espectro de población.

- No siempre las leyes resuelven los problemas, más bien en veces crean otros. Es necesario entender que existe un conjunto de normas nacionales e internacionales de protección de los derechos humanos, que son aplicables para garantizar la salud y vida de todas las personas por igual. Las leyes que aborden la problemática del VIH/ SIDA deben atender los problemas de salud pública, que giran alrededor de la epidemia tomando en cuenta los principios de la ética y los derechos humanos. Las leyes especiales en VIH/ SIDA no deben transformarse en un decálogo de derechos humanos de las PVVIH.

### *Advertencia especial*

En cuanto a los trabajos, estudios e investigaciones relacionados a la prevención de la transmisión vertical, quiero llamar la atención, no en el sentido de errores cometidos, pero sí a manera de advertencia especial, lo siguiente:

Se presentaron y revisaron una gran cantidad de trabajos y experiencias en este campo, sobre todo del Brasil, Chile y República Dominicana. Llama la atención ciertos resultados relacionados a aplicación incompleta de los protocolos de prevención vertical, limitaciones en el tiempo e incertidumbre en relación a los tratamientos ARV para las madres, que nos hace pensar sobre la integralidad de dichos programas o protocolos.

Por ello destacamos el “Trabajo con un Grupo de Gestantes VIH+ del Servicio Público de Salud en Porto Alegre”, presentado Mirian Gisele Medeiros Weber y otros, de la Secretaría Municipal de Salud y el Centro Municipal de Atención a las ITS/ SIDA de Porto Alegre, que aborda el Protocolo ACTG 076 de una manera integral brindando a las gestantes: encuentros semanales, servicios ginecológicos, auto cuidado, vinculación con programas de distribución de leche maternizada, sexualidad y sexo seguro, aspectos psicosociales de la epidemia, nutrición, referencias para parto, adhesión a los ARV, continuidad de los tratamientos antes y después del parto.

### ***Oportunidades para la cooperación técnica horizontal (entre países)***

De acuerdo a las Declaraciones de los Gobiernos y Estados, durante las Cumbres Iberoamericanas y Consejo Directivo de la Organización Panamericana Sanitaria (OPS), los programas de acceso universal y grupos específicos (como mujeres y niños) a los ARV y atención integral iniciados en algunos países de la región LAC, las obligaciones asumidas por los Estados Partes de acuerdo a los Tratados y Pactos regionales e internacionales y Constituciones nacionales, el apoyo de ONUSIDA y otras agencias internacionales, la movilización comunitaria y de las PVVIH, los resultados de estudios e investigaciones sobre el impacto económico-social y el costo beneficio-efectividad, las recomendaciones surgidas del Forum 2000 están promoviendo un excelente ambiente para lograr la universalización del acceso a los tratamientos ARV y la atención integral. Tarea en la que desempeñará un rol fundamental el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), con los diversos sectores de la respuesta nacional al VIH/SIDA.

Podríamos decir que en cuanto al reconocimiento del acceso a los ARV y atención integral como derecho humano el consenso es unánime. Queda que los Programas Nacionales de ITS y SIDA de la región LAC, esbocen los criterios técnicos que orienten a los Gobiernos y Estados en la asunción de la políticas en la materia.

### **Vacíos existentes en el área de derechos humanos y acceso a tratamientos ARV**

Los Derechos Humanos y el acceso a los ARV y atención integral para poblaciones excluidas, tales como: personas privadas de libertad, enfermos mentales, migrantes, indigentes, consumidores de drogas. Ciertamente existen condiciones especiales a tomar en cuenta, para garantizar adecuados programas de acceso a los ARV para estos grupos.

### ***Asuntos no tocados en la literatura ni en la conferencia***

Por lo que se refiere a las personas privadas de libertad se verificó a través de las diversas presentaciones y trabajos que la situación de los presos (as)

es muy precaria en cuanto a la atención médica integral y suministro de ARV. Estudios y diagnósticos realizados en Panamá, Chile, México, Perú, Ecuador, Dominicana, Argentina, Uruguay, Colombia y Venezuela, se orientan hacia programas de pruebas masivas de anticuerpos contra el VIH, para el aislamiento, beneficios (indultos y otros), diagnóstico de situaciones de riesgo e intervenciones para la prevención de las ITS y el VIH/ SIDA y la reducción de daños.

En Brasil, según las presentaciones revisadas, se han establecido programas de acceso a ARV para las personas privadas de libertad, comprendiendo además estudios de adherencia.

La presentación “Consolidación de un Modelo de Asistencia al Presidiario VIH+”, de Marília de Fátima Viera de Oliveira, Universidad do Vale Itajáí UNIVALI, nos orienta al respecto: Previo a un diagnóstico de salud realizado en el Presidio Regional de Itajáí (SC) se acordó un trabajo conjunto con al Secretaría Municipal de Salud y el presidio, creando un ambulatorio que ofrece consejería, distribución de condones e hipoclorito de sodio, serología para hepatitis, VDRL y medicación asistida para terapia anti-retroviral, logrando un 81,1 % de adherencia a los mismos.

“La Adhesión en el Sistema Penitenciario de Río de Janeiro – Brasil”, presentado por Eugenia Maria Martinho M., realiza el siguiente diagnóstico: En el sistema penitenciario, la problemática se agrava por el bajo nivel de escolaridad, la exclusión social, la escasa convivencia con la familia y amigos por las restricciones en las visitas y las constantes transferencias de los internos. Así para minimizar esas consecuencias, la Superintendencia de Salud implantó soluciones personalizadas, explicando cada medicamento con referencias a horarios y códigos que faciliten la identificación de cada uno. También se pensó en grupos de adhesión y ayuda mutua y entrenamientos de los técnicos.”

El trabajo denominado Investigación: “Una Alternativa Metodológica para acciones de asistencia a las ITS/ SIDA en Poblaciones Confinadas”, de Leonardo Guirao Junior y otros, de la UNB, APTA/ ASP y la Penitenciaria Dr. Joao Batista de Arruda Sampaio de Sao Paulo, busca analizar factores que dificultan el acceso y adhesión a los tratamientos de detenidos con VIH/ SIDA, entre las investigaciones acciones desarrolladas ha sido la formación de grupos de detenidos para mejorar la adhesión a los tratamientos anti-retrovirales.

***Principales conclusiones útiles para los tomadores de decisión  
y diseñadores de políticas dentro del sector salud***

Identificar y realizar diagnósticos precisos de las principales carencia y necesidades de las PVVIH, así como de las deficiencias de los programas implementados. Realizar revisiones ordinarias permanentes de los Programas Nacionales de ITS y VIH/ SIDA con el objetivo de consolidar su cobertura, componentes y revertir situaciones deficientes. Establecer contactos fluidos y permanentes con la población beneficiaria de PVVIH; fomentar y fortalecer su articulación como vehículo para garantizar la optimización de los programas de suministro de los ARV. Igualmente, ampliar los estudios de impacto socioeconómico, así como también los estudios de costo-beneficio-efectividad, adherencia, producción de genéricos de calidad.

***Principales conclusiones útiles para los tomadores de decisión  
y diseñadores de políticas fuera del sector salud***

Identificar y realizar diagnósticos sobre la situación de los derechos humanos de las PVVIH, en donde se señalen las carencias, abusos, violaciones y amenazas de violación de los mismos. Dichos diagnósticos deben abordar situaciones especiales como la relacionada al acceso a los ARV y atención integral, así como la situaciones vinculadas a los grupos excluidos. Se hace necesario comparar y ajustar la realidad de un país determinado, con las obligaciones de los Estados, en relación al derecho a la vida, salud y acceso a ciencia y tecnología, contemplados en las Constituciones nacionales, Pactos y Tratados regionales e internacionales. Así como, en las Resoluciones y Declaraciones producto del Consejo Directivo de Ministros de Salud de la OPS y Cumbres de Presidentes y Jefes de Gobierno. Adicionalmente, investigaciones y estudios sobre propiedad intelectual, mecanismos alternativos para la reducción de costos, con miras a implementar las obligaciones derivadas de los derechos humanos.

## Conclusiones y recomendaciones

En el presente capítulo reproduciré el diagnóstico y recomendaciones emanadas del grupo de trabajo\*, que tuvo a su cargo sintetizar las diversas participaciones durante el Forum 2000, y que fueron presentados durante la sesión plenaria en el área de Asistencia. El diagnóstico y las recomendaciones son un reflejo de lo presentado y analizado durante el Forum 2000, por lo que al acceso a los ARV y derechos humanos se refiere, y se compagina totalmente con el espíritu de este trabajo.

“Existe gran disparidad de situaciones, desde el acceso universal y gratuito, hasta la falta casi absoluta de provisión de medicamentos.

Existe una gran diferencia de precios en la región, que no se justifican por distinto régimen de comercialización. Igualmente, se observa una exagerada concentración de propiedad intelectual en los países de Europa Occidental y los EE.UU., que representa un importante obstáculo para la implementación de tecnologías que aseguren desarrollo y bienestar para nuestras comunidades.

Fueron propuestas acciones concretas durante el foro, con vistas a crear condiciones favorables al acceso universal y gratuito, con la formulación de políticas públicas, que también sean potenciadas por el sector comunitario.

Las crisis económico-sociales, condicionan y ponen en riesgo la sustentabilidad de las políticas de acceso universal y gratuito ya implementadas. Para enfrentar estas diversas situaciones se debe profundizar y divulgar los estudios de costo-efectividad, debido a que los programas están en ejecución.

Aún no resuelto el imperativo ético de los derechos humanos de acceso universal ARVs, surgen en el horizonte nuevos dilemas, entre ellos, con una fuerte presencia, la disminución de costos con mantenimiento de la calidad de los productos.

La adherencia adecuada, es un factor primordial para el éxito de las terapias ARVs, que depende de una multiplicidad de acciones

\* Grupo de Trabajo Asistencia Forum 2000: Dra. Laura Astarloa, PNS Argentina, Dr. Pedro Chequer, Consultor Interpaíses ONUSIDA Cono Sur y Abg. Edgar Carrasco, Coordinador General de ACCSI-Venezuela/ Secretario Regional LACCASO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de ONGs con Servicio en VIH/SIDA).

interrelacionadas que van, desde las diferentes expectativas de los pacientes y profesionales de salud, hasta factores socioculturales diversos.

Considerando lo expuesto en el plenario del Forum 2000, urge tomar las siguientes acciones y medidas:

Implementación de las directivas de la Asamblea de Ministros de Salud de la región y Cumbre Iberoamericana de Panamá, recientemente realizadas, en las cuales los Estados y los gobiernos se comprometieron a implementar condiciones adecuadas de tratamiento integral y acceso universal y gratuito de los ARVs.

De acuerdo a la progresiva implementación del acceso universal y gratuito, los países deberán garantizar la sustentabilidad de la provisión, así como mecanismos de control de calidad de los productos suministrados.

Es imperativa la búsqueda de alternativas que reduzcan las disparidades de precios observados en la región, buscando su reducción.

En este sentido, se deberán unir esfuerzos involucrando a la sociedad civil organizada, las PVVIH, los gobiernos, las agencias internacionales y la industria farmacéutica, con vista al inmediato alcance de la igualdad para el acceso universal y gratuito de los ARVs.

Que se exploten las alternativas legales ya existentes, que posibilitan la producción nacional de insumos esenciales para la salud, sin dejar de buscar nuevos instrumentos que garanticen la igualdad al acceso de productos y tecnología apropiada.

Es urgente la realización de estudios y análisis relativos a costo-efectividad del acceso universal y gratuito de los ARVs, así como estudios multidisciplinarios para el diagnóstico de no adherencia y propuestas de intervención.

Concluyendo, las acciones y medidas que urgen deberán programarse, implementarse, ejecutarse y evaluarse, teniendo como eje transversal los principios de la ética y los derechos humanos.

A manera de conclusión me atrevería a decir como ha quedado demostrado, que el acceso a los ARV y la atención integral no sólo es la garantía del derecho que ampara el bienestar y calidad de vida de las PVVIH, sino que incluye el conjunto de elementos que permiten apostar por la construcción progresiva de una sociedad mas justa y equitativa, así como por el desarrollo económico y social, en la medida que favorece el pleno

aprovechamiento de las potencialidades de las PVVIH. Por ello, es menester que el conjunto de actores vinculados a la toma de decisiones económicas y políticas incorporen a su accionar una visión realista de las dimensiones y amenazas de la epidemia. Ello permitirá eventualmente no ya su concientización, sino la garantía de implementación de respuestas a mediano y largo plazo para reducir el impacto social y económico del VIH/SIDA. En este contexto, el acceso universal —con las múltiples variables de optimización presentadas a lo largo de este trabajo— se presenta no sólo como una necesidad aislada de las PVVIH, sino como una respuesta práctica y urgente al desarrollo socioeconómico de nuestros países.



# POLÍTICAS PÚBLICAS



*Instrumentos de política pública en la  
lucha contra el SIDA:  
Cuentas Nacionales en VIH/SIDA  
y Planificación Estratégica*



## 7. CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA: FLUJOS DE FINANCIAMIENTO Y GASTO

*Ricardo Valladares\**  
*Nadia Massün\*\**  
*José Antonio Izazola Licea\*\*\**

### **Introducción**

Con la celebración del Primer Seminario de Cuentas Nacionales de VIH/SIDA en la Ciudad de México en 1999, se inició formalmente el proceso de estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA en países de América Latina y el Caribe. La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en tanto su agencia ejecutiva, convocaron a esta reunión como parte de la serie de proyectos para definir el impacto económico del VIH/SIDA sobre los sistemas de salud. De ese momento a la fecha se han finalizado las estimaciones en cinco países: Brasil, Guatemala, Honduras, México y Uruguay; asimismo, se encuentran en proceso las estimaciones para Perú y República Dominicana. Finalmente, con financiamiento de la Comisión Europea y fondos propios de SIDALAC, se tendrán estimaciones en 20 países de América Latina y el Caribe para 2002.

SIDALAC es un proyecto financiado por el Banco Mundial a través de la cobertura técnica del Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) que intenta facilitar la formulación de política pública para la prevención eficaz de la transmisión del VIH y la atención adecuada de las personas que viven con el virus o con SIDA. El mayor énfasis de las acciones de SIDALAC es determinar el impacto económico de la pandemia y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

\* Consultor de GSD, Guatemala.

\*\* Consultora de SIDALAC.

\*\*\* Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC).

Este proyecto denominado *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA* toma como base para su inicio las ventajas comparativas de FUNSALUD en tanto que existen antecedentes conceptuales y empíricos para su ejecución. En efecto, el Programa de Economía y Salud de la Fundación ha realizado un trabajo continuo, y de hecho funciona como centro de referencia, en el área de Cuentas Nacionales de Salud; por otro lado, SIDALAC es un programa dedicado a las políticas públicas en materia de VIH/ SIDA para la región, y desde 1996 participó en un primer ejercicio de estimación del nivel de gasto en el tema para México en 1995. (1)

La estimación del gasto se realiza mediante la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), que consiste en un análisis sistematizado y bajo la estructura matricial de los flujos financieros que se orientan a la prevención, manejo y suministro de servicios del VIH/SIDA.

La estructura de la estimación tiene dos componentes. El primero es un componente de gasto en salud, que incluye los recursos que se orientan en forma directa a la conservación y elevación de la salud de la colectividad y los individuos en torno al VIH/SIDA. El segundo componente integra los gastos que apoyan este proceso pero que no son propiamente en salud. En este componente se incluyen los gastos en cabildeo, legislación, derechos humanos, discriminación, albergues y aspectos éticos.

En resumen, se espera incorporar los gastos en salud y sociales, tales como la calidad de vida y protección social de la población, en relación con el VIH/SIDA.

La toma de decisiones será más provechosa cuando se disponga de información diferenciada para el VIH/SIDA a pesar de la dificultad de separar algunas acciones de las de control de infecciones sexualmente transmisibles y de planificación familiar.

La estimación de los gastos públicos se apoya fundamentalmente en elementos presupuestales. Sin embargo, los procesos de descentralización han incrementado la heterogeneidad de los registros en los diversos niveles de información, afectando también la disponibilidad de información y dificultando el análisis de doble contabilidad. La mayor debilidad de la estimación radica en el cálculo de gastos privados. Los nuevos proyectos promovidos por SIDALAC buscarán dar mayor precisión en las estimaciones del gasto descentralizado y el privado. Este ejercicio permite la identificación de flujos de financiamiento y gasto de acuerdo a la fuente del financiamiento, a los agentes financieros, y por instituciones prestadoras de servicios. También se pueden obtener estimaciones por tipo de servicio:

preventivos o “curativos” (tanto ambulatorio como hospitalario); o por apertura del tipo de gasto (servicios personales, servicios generales, medicamentos, materiales y otros insumos, equipamientos e infraestructura).

De esta manera, los estimadores de flujo de financiamiento y gasto se convierten en el mejor indicador de la respuesta social organizada hacia la epidemia del VIH/SIDA desde la perspectiva de los sistemas de salud. Otros gastos fuera del sector no son contemplados en estos procesos de estimación, con lo cual se acepta de antemano la parcialidad de la información.

Sin embargo, al seguir un modelo sistematizado de contabilización de gastos en salud, en este caso dirigidos específicamente a la prevención, control y atención del VIH/SIDA, de las diferentes secciones de la sociedad, se convierte también en un instrumento para la planeación estratégica y el seguimiento de la implementación de dichos planes. De hecho, SIDALAC ha buscado, y obtenido, cooperación de la Red de Planeación Estratégica para América Latina y el Caribe en acciones sobre VIH/SIDA (REDPES) para la utilización de la información procedente de estos proyectos.

Es menester, no obstante, fortalecer los esfuerzos tendientes a la institucionalización de las estimaciones. Es decir, que bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias nacionales, o bien de los propios programas nacionales contra el SIDA, se desarrollen las estimaciones de Cuentas Nacionales de VIH/ SIDA en forma periódica y sistematizada; asimismo, es imperativo también que esta información sea dirigida al proceso de elaboración de política pública en la materia y en la toma de decisiones

Ésta es, justamente, la meta que SIDALAC se ha propuesto cumplir para principios del año 2002: lograr que al menos veinte países de América Latina y el Caribe desarrollen estimaciones de flujos de financiamiento y gasto en materia de VIH/SIDA en forma sistemática siguiendo el modelo general de Cuentas Nacionales de Salud, en forma anual, y que sus resultados sirvan de monitoreo de la función pública y privada como indicador de la respuesta del país hacia el VIH/SIDA.

## **Las Cuentas Nacionales en Salud en VIH/SIDA**

La información sobre el nivel y los flujos de financiamiento en el sector salud contribuye a la formulación y evaluación de políticas, así como a la asignación de recursos entre programas de salud, zonas geográficas, niveles de atención y grupos de población blanco.

La información sobre estructura del gasto efectuado contribuye a, y se complementa con, análisis económicos de eficiencia, efectividad o equidad. Sin embargo, la factibilidad de tales análisis descansa con frecuencia en la disponibilidad de cifras, organizadas en categorías convencionales y estables. Las series históricas consistentes en el tiempo y entre zonas geográficas, posibilitan la comprensión tanto del ritmo como de la orientación de las tendencias.

En el caso particular de la epidemia de VIH/SIDA, la información financiera sobre las fuentes, la distribución y el destino final de los gastos institucionales efectuados debe complementarse con otras cifras, como aquellas que documentan el impacto social y macroeconómico de la epidemia. Además, la contrastación de estas cifras con la magnitud, distribución geográfica, composición de la población afectada, factores culturales y situación de los derechos humanos en el país, es necesaria para una interpretación integral de los resultados financieros.

Por otra parte, el acopio, la distribución y la utilización final de los recursos destinados a enfrentar el VIH/SIDA corren por canales en ciertos casos innovadores pero también, y por lo general, dan participación a los mismos actores económicos y mecanismos de transferencia y asignación vigentes para el sistema de salud en su conjunto. Las formas en que la sociedad se organiza para responder a sus problemas de salud constituyen el marco dentro del cual se organiza la respuesta específica al VIH/SIDA. Es por eso que, siguiendo el propósito de caracterizar la dinámica de recursos para abordar la epidemia, resulta básico y de primordial interés comprender las lógicas del traslado de recursos hacia el sector y entre los agentes económicos que lo componen.

El enfoque de Cuentas Nacionales de Salud es una propuesta metodológica útil para caracterizar el movimiento de recursos y su asignación final, y para interpretar las magnitudes y ritmos del flujo financiero en relación con el avance de la epidemia y la estructura del sistema de servicios. Es importante conocer las fuentes conceptuales de este enfoque, así como algunas de sus variantes en uso.

## **Economía y SIDA**

La epidemia despierta preocupación a causa del ritmo de su crecimiento, la relativa falta de preparación de los sistemas nacionales ante una enfer-

medad emergente, las dificultades de movilización social que derivan del prejuicio y la estigmatización que recaen sobre quienes padecen la enfermedad y los grupos en mayor riesgo de contraerla. También, y de manera destacada, preocupa por sus fuertes implicaciones económicas, no solamente sobre los presupuestos de salud, sino sobre múltiples aspectos de la economía de las naciones.

Actualmente la epidemia está concentrada en la población adulta, en una fase del ciclo vital donde la persona es económicamente productiva. Al afectar el segmento de población que corresponde a la fuerza laboral de un país, el SIDA produce impactos económicos negativos para las familias, las empresas y los países. El impacto ocurre por la mediación de diversas consecuencias de la enfermedad: (2-3)

- *Ausentismo laboral*: las empresas padecen reducción de la productividad y retraso en las entregas por días de trabajo perdidos a causa de los accesos de la enfermedad o de infecciones oportunistas.
- *Discapacidad*: la fase clínica de la enfermedad, el SIDA, produce inhabilitación para el trabajo, con la consecuencia de reducir la productividad de las empresas y aminorar o suspender los ingresos de las familias.
- *Muerte prematura*: el SIDA produce una reducción de la vida productiva de los trabajadores, que afecta por igual a las familias y a la sociedad. También afecta a las empresas, al ejercer presión sobre las condiciones del mercado de trabajo, principalmente en segmentos calificados y especializados de la fuerza laboral.
- *Gastos de tratamiento, mitigación y entierro*: los elevados costos de la atención para las familias, además de los costos de mitigación y entierro, reducen el ingreso disponible de las familias, destruyen las reservas de capital que puedan poseer y detienen el ahorro. Estas consecuencias generalmente se combinan con el cese o reducción del aporte del enfermo a los ingresos familiares.
- *Viudez y orfandad*: la muerte prematura por SIDA produce un incremento de las familias monoparentales, así como de niños huérfanos, aumentando de esta forma la población en situación de vulnerabilidad social.

Adicionalmente, las empresas pueden verse afectadas por la rotación de personal y los correspondientes gastos en reclutamiento, inducción, capacitación. Si la empresa cubre parcial o totalmente los gastos de salud o aseguramiento, pensiones y gastos funerarios, también se producirán efectos económicos adversos. (4)

Una abrumadora mayoría de personas viviendo con VIH/SIDA —cerca del 90% del total— habita en países en desarrollo. La proporción tiende a crecer, pues la dispersión del virus se ve propulsada en aquellos países donde coexisten la pobreza, la debilidad de los sistemas de salud y las limitaciones de recursos para la prevención y el tratamiento. (5)

Esta combinación perniciosa de factores hace pensar analógicamente que “si la cura del SIDA sólo consistiera en beber agua potable, todavía una gran cantidad de personas principalmente en países en vías de desarrollo no tendría acceso a este tratamiento”. (6)

Desafortunadamente, no se ha descubierto una cura o vacuna, y los esquemas de tratamiento son caros y complejos, especialmente en los estadios más avanzados de la infección. La introducción de la terapia anti-retroviral sumamente activa (TARSA) ofrece una esperanza debido a la rápida recuperación que se produce en muchos de los casos, alcanzando los usuarios un nivel funcional que les permite trabajar. Sin embargo, para 1998 el costo anual del tratamiento anti-retroviral (incluyendo tratamiento profiláctico y monitorización de laboratorio) de un paciente fue estimado en US\$ 13,815.28. (7-8)

En el último quinquenio la epidemia de SIDA ha generado una importante corriente de recursos nacionales e internacionales. En 1996, el financiamiento de programas de SIDA a nivel mundial fue estimado en US\$548.5 millones, de los cuales, el 49% fue aportado por los gobiernos, el 19% por agencias de asistencia oficial al desarrollo (AOD), 9% provino del Sistema de Naciones Unidas y 23% del Banco Mundial. En términos generales, más de la mitad de los recursos asignados a SIDA por los países provino de fuentes externas. En los países menos desarrollados, las proporciones cambian dramáticamente: el aporte externo tiene una proporción en el África Sub-Sahariana de 91%; en el Caribe del 92%; en Asia y el Pacífico del 43%; en América Latina del 33% y en Europa del Este del 21%. (9)

¿Cómo fueron utilizados esos recursos? ¿A qué poblaciones beneficiaron? ¿Cómo se distribuyó el gasto entre acciones de prevención y tratamiento? ¿Qué insumos fueron adquiridos con esos fondos? ¿Qué

tipo de organizaciones intervinieron como agentes financieros o como proveedores de la atención?

Estas interrogantes llaman la atención sobre la necesidad de producir información que conduzca a la formulación y evaluación de políticas relacionadas con la respuesta social frente al VIH/SIDA. Un avance se ha producido con el surgimiento de investigaciones en distintos contextos para estudiar los costos directos e indirectos del SIDA, (10) así como para medir la efectividad de diversas estrategias en relación con sus costos. (11) También se han propuesto metodologías para estimar el costo de las estrategias preventivas, para estimar los costos de los servicios médicos para personas con SIDA y para realizar la evaluación económica (mayormente costo-efectividad) de los programas de prevención y tratamiento. (12)

La riqueza de este acervo, sin embargo, no se encuentra al alcance de muchos países de ingreso bajo y mediano, y las preguntas que se formulan en torno a la movilización, asignación y distribución de recursos en el combate contra el VIH/SIDA continúan sin respuesta. Los estudios parciales de costo y de costo-efectividad, trazados para una estrategia o un conjunto de estrategias en particular, generalmente comparan una innovación contra la práctica vigente, o bien comparan un conjunto de intervenciones existentes contra un techo financiero que se asume constituye el nivel social de capacidad o voluntad de pago. A esta práctica corriente del análisis de costo efectividad con frecuencia se le escapan las fallas de asignación de recursos a nivel de programa o sector. Sin embargo, para muchos países identificar y corregir las ineficiencias globales en la ubicación de fondos puede tener ganancias en la salud sustancialmente mayores que las de un nuevo componente tecnológico que se agregue a la situación existente. (13)

Esta identificación de ineficiencias en la asignación puede obtenerse con inventarios generales y completos de los recursos que han sido realmente movilizados y los gastos ejercidos en programas de SIDA. A menudo los resultados de tales inventarios son sorprendentes, y proporcionan argumentos eficaces para movilizar a la acción. Esta “novedad” de los resultados se produce porque los actores económicos y sectoriales vinculados a la asignación de recursos solamente tienen acceso a un recorte de la realidad que representa el contexto institucional en el que están inmersos. La asignación total (a nivel de país, estado o provincia) depende de muchas decisiones particulares, y la suma de ellas no siempre conduce a una respuesta sectorial congruente en términos financieros con

la naturaleza del problema, con su distribución o con la efectividad relativa de las estrategias implicadas.

La red de instituciones que procesan las decisiones de asignación y gasto tiene diferente alcance, contexto y vinculación dependiendo del tipo de sistema de salud vigente en cada país. En el próximo apartado se presenta una tipología de dichos sistemas, así como las implicaciones que tiene cada tipo sobre el volumen, la distribución y los efectos del financiamiento de las acciones en respuesta al VIH/SIDA.

### Los Sistemas Nacionales de Salud

Las sociedades latinoamericanas han organizado de formas diversas la prestación de servicios de salud. Algunos países descansan en la racionalidad del mercado para equilibrar las necesidades de atención y la entrega de servicios. En el extremo opuesto, la provisión de servicios depende exclusivamente del Estado. También hay opciones intermedias: los sistemas basados en un régimen de seguridad social con cobertura universal, y los sistemas plurales, donde coexisten formas privadas y públicas de prestación de servicios, así como seguros públicos y privados con cobertura parcial. Cada tipo de sistema tiene implicaciones importantes (Cuadro 1) sobre la cobertura de servicios en VIH/SIDA.

El sistema *plural* es el tipo más frecuente en América Latina, en el cual coexisten formas públicas y privadas de financiamiento y provisión de servicios. En este tipo de sistema el Estado y la seguridad social cubren sólo una parte de la población —que hasta puede ser la misma para ambas entidades— mientras que el sector privado —con y sin fines de lucro— intenta llenar los vacíos o competir por los usuarios con acceso económico y geográfico.

En términos generales, el sector público comprende las actividades de gobierno o de agentes marcadamente determinados por el gobierno. El sector privado incluye las actividades de agentes más allá del control gubernamental: pueden ser individuos, empresas u organizaciones sin fines de lucro.

Sin embargo, es necesario distinguir entre el financiamiento (público o privado) y la provisión de servicios (pública o privada). El Cuadro 2 muestra las combinaciones (como ejemplo no exhaustivo) entre formas privadas y públicas del financiamiento y la provisión de servicios de salud.

**CUADRO 1**  
**Tipología de los sistemas de salud en América Latina y cobertura para personas con VIH/SIDA**

<b>Tipo de sistema</b>	<b>Socializado</b>	<b>Seguridad social</b>	<b>Plural</b>	<b>Libre mercado</b>
<b>Principio</b>	El cuidado de la salud como un servicio público proporcionado por el Estado.	El cuidado de la salud como un servicio o bien para el consumidor asegurado.	El cuidado de la salud fundamentalmente como un servicio o bien para el consumidor.	El cuidado de la salud como un objeto de consumo personal.
<b>Financiamiento</b>	Impuestos	Deducciones de nómina	Público y privado	Aseguradoras privadas y pago en efectivo.
<b>Provisión</b>	Instalaciones de gobierno.	Instalaciones de la seguridad social.	Pública y privada	Instalaciones lucrativas y no lucrativas.
<b>Administración</b>	Pública	Sistema de seguro social	Pública y privada	Privada
<b>Pagos</b>	Totalmente indirectos	En su mayoría indirectos.	Directos e indirectos.	En su mayoría directos.
<b>Papel del Gobierno</b>	Total	Central / indirecto	Privado y público	Mínimo
<b>Cobertura para VIH/SIDA</b>	Universal	Universal	Población con seguro social.	Cobertura privada muy limitada.
<b>Ejemplo</b>	Cuba	Costa Rica	México, Brasil, Honduras	Chile, Colombia, Argentina

Fuente: Ávila Figueroa, Carlos. "La epidemia del VIH/SIDA en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina". En: José Antonio Izazola-Licea, editor. *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. FUNSALUD-SIDALAC/ONUSIDA, México, 1999.

**CUADRO 2**  
***Ejemplos de las combinaciones entre financiamiento y  
 provisión de servicios públicos y privados***

<b>Provisión de servicios</b>	<b>Financiamiento</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Pública</b>	Servicios gratuitos que se prestan en clínicas y hospitales de gobierno. Los recursos provienen de impuestos o de la cooperación oficial externa.	Servicios en instalaciones de gobierno en los que se cobran aranceles al usuario. Servicios del seguro social financiados con cuotas de obreros y patrones.
<b>Privada</b>	Servicios que proveen ONGs bajo convenio con el gobierno, quien provee los recursos.	Servicios que proveen prestadores privados y que se financian con pagos directos o seguros privados.

Fuente: Adaptado de Berman P and Hanson K. *Assessing the private sector: Using non-government resources to strengthen public health goals*. Harvard University, Research Triangle Institute/USAID. Boston, 1994.

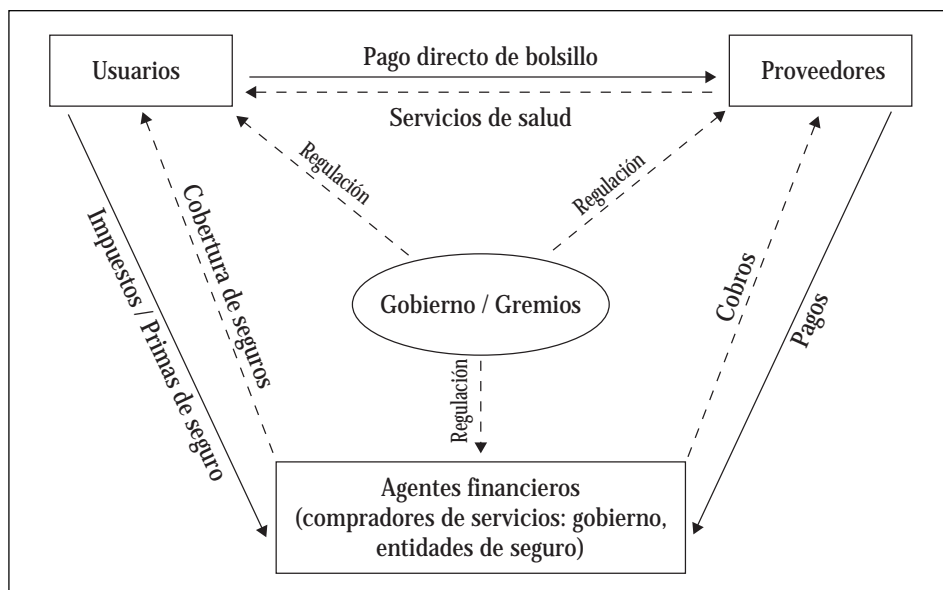
En consecuencia, para estudiar el financiamiento de un sistema de salud es muy importante clasificar a los proveedores de servicios y las fuentes de financiamiento. Existe además un conjunto de entidades intermediarias entre las fuentes financieras y los prestadores de servicios, que se denominan agentes o fondos financieros. La forma en que estos actores económicos se relacionan en el flujo de recursos se describe en el apartado siguiente.

## Flujos de financiamiento y gasto en salud

Para describir el flujo de transacciones que ocurren en una economía, es útil distinguir entre la corriente nominal y la corriente real. La corriente real está compuesta por bienes y servicios en el proceso de su circulación entre los agentes económicos, con fines de intermediación o consumo final. La corriente nominal representa el dinero que circula en dirección opuesta a la corriente real; por ejemplo, recibe dinero quien entrega bienes o presta servicios.

El circuito también opera en el mercado de servicios de salud de manera similar. En él, además de los proveedores y usuarios de servicios de salud, existen otros agentes que contribuyen al funcionamiento regular del circuito económico (Figura 1). El Estado y las agrupaciones profesionales ejercen una función de regulación, controlando que se mantengan los estándares de práctica, vigilando que se cumplan los derechos de los usuarios y controlando los aspectos de gestión bajo su competencia.

*FIGURA 1*  
*Actores en el financiamiento de la atención en salud*



Fuente: WHO, 1993. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services: Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series: 829.

Por otra parte, en el sector salud es muy frecuente que el comprador de los servicios no sea el mismo usuario; ya en el Cuadro 2 se planteaban dos opciones: que con recursos públicos se compren servicios de proveedores privados; que los recursos captados por los seguros se utilicen en el pago a proveedores por servicios prestados a los asegurados. Hay en el gobierno instituciones de salud que reciben financiamiento público, de cooperación externa y cuotas cobradas a usuarios, que concentran esos recursos y luego los distribuyen de acuerdo con su propio criterio de asignación. Tales entidades (gobierno, seguridad social o seguros privados), al captar recursos y pagar los servicios prestados se constituyen en agentes financieros que cumplen la función de un “fondo de salud”. La presencia de estos actores en el sector salud no solamente reduce la incertidumbre de los usuarios sobre pérdidas financieras a causa de enfermedad, sino también facilita al sector público el subsidiar, proveer o garantizar el pago por servicios hacia poblaciones de interés para la política sanitaria. (14)

En la Figura 1 se observa que los proveedores de servicios pueden recibir pagos de los usuarios en forma directa o bien pagos de los agentes financieros. Los agentes, a su vez, reciben financiamiento de los usuarios bajo la forma de impuestos o primas de seguro. Un sector faltante en este esquema, de vital importancia en el flujo de recursos hacia VIH/SIDA, corresponde a las agencias de financiamiento externo. Éstas pueden ser agencias bilaterales (asistencia oficial al desarrollo), multilaterales (como las agencias de Naciones Unidas) y organismos financieros internacionales (como el Banco Mundial).

En el análisis del financiamiento externo es importante distinguir entre donaciones y préstamos. Una donación oficial, por ejemplo, supone que los contribuyentes de otros países han transferido recursos, por medio de la agencia de financiamiento externo, a una agencia interna o directamente a uno o varios proveedores; la *fuentes* del financiamiento son los contribuyentes del exterior. Un préstamo, en cambio, es la utilización actual de recursos futuros que pagarán los contribuyentes del país que recibe el préstamo; la agencia de financiamiento externo solamente cumple el papel de intermediario.

El análisis de los flujos —de dónde provienen y hacia dónde van los recursos— requiere la especificación de tres componentes: las entidades, los mecanismos y las magnitudes, como se detalla en los próximos incisos.

- *Las entidades.* Por ser el flujo una relación de intercambio entre entidades, identificar las participantes es un buen punto de partida para estudiar los flujos. Para la caracterización del flujo, debemos conocer algunos atributos de las entidades: el nombre o razón social, el sector institucional al que pertenecen (privado, público, externo) y cuál es el papel que juegan en el flujo (fuentes, fondos o proveedores).
- *Los mecanismos.* El traslado de fondos de una entidad a otra puede corresponder a diferentes reglas. Tres ejemplos de traslado de fuentes a fondos de salud: asignación presupuestaria (de ministerio de finanzas a ministerio de salud); pago de prima (de empresas a seguros privados de salud); cuota laboral (contribución de hogares al régimen de seguridad social).
- *Las magnitudes.* Por supuesto, es deseable conocer, además de la relación de intercambio, la importancia relativa de esa relación. Esto significa que las cifras de movimiento de recursos interesan, en la caracterización del flujo, como medio para jerarquizar los flujos más importantes en el sector. Este ordenamiento ayuda a priorizar las relaciones que deben investigarse para integrar el financiamiento total del sector.

El enfoque de Cuentas Nacionales de Salud permite organizar la información financiera del sector de forma que se integren las visiones sobre el nivel, la distribución y el flujo de recursos entre las entidades participantes, lo cual se describe en el próximo apartado.

### ***Cuentas Nacionales de Salud***

La cuantificación y caracterización de flujos de financiamiento y gasto para afrontar el VIH/SIDA es un esfuerzo de acopio que busca aprovechar la mayor cantidad de información disponible sobre el uso de recursos en este tema, con el más alto nivel de precisión y exactitud posibles.

En ciertos casos, se plantean dificultades de disponibilidad, subregistro y clasificación de datos, a las cuales se debe la realización de estimaciones dirigidas a completar el marco contable. En tanto no se disponga de cifras, estas estimaciones cubrirán el objetivo de lograr una apreciación lo más completa posible, y a la vez, al divulgarse los

resultados, promoverán una mayor disposición a registrar y compartir las informaciones.

La iniciativa de estimación de gastos en SIDA se apoya en la noción metodológica de “Sistema de Cuentas Nacionales de Salud”, y es relevante conocer su definición, método, pasos y aplicaciones prácticas, aspectos que se presentan brevemente en los próximos apartados.

### ¿Qué son las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA?

Se ha denominado Cuentas Nacionales en VIH/SIDA a la *contabilidad* sistemática, periódica y exhaustiva, del nivel y los *flujos de financiamiento y gasto* en salud que, en los subsectores público y privado se dirigen a la prevención y el tratamiento de personas afectadas por el VIH/SIDA.

- Esta contabilidad debe ser *exhaustiva* por la cobertura de entidades, servicios y gastos financiados; *periódica* en cuanto se registra, integra y analiza con alguna frecuencia, idealmente, anual; *sistemática*, porque desarrolla categorías y estructuras de registro y reporte consistentes en el tiempo y comparables entre países.
- *Los flujos de financiamiento* se refieren a la corriente de recursos que distintas fuentes financieras aportan para la prestación de servicios de salud dirigidos a afrontar el VIH/SIDA, y que ingresan al sistema de salud a través de agentes financieros que los distribuyen entre los proveedores de servicios.
- *Los gastos en VIH/SIDA* comprenden los desembolsos para adquirir o contratar los bienes o servicios requeridos para la prevención y el tratamiento del SIDA, y pueden analizarse en su distribución por tipo de servicio, grupo de usuario, área geográfica cubierta, tipo de establecimiento y otros.

A fin de que la interpretación de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA favorezca la toma de decisiones y la formulación y evaluación de propuestas de intervención, sus resultados deben articularse en el análisis con indicadores de la situación demográfica, epidemiológica, socioeconómica, de los servicios y las instituciones de salud.

### **Preguntas que responden las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA**

- ¿En qué proporción aportan al financiamiento de las acciones de salud en respuesta al VIH/SIDA el gobierno, los fondos de seguridad social, el sector privado no lucrativo, los hogares, las empresas y la cooperación internacional?
- ¿Qué tipo de proveedores de servicios están recibiendo recursos destinados a la prevención, el tratamiento y la administración de servicios frente al VIH/SIDA?
- ¿Qué programas y tipos de servicio reciben financiamiento y en qué montos y proporciones?
- ¿Cómo se distribuye el financiamiento entre zonas geográficas y grupos humanos?

### **¿Para qué sirven las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA?**

El objetivo inmediato de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA consiste en determinar la magnitud y el flujo de los recursos que dentro de cada país se destinan a la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, así como la distribución de tales fondos entre instituciones públicas y privadas, elementos de gasto, programas y servicios, regiones y usuarios. En síntesis, permiten identificar quién paga, quién se beneficia, en qué proporción, y mediante cuáles mecanismos.

Esta información tiene múltiples aplicaciones. En principio, contribuye a precisar el análisis de la situación actual y a trazar su dinámica en el tiempo; en este caso, los estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA persiguen entre otros fines:

- Dimensionar la respuesta de los sistemas nacionales de salud ante la epidemia del VIH/SIDA, su importancia en las agendas públicas, y el costo que representan la combinación de pro-

veedores, servicios y usuarios que conforman la estrategia de abordaje del VIH/SIDA.

- Establecer un registro cronológico continuo de las decisiones relevantes para afrontar el VIH/SIDA en cada una de las instituciones que conforman el sector salud, de cuyo análisis y evaluación puedan derivarse lecciones para la planificación estratégica y la programación operativa, tanto en el marco institucional como en el ámbito del sector salud.

El análisis de la situación de financiamiento y gasto en VIH/SIDA apoya también la búsqueda de opciones para superar la insuficiencia de recursos orientados a enfrentar la epidemia. Tanto los grupos directamente vinculados a la lucha contra el SIDA, como los actores abocados a la reforma financiera del sector salud, encontrarán que el análisis de los flujos de financiamiento y gasto en SIDA facilitan el esfuerzo creativo de:

- Constituir mecanismos innovadores para elevar la captación de recursos hacia el sector.
- Diversificar las fuentes de financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA.
- Generar incentivos para movilizar recursos desde las fuentes con menor participación relativa dentro del conjunto.
- Acotar áreas donde puede alcanzarse mayor eficiencia en la asignación de recursos y mayor equidad en su distribución.
- Identificar las necesidades de regulación en las diversas etapas de gestión financiera, de acuerdo con la organización del sistema de atención y el papel de los intermediarios en el manejo de recursos.

### **¿Cómo se estiman las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA?**

La metodología que se propone para estimar el financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA, genéricamente designada “Cuentas Nacionales en Salud” —CNS—, ha sido aplicada en estudios de alcance sectorial, en una red de países de América Latina, África y Asia, con el propósito de orientar la reforma del sector salud. Algunos países latinoamericanos han prin-

cipado a aplicar esta metodología al estudio específico de los gastos y el financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA. (15)

La metodología emplea tablas de doble entrada (matrices) para representar el movimiento de recursos entre entidades. Las matrices indican el origen y destino de los recursos, evitando contar más de una vez los gastos realizados.

La estimación del gasto cubre generalmente periodos anuales, y reconstruye el flujo financiero desde el origen hasta su utilización final, por tres niveles de agrupación: (i) las *fuentes* de financiamiento; (ii) los *proveedores de servicios*, y (iii) las *funciones de servicio*. (16) Las relaciones entre estas distintas dimensiones de análisis se presentan en la Figura 2. Estas dimensiones provienen principalmente del sistema de cuentas nacionales en salud, sin embargo las condiciones varían de país a país, y en cada contexto es necesario realizar una adaptación del contenido de las fuentes de financiamiento, las funciones de atención y los proveedores.

Por otra parte, una de las ventajas que tiene el análisis de los problemas de salud en particular, como en el caso de las cuentas en VIH/SIDA, consiste en la posibilidad y conveniencia de analizar la distribución del gasto de acuerdo con los grupos humanos cubiertos, agrupados por características relevantes al análisis del problema de salud. Esto agrega una dimensión sobre el *destino* de los fondos según los grupos beneficiarios de los servicios, la cual es importante, entre otras razones, porque:

- Existen grupos núcleo (Cuadro 3) en los cuales la inversión preventiva tiene mayor efectividad; no obstante, estos grupos son muchas veces desatendidos a cambio de actividades de información, educación y comunicación a población general. La clasificación del gasto por grupos humanos visibiliza las inconsistencias de la asignación en el gasto preventivo.
- Algunas inequidades en la atención se dan a causa de discriminación, ya sea en función de diferencias étnico-raciales, o bien de la orientación sexual, la ocupación y el género. Es importante detectar si en la distribución del gasto se presentan sesgos discriminatorios, pues las poblaciones discriminadas, por su misma condición de vulnerabilidad, encierran un potencial epidémico elevado, y requieren, comparativamente, de una mayor inversión en prevención y tratamiento.

**FIGURA 2**  
**Dimensiones de análisis de las cuentas en VIH/SIDA**

¿De dónde provienen los fondos para afrontar el VIH/ SIDA?	<b>Fuentes de financiamiento</b>		
	<b>Sector público:</b> -Gobierno general -Fondos de seguridad social	<b>Sector privado:</b> -Entidades sin fines de lucro -Hogares (gasto de bolsillo) -Empresas, no de salud	<b>Sector externo:</b> -Agencias de cooperación -Redes de autoayuda
¿En qué programas y servicios se está ejerciendo el gasto en VIH/SIDA	<b>Atención de salud por función</b>		
	<b>Prevención:</b> IEC Condonos Bancos de sangre Tx ARV a embarazadas(+) Jeringuillas	<b>Tratamiento:</b> Externo Hospitalario Diurno Domiciliario Servicios de apoyo Bienes de salud	Administración y seguros <hr/> Inversión (infraestructura y equipamiento)
¿Qué tipos de proveedor captan y ejecutan los fondos para la prestación de servicios?	<b>Atención de salud por proveedor</b>		
	Hospitales, centros de atención ambulatoria, diurna y domiciliaria, consultorios médicos <hr/> Centros de diagnóstico	Farmacias, droguerías, proveedores de bienes médicos duraderos y no duraderos	Salud pública: provisión y administración <hr/> Administración de seguros

- El Sistema de Cuentas Nacionales en Salud, en términos amplios, conduce a clasificar a los usuarios de servicios en términos genéricos, socioeconómicos (quintil de ingresos, o de gastos en salud, por ejemplo), demográficos (sexo y grupo de edad) o geográficos (urbano-rural o según la división político-administrativa del país). Para una afección particular como el SIDA,

es posible una clasificación de usuarios más precisa y cuya lectura es vital para la acción epidemiológica y su reflejo en la programación y los presupuestos.

*CUADRO 3*

*Grupos núcleo y grupos accesibles para la prevención del SIDA*

<b>Grupos núcleo (con prácticas de alto riesgo y alta vulnerabilidad)</b>	<b>Acción preventiva</b>	<b>Grupos accesibles</b>
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Promover el uso del condón. Atención de ITS ulcerativas.	Uniformados Privados de libertad Trabajadores móviles Migrantes Grupos comunitarios Lugares de reunión específica
Trabajadoras y trabajadores comerciales del sexo (TCS) y sus clientes	Promover el uso del condón. Atención de ITS ulcerativas.	Uniformados Privados de libertad Trabajadores móviles Migrantes Lugares de trabajo Grupos organizados
Usuarios de drogas inyectables	Evitar re-uso de jeringas no estériles	Privados de libertad
Usuarios de sangre y hemoderivados	Examinar la sangre donada en bancos de sangre y prohibir su comercialización.	Bancos de sangre
Niños en gestación cuya madre es seropositiva	Terapia anti-retroviral y, después del nacimiento, leche maternizada.	Madres en control prenatal

## **Resultados comparativos de estudios en Brasil, Guatemala, Honduras, México y Uruguay. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, 1997-1998**

En este apartado se presentarán los resultados de los primeros cinco países en los que se han llevado a cabo las estimaciones de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, los cuales fueron elaborados para los años calendario 1997 y 1998.

La logística de realización de los estudios fue semejante para cada uno de los países, manteniendo las necesarias adecuaciones a las realidades nacionales de cada uno; en general, se identificaron profesionales en economía de la salud a quienes se les brindó asistencia técnica para desarrollar el proyecto en su país, y se buscó la colaboración de los programas nacionales de SIDA para su participación activa en los proyectos.

### ***México***

El sistema de salud en este país está dividido en tres grandes subsectores: *las instituciones de seguridad social* (el IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social; el ISSSTE, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, y otros tres institutos relacionados con la Marina, Petróleos Mexicanos y la Defensa Nacional); *los servicios de salud pública* (la Secretaría de Salud, SSA, y los Servicios Estatales de Salud (SESA), que proporcionan servicios a la población abierta); y el subsector *privado*. Adicionalmente, se integran al sistema de salud los servicios médicos de la Defensa Nacional, de Marina, de Petróleos Mexicanos, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional Indigenista y los Institutos Nacionales de Salud. Al igual que Guatemala, el modelo mexicano es un modelo segmentado, en el cual cada segmento institucional realiza todas las funciones del sistema de salud (incluyendo financiamiento y prestación de los servicios), pero lo hace para un grupo específico de población. De esta manera, las distintas instituciones poseen su propia red de atención primaria, así como hospitales de segundo y tercer nivel. Esta segmentación, que implica a veces poca coordinación entre proveedores, implica también que cada institución posea sus propios y diferentes sistemas de registro e informática.

Para 1998, las personas con acceso a los servicios de seguridad social eran el 49.6% de la población, y el restante 50.4% acudía a los servicios asistenciales para población no asegurada o abierta (1).

*Epidemiología del SIDA.* Desde el primer caso de SIDA que se registró en 1983, y de acuerdo con los datos oficiales, hasta el 31 de diciembre de 1999 se tenían 42,762 casos acumulados, concentrados principalmente en la población masculina. Sin embargo, se acepta oficialmente que existe un déficit de registro de la epidemia y por lo tanto habría que agregar un 35% por retraso en la notificación y un 18.5% estimado como subregistro (2). En México, semejantemente a otros países, la epidemia sigue manifestándose como primordialmente masculina en una relación de 6 hombres por cada mujer y su vía de transmisión es principalmente sexual (9 de cada 10 nuevos casos).

Los organismos que surgieron como respuesta a la epidemia son el Programa Nacional de SIDA, CONASIDA, con presupuesto propio desde 1991, y los Comités Estatales para la Prevención y Tratamiento del SIDA, los COESIDAS. El CONASIDA, que tiene un presupuesto que ni siquiera representó para los años en estudio el 5% del total del gasto para esta epidemia, es la entidad nacional normativa que supervisa los programas de prevención y control a nivel nacional y es la única institución que presupuesta recursos para campañas de prevención y programas educativos.

*Gastos y fuentes de financiamiento.* El IMSS tiene carácter tripartita, y para 1998 la aportación del gobierno federal fue de 20% del total ejercido por este instituto. En el ISSSTE, el 69% de los recursos provienen del gobierno federal y el 31% restante de los hogares. Para la SSA, el 93% de sus recursos provienen de fuente federal, y apenas el 5% de gobiernos estatales. Los Institutos Nacionales de Salud son dependientes administrativa y financieramente de la Secretaría de Salud.

Los COESIDAS se financian a través de los SESA y la SSA. Las ONGs reciben el 82% de sus recursos de las mismas ONGs, luego de la SSA y de los SESA. (Sin embargo, reciben el 45% de fuentes externas internacionales).

La principal fuente de fondos para el gasto en VIH/SIDA es el sector privado, representando en 1998 el 60.7% del gasto total. El peso del sector público como fuente de financiamiento fue para ese mismo año de 37.7%. De la fuente hogares, un 53.5% se dirigió a la seguridad social en su papel como agente, y un 52.4% fue para el sector privado. Del total de la

fuente pública, un 64.1% fue para la seguridad social y un 35.6% se dirigió al sector que gerencia los fondos de la población abierta.

La distribución de fondos entre prevención y atención según las instituciones prestadoras de servicios fue, respectivamente, de 20.7 y 75.5%, en el caso de la seguridad social; de 33 y 57%, en el caso de la población abierta, y de 61 y 31.6% para el sector privado. Así, en cuanto a prevención, el sector privado, a pesar de no ser predominante en el gasto total para la prevención (un tercio del total ejercido), le dedica un papel mucho más importante en relación con la atención que el sector público. Esto se explica por la importante compra de condones. Para la seguridad social, el gasto más importante corresponde a la atención ambulatoria (59%), le sigue luego la detección de VIH (20%).

En 1998, el gasto total tanto en prevención como en atención fue de 124.6 millones de dólares, aumentando así en 39% en comparación con el año anterior. Entre 1997 y 1998, el predominio del gasto en atención (66.1% para 1998) sobre el gasto en prevención (28.8%) se agudizó, debido sobre todo al ajuste en la inflación y al aumento en la compra de medicamentos anti-retrovirales. El examen de tamizaje de sangre es el rubro más importante del gasto en prevención, ya que representa el 60%, y si incluimos la compra de preservativos, este gasto asciende al 89%, quedando muy pocos recursos disponibles para hacer campañas preventivas o intervenciones educativas.

El IMSS, principal institución de salud en México, que actúa además como agente financiero, gastó en 1998 para el VIH/SIDA apenas el 0.7% del total de sus gastos de operación.

### ***Brasil***

*El sistema de salud.* En Brasil rige el denominado Sistemas Único de Salud (SUS) legalmente basado en el acceso universal, cobertura integral, gratuidad, financiamiento público, participación social y descentralización de gastos por estados y municipios. Los estados y municipios participan en el financiamiento del SUS con recursos propios a través de los impuestos (más del 37% de los recursos del SUS). Se logra la cobertura universal mediante la contratación de servicios de salud a proveedores generalmente privados. El gobierno brasileño, entre otros, garantiza el derecho universal al acceso al tratamiento integral necesario con medicamentos.

Actualmente, cerca del 50% de los recursos federales para la asistencia ambulatoria y hospitalaria ya está siendo transferido para su gestión a los estados y municipios, y el restante aún es administrado por el Ministerio de Salud. El sector privado vinculado al SUS desempeña un papel importante ya que responde al 66% de las internaciones y al 18% de los servicios ambulatorios. La participación comunitaria y el control de la sociedad, los estados y municipios son asegurados por los Consejos de Salud. Muchos brasileños también utilizan los servicios privados contratados por empresas para sus empleados.

Se estima, según datos de 1995 y 1996, que el gasto total en salud (aproximadamente US\$50 mil millones) representó el 7% del PIB y un monto per cápita de más de US\$320. Si tomamos el gasto público total en 1995, éste ascendió al 3.36% del PIB y el gasto per cápita fue de US\$140. La cobertura de los servicios públicos de salud llega al 75% de la población.

*Epidemiología del SIDA.* Desde el primer caso de SIDA diagnosticado a principios de 1980, hasta febrero de 1997, se encontraron 155,590 casos en infantes y adultos. Los casos del sexo femenino han aumentado drásticamente respecto a los de los hombres, pasando de una relación de casos entre hombres y mujeres de 17:1 en 1983, a 2:1 en 1997. El 81% de los casos está entre los 20 y 44 años, que además ya no son casos pertenecientes mayoritariamente a las categorías de homosexual y bisexual (71.3% en 1986 y 21.4% en 1997). Las tasas de mortalidad por SIDA se han reducido en 38% entre los años 1995 y 1997.

Para la prevención y control de la epidemia se desarrolló desde inicios de los ochenta el Programa Nacional de ETS/SIDA con préstamos contraídos ante el Banco Internacional para la Reconstrucción y el Desarrollo (BIRD). Este programa incluye actividades de asistencia social a portadores de SIDA.

El estado con mayor número de casos es Sao Paulo (47.6% del total del país). Asimismo, la contribución de recursos propios de la Secretaría de este estado es equivalente al 5.8% del gasto federal total por año.

*Flujos de financiamiento y gastos en prevención y atención.* Se presentan únicamente los gastos públicos federales administrados por el Ministerio de Salud debido a que solamente la información del Gobierno Federal está mejor sistematizada.

El monto total de recursos federales para el tratamiento y prevención del SIDA fue en 1998 de US\$435.8 millones. Los gastos realizados

en prevención y tratamiento del SIDA provienen de dos fuentes: por un lado de los recursos asignados al Ministerio de Salud por el presupuesto público federal, y por el otro, de los recursos provenientes del BIRD —Banco Mundial— como préstamo. La mayor parte de los recursos es administrada por el Ministerio de Salud (US\$ 401.4 millones, o sea 92.1%) y el resto por las agencias de la ONU (PNUD y UNDCP). Actúan como prestadores de servicios el mismo Ministerio de Salud (ejecutando el 67% de sus propios fondos en 1998), las Secretarías Estatales (el 12.9% de los recursos del MS) y Municipales (5.7%), la Universidad (7.6%), el Hospital Privado, otros gobiernos y las ONGs. Cabe mencionar que las Secretarías Estatales y Municipales también pueden actuar como agentes de financiamiento para la asistencia hospitalaria y ambulatoria, como parte de la gestión descentralizada, contratando dentro del sector privado. La mayor parte de lo que el Ministerio de Salud transfirió a las Secretarías Estatales y Municipales de Salud y otros organismos gubernamentales, correspondió al reembolso de hospitalizaciones y de pruebas de VIH y tamizaje de sangre.

El 75% del monto administrado por las agencias de la ONU en 1997, se utilizó para costear actividades desarrolladas por intermedio de la Coordinación Nacional de ETS y SIDA (CN/ETS/SIDA) del Ministerio de Salud.

En 1988, el 80.8% de los gastos es aplicado en tratamientos, y el principal prestador de todos estos servicios es el propio Ministerio de Salud (sólo el 2.0% del gasto total del Ministerio de Salud se dirige a la prevención y tratamiento del SIDA). Los gastos en tratamiento del Ministerio de Salud, relativamente altos en relación con el total de los gastos federales en ETS/SIDA, se explican en gran parte por el volumen de los gastos en medicamentos. Desde 1996, la ley federal determina que “los portadores de VIH y los pacientes de SIDA recibirán gratuitamente del SUS toda la medicación necesaria para su tratamiento.” Más del 25% de los gastos destinados a la adquisición centralizada de los medicamentos está absorbido en medicamentos para SIDA a partir de 1997.

En cuanto a recursos aplicados en la prevención, los Estados y Municipios son los que predominan (52.5%), en tanto que el Ministerio de Salud se responsabiliza con un 13.3%.

Entre 1997 y 1998, la desigualdad ente los gastos de asistencia y los gastos en prevención se acrecienta aún más, habiendo aumentado el gasto en tratamiento al 42.2% de un año al otro, debido al incremento del gasto en medicamentos y pruebas para VIH. Dentro de los gastos de

tratamiento, el 76% fue para el pago de anti-retrovirales y medicamentos para infecciones oportunistas. Segundo en orden de importancia es el rubro para las pruebas de diagnóstico del VIH. Más del 50% de los gastos en prevención se aplicó a la prevención de transmisión por transfusión sanguínea, y el 35% a acciones de información, educación y comunicación y elaboración de material didáctico.

### *Guatemala*

El sistema de salud se compone de dos grandes subsectores, poco articulados entre sí, el subsector público y el subsector privado. En el primero, sólo dos actores predominan: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS, que atiende a la población de más bajos ingresos, y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, institución autónoma, financiadora y reguladora de servicios básicos de salud, con una amplia tradición curativa y hospitalaria. Cerca del 60% de la población tiene algún tipo de acceso a los servicios de salud a través de una cobertura poblacional de 25% por parte del MSPAS, 17% por parte del IGSS, 2.5% por parte de Sanidad Militar, 4% por parte de las ONGs y 10% por parte del sector privado. Guatemala representa un ejemplo de sistema de salud segmentado, en el que la población de más bajos ingresos es atendida por el MSPAS (que además presta servicios de prevención, promoción y tratamiento ambulatorio en una escala muy inferior a las necesidades), los asalariados de las áreas urbanas, por el IGSS, mientras que el segmento con mayores ingresos recurre al sector privado.

El MSPAS funciona con fondos del gobierno central y recibe aportes de cooperación externa, y el IGSS recibe contribuciones obligatorias de empresas y hogares, pero sólo cubre el empleo formal (25% de la PEA). De las 60 ONGs dedicadas específicamente al sector salud, sólo cuatro captan el 80% del financiamiento (de cooperación externa, donaciones de empresas) dirigido a VIH/SIDA, y en el sector privado sólo dos o tres hospitales atienden usuarios con este padecimiento. El gasto nacional en salud representa el 4% del PIB, y es de US\$56.00 per cápita.

*Epidemiología del SIDA.* Desde su introducción en Guatemala, en 1984, el reporte de casos llega en noviembre de 1999 a 3,400, sin incluir un posible subregistro de 50%. La proporción hombre-mujer entre los casos nuevos se aproxima a 2:1.

El crecimiento de la epidemia está asociado a ciertos factores, entre éstos: los patrones de migración masiva para trabajo estacional, los altos niveles de pobreza y prostitución infantil, la inaccesibilidad cultural a servicios y la fuerte influencia de las iglesias que objetan la educación sexual y el uso de condones, el machismo y la ausencia de decisión de la mujer en las relaciones sexuales.

*Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA.* Entre 1997 y 1998 el gasto nacional en VIH/SIDA fue multiplicado por dos, pasando de US\$ 6 a US\$ 11.9 millones, o sea, de 1.5% a 3% del gasto nacional en salud, siendo las empresas la fuente más importante de financiamiento (a través del IGSS), como lo muestra la distribución siguiente de fuentes a agentes: las empresas (43.6% en 1998), los hogares (29.6%), el gobierno (16.5%), y la cooperación externa (10.3%). El total de los flujos financieros de estas cuatro instancias se distribuye hacia los agentes privados y públicos de la siguiente manera en 1997: las ONGs captan el 25,8%, los hogares, el 18.2%, y el sector público (MSPAS y IGSS), el 56%. Así, la mayor parte del financiamiento destinado a enfrentar este padecimiento, se canaliza a través del subsector público de atención (56% en 1997, y 71.2% para 1998).

En la prestación de servicios en VIH/SIDA existe poca diferenciación institucional de roles financieros y prestadores de servicios.

El gasto en atención representa el 70 % del gasto total para VIH/SIDA y el gasto en prevención, el 14.6%. (Lo que resta del total corresponde a gastos en fortalecimiento institucional).

Si se observa el porcentaje de gasto en prevención y promoción del VIH/SIDA sobre los gastos totales de cada sector, éste es mínimo. La institución con el gasto total más elevado, el IGSS, apenas consume el 1% de su presupuesto para esos rubros. La atención hospitalaria y el tratamiento ARV constituyen la mayor parte del gasto para el IGSS. Hasta 1997, el tratamiento anti-retroviral era muy inusual, y es a partir de fines de 1997 cuando se adoptó como directriz el proveer la terapia anti-retroviral a todos los casos que estuvieran indicados. El gasto en terapia ARV aumentó así de US\$1.2 a US\$4.5 entre 1997 y 1998. Fuera del esfuerzo económico elevado para cubrir necesidades en medicamentos (ARV), existe desinterés de los tomadores de decisiones en el gobierno para elaborar, formular y apoyar políticas nacionales sobre el tema del VIH/SIDA. Sólo de manera aislada las ONGs, que son las que canalizan sus esfuerzos hacia la educación y la prevención, y algunos grupos organizados de la sociedad, hacen formulaciones de propuestas para políticas nacionales (35% de sus gastos totales).

Hay que mencionar aquí que el papel de la cooperación externa es fundamental, porque financia casi enteramente las acciones de promoción, prevención, investigación y diálogo político.

### *Uruguay*

*El sistema de salud.* Existen en el sistema de salud uruguayo dos tipos de prestadores de servicios claramente diferenciados que aseguran una canasta integral. El sector público, que está integrado por el Ministerio de Salud Pública, que da prioridad a sus funciones de ente rector, normatizador y controlador, delegando cada vez más las de atención directa a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), para asegurar a las poblaciones de escasos recursos. Orientados a la misma población objetivo, están el Hospital Universitario y la red de policlínicas de consulta ambulatoria. En el sector privado, 50% de la población está cubierta por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), que brindan un paquete de servicios integrales mediante una cuota mensual de US\$50. (Desde 1991 estas instituciones tienen la obligación de brindar el tratamiento anti-retroviral a todos los pacientes de VIH/SIDA afiliados, siempre según criterio de sus respectivos médicos). Éstas, como empresas proveedoras, son también un seguro de prepago, a pesar de que éstas no lo tengan claro aún. Aparentemente, en Uruguay los agentes privados en su mayoría confunden su rol entre fuente y agente, o entre agente y prestador.

El gasto total en salud equivale al 9.5% del PIB, lo que representa unos US\$1,900 millones. El gasto para prevención y tratamiento del SIDA, de un monto de 21,228 miles de US\$, representa un poco más del 1% del gasto total en salud y per cápita es de US\$6.85.

Los primeros casos de SIDA aparecen en el país en 1983; en 1987, por resolución ministerial, se crea el Programa Nacional de Control de SIDA (PNSIDA). Desde 1990, el PNSIDA es considerado entre los seis Programas Prioritarios más importantes. En 12 años de labor informando, educando, previniendo y controlando la epidemia, el Programa ha obtenido resultados muy satisfactorios, como por ejemplo un 90% de la población que sabe cómo se transmite y previene la infección por SIDA, y el abatimiento del 70% en el número de internaciones hospitalarias por infecciones oportunistas gracias a una efectiva cobertura en tratamiento

con triple terapia. El consumo de condones se ha incrementado sustancialmente y la población los compra de su bolsillo.

Desde 1983 hasta mediados de 1999, se notificó un total de 1,287 casos. Existe un claro predominio de la transmisión sexual (67.6%) y respecto al sexo, el 79.5% de los casos de SIDA son hombres, con una lenta pero permanente progresión de las mujeres. La relación de SIDA hombre/mujer pasó de 8:9 en 1989, a 3:0 en 1998. El pico de máxima incidencia se encuentra entre los 25 y 34 años.

*Flujos de financiamiento.* En 1998 la principal fuente de financiamiento está constituida por los hogares. Las demás fuentes de financiamiento sobre las que recae la responsabilidad en tratamiento y prevención del SIDA se distribuyen entre el gobierno central y las empresas con un 30.25% y 7.93%. Los aportes del exterior son mínimos. Como agente de financiamiento, el MSP capta el 27.8% del gasto total y un 15% apenas de esta cantidad la gasta el mismo Ministerio, el resto se dirige a la ASSE. Las IAMCs captan el 22.2%, y asistencia particular, que incluye a todos los casos de VIH no asignados a ningún prestador de servicios de salud, capta el 33.8%, monto que se gasta en un 96% en farmacias (compra de preservativos). El MSP como prestador gasta US\$837,708, de los cuales, un 74% en prevención y un 26% en promoción. La ASSE gasta 83% de sus recursos en tratamiento, y las IAMCs el 85%. Si observamos la repartición de gastos entre prevención y tratamiento a nivel global, el 35.8% se gasta en prevención (gasto en preservativos), en acciones a la población, y el 51% en tratamiento dentro de las acciones a personas. Si vemos las categorías de gasto por tipo de servicio, el gasto en medicamentos es el más significativo.

### *Honduras*

El SIDA se ubica en el décimo lugar como principal causa de defunción en hospitales estatales y tercera causa de egreso hospitalario según grupos de causa, así como primera causa de mortalidad en mujeres en edad fértil.

Según el estudio de mortalidad materna y mujeres en edad reproductiva de la División Materno Infantil en 1997, el SIDA se encuentra como primera causa específica (82.8%) más importante de muerte en mujeres en edad reproductiva.

El sistema de salud en Honduras está conformado por la Secretaría de Salud y las Municipalidades, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y un sector privado (instituciones con fines de lucro) y otras instituciones no gubernamentales, sin fines de lucro. Otras instituciones del Estado como la Secretaría de Educación gradualmente han venido incorporando recursos para informar y formar personal especializado en la prevención de la enfermedad. El Instituto Hondureño de Seguridad Social capta el 9.8% de los fondos destinados a la salud, pues financia, con aportes de gobierno, patrones y trabajadores, la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios y cuenta con tres hospitales.

Una dependencia de la Secretaría de Defensa brinda servicios de salud a las fuerzas armadas y se financia con recursos aportados por sus beneficiarios, el aporte del Instituto de Previsión Militar y del gobierno. Las municipalidades proveen apoyo a las acciones de salud en coordinación con los establecimientos de la Secretaría de Salud. Tienen un papel importante en la extensión de servicios de agua y saneamiento básico.

La cooperación externa juega un papel importante en el flujo de tecnología y en la transferencia de fondos hacia la salud en Honduras. Durante 1998, las agencias bilaterales y multilaterales de cooperación aportaron el 20% del gasto nacional en salud; de estos recursos, más del 80% se dirigió hacia la Secretaría de Salud y el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).

La Secretaría de Salud es la entidad responsable de conducir la política nacional de salud. Como agente financiero en salud, durante 1998 movilizó un monto equivalente al 58.5% del gasto público en salud. (17) La Secretaría de Salud es también el principal proveedor de servicios: posee 28 hospitales, además de 241 Centros de Salud con Médico (CESAMO) y 867 Centros de Salud Rural. (18) El 23.6% de la población está cubierta por un seguro integral, el IHSS.

*Epidemiología del SIDA.* Desde 1985 (año en que se registra oficialmente el primer caso de SIDA) hasta el 31 de diciembre de 1999, se reporta un total de 11,364 casos de SIDA conocidos. Con un 17% de la población de Centroamérica, Honduras tiene cerca del 60% del total de casos, constituyéndose así en una nación desproporcionadamente afectada.

Entre los patrones de transmisión predomina en un 80% la conducta sexual. El grupo de edad mayormente afectado es el de 19 a 39 años de edad. Los estudios en grupos especiales muestran una prevalencia del 14% en trabajadoras comerciales del sexo ambulante en San Pedro

Sula, y 13% en Tegucigalpa. La relación hombre/mujer es de 1.6:1; el crecimiento de la infección en niños pone en evidencia la magnitud de la afectación en las mujeres.

Las instituciones que se crearon como respuesta a la epidemia son la Comisión Nacional de Trabajo y Vigilancia, la División de ETS/SIDA dentro de la Secretaría de Salud, el Programa para los Trabajadores en su Sitio de Trabajo (PETSIDAH) —con participación de las Secretarías de Salud y Trabajo, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP)—. Por su parte, las iglesias católica, evangélica y anglicana integraron, en 1994, un Comité Cristiano Nacional de Lucha contra el SIDA. Las ONGs han experimentado un repunte, en casi todas las ciudades del país, y se han organizado en una red de ONGs cuyas actividades son exclusivamente preventivas.

*Gastos y flujos de financiamiento.* Para 1999, las fuentes generadoras de recursos aportaron un monto total de 317,251,428 lempiras (21.33 millones de dólares) para combatir al VIH/SIDA en Honduras; de este valor, el 53.8% corresponde al bolsillo (19) de los hogares, seguido por la cooperación externa que aportó el 28.4%, mientras que el gobierno central aportó el 16.5% del gasto total. Los gobiernos locales y las empresas como fuentes generadoras de recursos para el VIH/SIDA apenas contribuyeron con el 1.3% del total aportado por todas las fuentes.

Al considerar las entidades que captan recursos, la Secretaría de Salud se agenció en 1999, el 26.2% del total de los 317.2 millones de lempiras (21.33 millones de dólares), 83.2 millones de lempiras (5.59 millones de dólares) para destinarlos a la atención curativa y preventiva; otras entidades del sector público (IHSS, Secretarías de Trabajo, Educación, Universidad Pedagógica y PRAF) se agenciaron el 2.1%; los hogares, tipificados como fondo que obtuvo recursos de sí mismo, de las empresas y de los gobiernos locales, se agenciaron el 53.8% de todo lo movilizado por los diferentes agentes. Las ONGs, locales e internacionales, se agenciaron recursos por un monto total equivalente al 17.6% del total de recursos. Durante 1998, las ONGs canalizaron en servicios, principalmente de promoción y prevención, un monto total que equivale al 1.95% del gasto nacional en salud.

El fondo IHSS destina el 76% al propio instituto y el restante se dirige a ONGs. El fondo hogares destina el 40% a gasto en farmacias y el 32% a establecimientos privados. La Secretaría de Salud y las ONGs 0 re-

presentan un flujo de 97.9% del total movilizado por las diferentes entidades de cooperación para dedicarse con prioridad a la prevención.

La encuesta levantada entre los hogares afectados permitió identificar ciertas categorías de gastos donde los prestadores parecen ser prestadores informales de suministros médicos, presumiblemente medicamentos adquiridos a personas que viajan o personas que los obtienen por donación. Estas transacciones totalizan un monto de 36.5 millones de lempiras (2.45 millones de dólares) y es cubierto totalmente por el fondo de hogares.

En cuanto a las proporciones prevención/atención, del gasto total en VIH/SIDA el 28% se dedicó a la prevención, monto del cual un tercio fue ejercido por la Secretaría de Salud y otro tercio por las ONGs, dedicándole el IHSS apenas un 0.7%. El 70% del gasto total fue para cubrir gastos de tratamiento (hospitalario, ambulatorio y antiviral y otros servicios), para el cual las farmacias y establecimientos privados fungieron como prestadores en un 50% en total.

### **Comparación de los resultados en los cinco países**

Los estudios de cuentas nacionales y el análisis bajo una estructura matricial de los flujos financieros orientados a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA que se derivaron de éstos para cada uno de los países, intentaron describir, según la metodología desarrollada por FUNSALUD/SIDALAC, los siguientes flujos: a) de los recursos de fuentes a fondos (o agentes financieros); b) de fondos a instituciones prestadoras; c) de instituciones a programas; d) de instituciones a objetos de gastos; y e) de programa por objeto de gasto.

Los resultados que se obtuvieron en cada país están afectados entre otras razones, por el grado de disponibilidad de información en cada caso, la jerarquización de prioridades al interior de los sistemas sanitarios y del funcionamiento del mismo sistema de salud.

En América Latina los sistemas de salud no son homogéneos, y el grado de cobertura de la población varía enormemente, como se pudo observar en el capítulo anterior. En Brasil, la cobertura integral de asegurados en esquemas públicos (no asistenciales) es de 75%; en México es de 49.6%; en Honduras de 23.6% y de 19.5% en Guatemala (entre IGSS y Sanidad Militar). En Guatemala, además, 10% de la población está asegu-

rada dentro del sector privado. Uruguay es el único país del grupo en el que el esquema de seguro social es privado (IAMC), se accede mediante una cuota mensual de US\$50 y éste cubre al 50% de la población. Las personas de bajos recursos sólo pueden recibir algunos servicios básicos de atención a la salud por parte de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

***Información básica sobre los cinco países estudiados***

***CUADRO 4***  
***Estimaciones nacionales, 1998***

	Brasil	México	Guatemala	Honduras	Uruguay
Población (millones)	161.8	99.1	12.1	6.0	3.2
Casos SIDA acum.	128,821	38,390	2,839	11,364	1,400
Prevalencia del VIH en población general	0.63	0.35	0.52	1.46	0.33
Gasto total en salud per cápita (US\$)	\$417	\$160	\$65	\$48.6	\$560
Gasto total VIH/SIDA (en millones US\$)	\$435.8	\$124.6	\$11.9	\$22.1	\$21.2
Gasto en VIH/SIDA per cápita (US\$)	\$2.69	\$1.25	\$0.98	\$3.6	\$6.63
Gasto en VIH/SIDA sobre gasto en salud	0.6%	0.8%	3%	7%	1%

Fuente: *The National HIV/AIDS Accounts in Brazil, Guatemala, México & Uruguay: a tool for strategic policy planning.*

Carlos Ávila-Figueroa, Daniel Arán, Sergio Piola, Jorge Saavedra, Ricardo Valladares, and José Antonio Izazola. GSE-Guatemala, CEES-Uruguay, & SIDALAC-México.

Datos para Honduras: Cuentas Nacionales en VIH/SIDA, Honduras, 1997-1998.

## Nivel macroeconómico: las fuentes

Las fuentes de los fondos son las entidades que aportan los recursos financieros para la prevención y atención de la población VIH positiva y enferma de SIDA.

En Honduras y Uruguay (Cuadro 5), los hogares son la principal fuente de fondos para la atención y prevención del VIH/SIDA, mientras que en Brasil y México, el gobierno central es la entidad que suministra principalmente estos fondos. Solamente en Guatemala las empresas privadas son las que aportan la mayor proporción de fondos.

En el caso hondureño y uruguayo, el fondo hogares obtiene gran parte de los recursos monetarios gastados por parte de los propios hogares con personas afectadas. Aquí, el principal señalamiento es que las otras entidades deberían modificar sus patrones de gasto haciendo, por ejemplo, variar el destino de fuentes provenientes de la cooperación exterior o de sus propios recursos para aliviar la carga a los hogares.

*CUADRO 5*  
*Fuentes de financiamiento por país, 1998*

Fuentes	Brasil	México	Guatemala	Honduras	Uruguay
Fondos públicos	87 %	36%	16.5%	16.5%	30%
Hogares	0 %	34%	29.6%	53.8%	62%
Fondos externos	13%	2%	10.3%	28.4%	0.45%
Empresas privadas	0 %	28%	43.6%	0%	8 %
Empresas con gobiernos locales	0%	0%	0%	1.3%	0 %
Total	100%	100%	100%	100%	100%

En Brasil se consideraron únicamente los fondos públicos federales para la elaboración de las matrices, por no disponer de una contabilidad precisa en cuanto a fondos privados. Pero esta limitación no tuvo mayores consecuencias, debido a que en este país el sector público desempeña el papel predominante.

El aporte de fondos externos, en el caso de Guatemala, proviene de las ONGs internacionales.

Participación, por país, de los fondos públicos y privados en millones de dólares para la financiación de las estrategias optadas frente al VIH/SIDA:

*CUADRO 6*  
*Participación pública y privada en el gasto en VIH/SIDA*  
*(Millones de US dólares)*

Países*	Fondos públicos	Fondos privados	Total
México	105.7	18.9	124.6
Brasil	435.8	-	435.8
Uruguay	6.4	14.8	21.2
Guatemala	8.4	3.5	11.9
Honduras	10.2	11.9	22.1

\*El gasto de todos los países corresponde a 1998 y de Honduras a 1999.

### **Agentes financieros**

Las agencias que canalizan y gestionan recursos son generalmente, en el sector público, el Ministerio de Salud y el seguro social; en el sector privado, los hogares, las empresas, las ONGs y la cooperación externa.

Principales movimientos de fondos a agentes, en cada país, por orden de importancia en cuanto a monto total de recursos:

#### México

- Los fondos de la fuente pública federal se distribuyen totalmente entre el seguro social (50.1) y los institutos para la población “abierta” o no asegurada.
- En el sector privado, la mayor fuente, empresas, transfiere todo para la seguridad social.
- Los hogares transfieren poco más de 40% para la seguridad social y 52% para el pago directo de servicios privados.

## Guatemala

- La fuente más importante es la de empresas y dirige sus recursos a las ONGs (45%) y al seguro social IGSS (31%).
- La segunda más importante es la de hogares; éstos transfieren un tercio al seguro social y el resto al gasto directo de bolsillo.
- El gobierno transfiere todo al seguro social y al Ministerio de Salud.

## Uruguay

- La fuente mayoritaria hogares (62%) transfiere la mitad de los fondos a farmacias privadas y el 36% al seguro social privado.
- El gobierno central transfiere todo al MSP y a los institutos para la población abierta.
- Las empresas transfieren todos sus recursos al Banco de Previsión Social.

## Brasil

- La fuente pública federal transfiere 97% de los fondos al Ministerio de Salud y una mínima parte a través de organismos de la ONU.
- La cooperación externa transfiere una mitad al Ministerio de Salud Pública y la otra mitad a través de agencias de la ONU.

## Honduras

- La fuente hogares, que representa el 53.8% de todas las fuentes, dirige sus recursos a hogares en un 99.2% y lo poco que resta es para el IHSS.
- La cooperación externa transfiere a ONGs el 50% y a la seguridad social el 30%.
- La fuente gobierno transfiere casi todo al seguro social y una pequeña parte a hogares (3.5%).

*CUADRO 7*  
*Tipo de servicio, por país, 1998*  
*(En miles de US\$)*

	Prevención	Atención
México	28.8%	66%
Brasil	9.6%	80.1%
Uruguay	35.8%	51%
Guatemala	14.6%	70%
Honduras	28%	65%

Los patrones de gasto señalan que la prioridad que se está dando a los servicios de tratamiento y la presión social para la atención en tratamiento anti-retroviral (TARV) es cada vez más grande. La parte más importante de los recursos públicos en los cinco países, ha sido dirigida al gasto en tratamiento: 80.1% en Brasil, 68% en Guatemala y en Honduras, 66% en México, y 62% en Uruguay. En general, además, la mayor parte de los recursos para prevención la absorbe la detección de VIH y la compra de condones, y restan muy pocos recursos para las campañas preventivas, la educación en grupos específicos de la población.

El porcentaje de gasto público en prevención en Uruguay, el más alto de los cinco países, debe relativizarse porque incluye una fuerte compra de preservativos por parte de la población directamente por US\$6,885.

### **Gastos de tratamiento y acceso a medicamentos ARV**

La terapia anti-retroviral, lejos de ser universal, ocupa un papel mayoritario en el gasto total para tratamiento. Solamente en Brasil el tratamiento es obligatorio y gratuito en el caso de personas afectadas, pero no es así en Honduras, por ejemplo. En Uruguay se hace el tratamiento ARV al 100% de los pacientes según criterio de los médicos y en los casos de primoinfección por VIH, accidentes laborales, embarazadas VIH+ y etapa de SIDA enfermedad. En Guatemala esta cobertura es reciente (fines de 1997). En México, la terapia anti-retroviral se proporciona casi exclusivamente a la población afiliada a la seguridad social.

La terapia anti-retroviral representa el 75% de los gastos en Brasil. Según los recursos federales aplicados a la prevención y tratamiento del SIDA por categoría de gasto en 1997, los medicamentos ocupan el 51% del total gastado. El Ministerio de Salud es el principal prestador del servicio en cuanto a medicamentos (en un 99.6%).

En Honduras, donde el nivel de prevalencia de VIH es superior a los demás países del grupo estudiado, quienes asumen el costo total por terapia anti-retroviral son los hogares primero (77.3%) y una parte está financiada por fuentes externas (22.7%).

El costo para la terapia anti-retroviral ocupa el 52% de los gastos de tratamiento en Guatemala. Para este país, el gasto en medicamentos tiende a ser uno de los mayores retos de la respuesta al VIH/SIDA. De los US\$11.9 millones que se gastó para la atención al SIDA en 1998, el 38% fue para terapias anti-retrovirales y el sector público se asumió como proveedor en un 70%, el resto correspondió a las ONGs (17%) y a los hospitales privados (13%).

En México el acceso a la terapia anti-retroviral cubre al 55% de los que actualmente viven con SIDA. En 1997, se ideó además un mecanismo público (FONSIDA) para tratar de brindar ARV a personas afectadas sin seguridad social, pero sólo cubre a los casos pediátricos y a mujeres embarazadas.

En Uruguay, el gasto en medicamentos es el más significativo, 43.5%; dentro de esta categoría, el 70% son medicamentos específicos.

## Apéndice. Antecedentes de las Cuentas en Salud

### *Cuentas Nacionales y Cuentas en Salud*

La información —completa y confiable— sobre gasto en salud se ha vuelto importante para los analistas de políticas de salud. La medición precisa de las tendencias de gasto es necesaria para analizar la efectividad de la intervención fiscal y la evolución del sistema. (20) En muchas naciones, el crecimiento del financiamiento privado y la prestación privada de servicios de atención ha generado una demanda de información confiable sobre la actividad del sector privado, información que usualmente no está disponible en los datos de fuentes gubernamentales. De hecho, incluso la integración de todos los gastos públicos en salud resulta difícil en algunos países. Lo que se necesita es un formato sistemático para estimar y presentar la información sobre los gastos de salud del país. Un formato de esta naturaleza, que utiliza datos de diversas fuentes para verificación cruzada de la validez de cada cual y de las estimaciones de gasto resultantes, se denomina Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Varios proyectos del Banco Mundial, o bien incluyen un componente para desarrollar una estimación de CNS o tienen tal desarrollo como condición para el desembolso de un préstamo.

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) es un punto de partida lógico para desarrollar las CNS. Así como las CNS proveen un marco para captar y presentar información sobre el sector salud, el SCN proporciona un marco para la medición del producto interno bruto (PIB). Al hacerlo, el SCN establece definiciones de actores, límites y valoraciones que son importantes para las CNS.

Está vigente la versión 1993 del SCN. En esta versión se acepta que el enfoque global puede ser insuficiente para capturar toda la información que se necesita en comparaciones entre países. Por ello, admite y alienta el desarrollo de *cuentas satélite*, que “atienden la necesidad de extender la capacidad analítica de las cuentas nacionales para áreas seleccionadas de interés social, de una manera flexible, sin sobrecargar ni desviar el sistema central”. (21)

El uso de las prácticas y convenciones de la contabilidad social para las CNS puede significar una mayor precisión en los resultados. La técnica de duplicar la medición, realizando la estimación desde dos

perspectivas diferentes (por ejemplo, de proveedores y consumidores) para luego reconciliarlas, se encuentra entre lo mejor de estas prácticas. Sin embargo, lo que distingue a las CNS de otras presentaciones de información es que las CNS utilizan matrices para estimar y mostrar el origen y destino de los recursos. El SCN utiliza una presentación de cuenta-T, mostrando cifras consolidadas. Una cuenta-T ilustrativa se aparece en el Cuadro 8. La cuenta-T es un resumen útil del sector salud pero no logra mostrar aspectos importantes de la estructura del sector. Una presentación más útil se muestra como una matriz en el Cuadro 9. La presentación matricial comparte más información sobre el sector y configura un marco conveniente para también estimar las entradas.

*CUADRO 8*  
*Presentación hipotética de CNS utilizando cuenta-T*

Ingreso		Gasto	
Instituciones	300	Gobierno	200
Médicos	200	Aseguradoras	200
Farmacias	50	Pacientes	150
	550		550

*CUADRO 9*  
*Presentación matricial hipotética de CNS*

	Total	Gobierno	Aseguradoras	Pacientes
Total	550	200	200	150
Instituciones	300	100	150	50
Médicos	200	100	50	50
Farmacias	50	0	0	50

Dado que las matrices son aspectos centrales para la estimación de CNS, deben comprenderse con claridad los términos utilizados.

Las matrices muestran dos dimensiones: en el ejemplo anterior, una dimensión eran los proveedores (filas 3, 4 y 5) y otra eran las fuentes de recursos (columnas 3, 4 y 5). La matriz está compuesta de celdas que muestran el cruce entre las dos dimensiones (filas y columnas); por ejemplo, en el Cuadro 9 la celda donde interseca la columna de aseguradoras y la fila de médicos indica que estos recibieron de las aseguradoras 50 unidades monetarias en el periodo bajo análisis. Cada fila y cada columna tienen un total parcial; ambos convergen a una celda de gran total, que es el toque de prueba de la corrección de la matriz.

En las Cuentas Nacionales de Salud, el primer paso consiste en identificar las dimensiones del sistema que son de interés para formuladores y analistas de política. Las dimensiones pueden incluir:

- Servicios o bienes
- Proveedores
- Insumos/factores
- Características de usuarios
- Pagadores/agentes financieros
- Fuentes de ingreso del agente
- Regiones geográficas
- Y otras más

### ***El enfoque de Harvard (22)***

Por muchos años se ha propuesto una variedad de guías y formatos para recolectar datos sobre gasto nacional en salud en los sectores público y privado. (23) Algunos sugieren que esta información sea recolectada como una extensión de la contabilidad nacional. (24) Otros proponen usar elementos de la contabilidad del ingreso nacional con el fin de preservar la compatibilidad mientras se estén preparando estimaciones separadas para el sector de la salud a ser usadas en el diseño de políticas. (25) La mayoría de los autores están de acuerdo en que un grupo estándar de definiciones de actividades de salud y de categorías de gastos para los diferentes países incrementaría la utilidad de la información para los formuladores y analistas de política nacionales tanto como internacionales.

Peter A. Berman, PhD, profesor asociado de Economía Internacional en Salud en la Escuela de Salud Pública de Harvard, desarrolló una metodología para la estimación de las cuentas nacionales en salud, con el apoyo de los proyectos *Data for Decision Making* y *Partnership for Health Reform*, ambos auspiciados por la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional. El doctor Berman tuvo oportunidad de poner en apli-

cación la metodología en Egipto, Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana, Nicaragua, El Salvador y Guatemala. A partir de esas experiencias, con el apoyo antes indicado, y en coautoría con David M. Cooper, desarrolló un programa computacional para registrar y organizar los datos de las CNS.

El sistema propuesto no posee deficiencias y categorías estándares; éstas deben ser determinadas a través de una combinación de consenso y debate nacional e internacional. El programa provee, sin embargo, un sistema analítico que consiste de tres elementos esenciales:

- Requiere del cálculo y la presentación de estimaciones nacionales a través de una matriz de fuentes y usos.
- Permite la desagregación extensiva de las fuentes de gastos más allá de la categoría general de “pública” y “privada”.
- Entrega un marco sistemático para definir los usos de acuerdo con varias clasificaciones importantes y que son mutuamente excluyentes.

El enfoque de las matrices requiere que todos los gastos estimados por las distintas fuentes sean asignados a usos específicos, por ejemplo, todos los gastos en hospitales gubernamentales deben ser atribuibles a fuentes específicas. Los totales y subtotales deben sumar y ser consistentes.

La necesidad de conocer en una forma integrada quién paga, cuánto, y para qué, en vez de simplemente separar el quién del qué, conduce a analizar el flujo de los fondos a través del sistema de atención de la salud. Para tales fines se introduce una categoría intermedia, “agentes financieros”, que tiene en cuenta la división entre la financiación y la provisión de servicios. Los cuadros del flujo de fondos permiten al usuario examinar a simple vista las distribuciones de financiamiento y la provisión en sistemas de salud.

El sistema de CNS propuesto consta de cinco matrices:

- De las fuentes a los agentes financieros.
- De los agentes financieros a los proveedores.
- De los agentes financieros a funciones específicas.
- De los agentes financieros a tipos de gasto.
- De los agentes financieros a regiones, provincias o grupos humanos.

### ***El Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE***

Los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) aportan información sobre gastos en salud al “Archivo de Datos en Salud”, donde un conjunto de datos disponibles en los países son ajustados para integrar los gastos nacionales en imágenes comparativas a escala internacional. Por la dispersión entre clasificaciones, durante mucho tiempo se concentró el esfuerzo en unos cuantos agregados que sintetizaran la situación y fueran compatibles para un análisis cruzado:

- Gasto total en salud
- Gasto público en salud
- Gasto total y público en atención hospitalaria
- Gasto total y público en servicios médicos ambulatorios
- Gasto total y público en productos farmacéuticos
- Gasto público en bienes de capital para el cuidado médico

Adicionalmente, se calculaban índices de precios, índices de atención y servicios, ambos conjuntos de índices con propósitos de ajuste a la comparación internacional. También se exploró la preparación de indicadores de protección social (cobertura de diferentes costos), la utilización de servicios médicos y la disponibilidad de recursos humanos, así como datos básicos de corte demográfico, económico y epidemiológico. (26)

A principios de 2000, la OCDE publicó en Internet la versión beta del “Sistema de Cuentas en Salud”, que persigue generar un conjunto de categorías que:

- Guarden compatibilidad con las reglas contables y clasificaciones del Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN93) y otras convenciones/estándares de clasificación adoptados y promovidos por el Sistema de Naciones Unidas.
- Adquieran vigencia en los países integrantes de la OCDE, y previsiblemente se incorporen a los estándares nacionales de países en desarrollo que tengan la capacidad de producir y mantener periódicamente las cifras de gasto público y total.

Por ello, el manual publicado provee “un conjunto integral, consistente y flexible de cuentas. Establece una base conceptual de reglas

de reporte estadístico y propone una innovadora *Clasificación Internacional de Cuentas de Salud* (ICHA por sus siglas en inglés) la cual cubre tres dimensiones: atención de salud por funciones de atención; proveedores de servicios de atención en salud; y fuentes de financiamiento”. (27) Estos tres ejes dan origen a clasificaciones correspondientes (que han sido adaptadas en esta guía para su aplicación específica en VIH/SIDA) dentro de la clasificación internacional (ICHA) y que definen:

- Atención de salud por función (ICHA-HC).
- Industria proveedora de servicios de atención (ICHA-HP).
- Fuentes de financiamiento de la atención en salud (ICHA-HF).

Las CNS, en el estándar propuesto por OCDE, tratan de responder tres preguntas:

- De dónde proviene el dinero (fuentes de financiamiento).
- A dónde va el dinero (proveedores de servicios y bienes de salud).
- Qué clase de servicios (definidos por función) son ejecutados y qué tipos de bienes son comprados.

Como puede apreciarse, los “agentes financieros” o “fondos” del enfoque de Harvard no aparecen en el Sistema de Cuentas en Salud de la OCDE, y las entidades consideradas generalmente intermediarias son a menudo incluidas como fuentes de financiamiento en el manual. Esta diferencia es explicable utilizando la tipología de sistemas de salud presentada antes en la introducción. La mayoría de los países europeos presenta una diversidad de funciones y proveedores que se alimentan de un número limitado de “pagadores” o agentes financieros. Estados Unidos (y muchos países latinoamericanos) tienen una excesiva dispersión en compradores de servicios, tanto fuentes originarias de los fondos como intermediarios financieros; a esto se ha llamado sistema pluralista. Por ello se enfatiza separar las entidades de salud en funciones de financiamiento (agentes) y provisión (proveedores).

Sin embargo, varios países latinoamericanos aunque tienen una multiplicidad de agentes financieros, frecuentemente tienen traslape institucional entre las funciones de financiamiento y provisión, es decir, tales funciones no se han convertido en una forma de especialización organizativa.

### ***Cuentas en Salud de la OMS: CNS-2000***

La Organización Mundial de la Salud publicó recientemente, en su sitio en Internet, un reporte para discusión donde presenta las estimaciones de Cuentas Nacionales de Salud 1997 para 191 países del mundo. (28) Se menciona en el informe que solamente una décima parte de los países afiliados a la OMS poseen un suministro recurrente de cifras financieras en salud. Para acelerar la apropiación e institucionalización de las CNS en el resto de los países del mundo que carecen de una herramienta para monitorear el gasto y financiamiento en salud, la OMS está proveyendo un conjunto básico de indicadores de CNS a los 191 países miembros denominado CNS-2000.

Entre los resultados más notables de la estimación para 1997 se encuentra la brecha mundial del gasto en salud: el 15% de la población mundial —que habita en países de ingreso elevado— gasta el 75% del gasto global en salud.

La noción de “gasto en salud”, en este informe, es equivalente a la suma de los consumos e inversiones en bienes y servicios de salud. La estimación de CNS depende de una identidad muy conocida:

$$\text{Valor} = \text{Cantidad (volumen)} * \text{Precio}; \text{ es decir: } V = Q * P$$

El valor representa el gasto total ejercido; la cantidad representa una lista de todos los tipos de servicios o bienes en la cantidad en que han sido proveídos a los usuarios finales; el precio representa una lista de los tipos de bienes o servicios al precio que son suministrados por los diferentes tipos institucionales de proveedor.

El *gasto público en salud* se refiere a gastos por los que paga una entidad de gobierno, sea ésta central/federal, regional/estatal/provincial, local/municipal e instituciones de seguridad social con afiliación obligatoria para un segmento de población determinado. También se incluye un nivel supranacional para considerar flujos de, por ejemplo, la Unión Europea hacia los sistemas de salud de Irlanda o Grecia. Los flujos de recursos externos, importantes para muchos países, fueron contabilizados dentro del gasto público o no gubernamental. También se incluyeron los subsidios a proveedores o las transferencias de gobierno a los hogares por reembolso de gastos médicos.

El *gasto privado en salud* integra los pagos de empresas para la atención de sus empleados, gastos de las instituciones sin ánimo de lu-

cro que atienden hogares, de las organizaciones no gubernamentales y de los hogares mismos. El componente más voluminoso del gasto privado en países de ingreso mediano y bajo fue el gasto directo de bolsillo, el cual se obtiene con frecuencia como diferencia entre el consumo privado total en bienes y servicios médicos menos los seguros privados de salud.

Entre las varias expectativas que CNS-2000 ha generado, se cuenta el interés de los países latinoamericanos por tener una participación más activa en el proceso de estimación. A tales efectos se han desarrollado actividades de capacitación en alianza con organizaciones de esta región hemisférica, y existe el propósito de generar materiales técnicos para la adaptación de las categorías de CNS-2000, que se basan en las de OECD, a las características de los sistemas contables nacionales y de salud en América Latina.

Las guías en VIH/SIDA aprovechan las experiencias previas y los trabajos que desde la frontera de estos desarrollos han sido auspiciados por OECD y OMS, dado que tienden a convertirse en estándares internacionales y por ello pueden ser apropiados e institucionalizados por los países con suficiente anticipación.

## Referencias y notas

1. Izazola-Licea JA, Jorge A. S. Lopez, Jeffrey Prottas, and Donald S. Shepard. 1998 "Expenditures on the treatment and prevention of HIV / AIDS in Mexico". In: *Confronting AIDS: Evidence from the developing world. Selected background papers for the World Bank Policy Research Report*. Martha Ainsworth, Lieve Fransen, Mead Over (Eds.). The European Commission and The World Bank, Washington, D.C., 1998.
2. WHO/PAHO/UNAIDS, 2000. AIDS Surveillance in the Americas. Biannual Report. WHO/PAHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. May, 2000.
3. Gonzales, E, 1998. Implicaciones económicas de la epidemia del VIH/SIDA y racionalidad económica para la prevención. En: *El SIDA en México: Oportunidades de la Sociedad Civil para disminuir su impacto*. Cuadernos FUNSALUD No. 30. México: FUNSALUD, 1998. Pp. 97-114.
4. UNAIDS, 2000. The business response to HIV/AIDS. Impact and lessons learned. UNAIDS. The Prince of Wales Business Leaders Forum and Global Council on HIV and AIDS. Geneva and London, 2000.
5. UNAIDS/WHO, 1999. AIDS epidemic update December 1999. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organisation (WHO), Geneva, 1999.
6. Izazola, JA, 1998. Una actualización sobre el conocimiento acumulado sobre el VIH/SIDA: Visión de conjunto. En: *El SIDA en México: Oportunidades de la Sociedad Civil para disminuir su impacto*. Cuadernos FUNSALUD No. 30. México: FUNSALUD, 1998.
7. Avila Figueroa C, 1998. La epidemia del VIH/SIDA en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina. En: *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. JA Izazola-Licea, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA, 1998.
8. Lopez, JAS, *Economía y SIDA en América Latina*. En: *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. JA Izazola-Licea, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA, 1998.
9. UNAIDS/WHO. Level and flow of national and international resources for the response to HIV/AIDS, 1996-1997. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organisation (WHO), Geneva, 1999.

10. Entre otros, Soderlund N *et al.* (1993) The cost of HIV prevention strategies in developing countries. *Bulletin of WHO*, 71 (5): 595-604. Over M and Kutzin J. The Direct and Indirect Costs of HIV Infection: Two African Case Studies. *Postgraduate Doctor Middle East 1990*; Scitovsky A and Rice D. Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986 and 1991. *Public Health Rep* 1987; 102:5-17. Galia S *et al.* The Epidemiologic, Social and Economic Impact of HIV/AIDS in three Central American Countries: A Country-specific and Regional Analysis. XI International Conference on AIDS, Yokohama 1994.
11. Por ejemplo, Gilson L *et al.* Cost-effectiveness analysis of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997; 350 (27):1805-1810. Foster S and Buve A. Benefits of HIV screening of blood transfusions in Zambia. *Lancet*; 346:225-7. Kahn J. The cost-effectiveness of HIV prevention targeting: how much bang for the buck?. *American Journal of Public Health*; 86 (12):1709-12.
12. Algunas de estas metodologías se incluyen en la página de “Best Practices” de ONUSIDA, en relación con el Análisis de la eficacia en función del costo y VIH/SIDA (actualizada a agosto de 1998). Entre ellas, Kumaranayake *et al* (1998) Costing Guidelines for HIV/AIDS prevention strategies. Programa de Economía y Financiación de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Scitovsky A and Over M (1998) AIDS: cost of care in the developed and developing world. *AIDS*; 2(suppl 1):S71-S81. Holtgrave DR *et al* (1996). Economic evaluation of HIV prevention programs. *Annual Review of Public Health*; 17:467-88. Simpson KN (1995) Design and assessment of cost-effectiveness studies in AIDS populations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*. 10(suppl 4): 528-532.
13. Murray, JL Evans DB Acharya A and Baltussen RBPM. Development of WHO Guidelines on Generalised Cost-Effectiveness Analysis.
14. WHO, 1993. Evaluation of recent changes in the financing of health services: Report of a WHO study group. WHO technical report series: 829. Geneva, 1993.
15. Se ha completado una primera estimación en Uruguay, México, Brasil y Guatemala; está en proceso en Honduras, República Dominicana y Perú. En los próximos meses iniciará en otros diez países de la región latinoamericana.

16. Las clasificaciones de fuentes, proveedores y funciones, de acuerdo con el Manual del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la Unidad de Política de Salud de la OECD, se presenta en el Módulo 1. Organización y Montaje.
17. Honduras, 2000. Cuentas Nacionales de Salud. Módulo Gobierno Central. Año Base estudio 1998. Secretaría de Salud: Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. Pag. 15.
18. Honduras, 1999. Salud en Cifras 1995-1997. Secretaría de Salud. Op. Cit. Pag. 7.
19. En la estimación del gasto nacional en salud en 1998, los hogares resultaron contribuir, como fuente, en un 39% del total del gasto nacional. La epidemia del VIH-SIDA presenta un patrón muy diferente de gasto por la letalidad y/o riesgo atribuida a esta enfermedad.
20. Esta sección sigue de cerca el documento original de Waldo, DR (May, 1996): Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries. Human Development Department. World Bank. Draft.
21. System of National Accounts 1993. 21.4
22. Esta sección se basa principalmente en Berman, PA y DM Cooper (1996) Manual del Usuario de Cuentas Nacionales de Salud. Data for decision Making Project, Boston, MA: Harvard School of Public Health.
23. Entre ellos: Abel-Smith, B (1967). An International Study of Health Expenditure and Its Relevance for Health Planning. Health Paper No. 32. Geneva, World Health Organization. Zschock DK (1979) Health Care Financing in Developing Countries. Serie Monográfica No. 1. Washington DC: American Public Health Association. Mach EP y B Abel-Smith (1983) Planning the Finances of the Health Sector: A Manual for Developing Countries. Geneva, World Health Organization. Foulon A (1982) Proposal for a Homogeneous Treatment of Health Expenditures in the National Health Accounts. *The Review of Income and Wealth* 28:45-70.
24. Reflejan esta opinión: Abel-Smith B (1993) Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in Six Countries. Public Health Papers No. 17. Geneva: World Health Organization. Cumper, GE; M Chia y D Tarantola (1978) Expenditure on Health in Bangladesh, 1976. Annex 1. Geneva: World Health Organization.
25. Esta es la posición de Berman, como se aprecia en: Rannan Eliya, RP y PA Berman (1993) National Health Accounts in Developing Coun-

- tries: Improving the Foundation. DDM Publication No. 2. Boston MA: Harvard School of Public Health. Berman PA (1996) National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. Data for decisión Making Project and Partnership for Health Reform. Boston MA: Harvard School of Public Health.
26. Estos y otros desarrollos (como la relación entre gasto y resultados del sistema, así como la satisfacción del usuario como función del gasto en salud) fueron descritos en Berman, PA y DM Cooper (1996) Manual del Usuario de Cuentas Nacionales de Salud. Data for decisión Making Project, Boston, MA: Harvard School of Public Health.
  27. OECD (2000). A System of Health Accounts for International Data Collection. Version 1.0. Beta version for publication and pilot implementations. Draft, 28-1-2000. Geneva: OECD Health Policy Unit.
  28. Poullier J-P y P Hernandez (2000). Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997. GPE Discussion Paper Series: No. 27. EIP/GPE/FAR, Geneva: World Health Organization.



## 8. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA E INVESTIGACIÓN EN CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA: AVANCES EN LA REGIÓN LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE

*Mario Bronfman\**  
*Cristina Herrera\*\**

### **Introducción**

El avance del VIH/SIDA en la región latinoamericana, en un contexto de recursos limitados y de mayores posibilidades de participación social, plantea importantes desafíos a nuestras sociedades para producir respuestas estratégicas y efectivas ante la epidemia.

El área de trabajo relacionada con el impacto socioeconómico del VIH/SIDA, la movilización y asignación de recursos por parte de los gobiernos y la necesidad de una planificación estratégica coordinada, multisectorial y participativa para articular una respuesta nacional más efectiva ante la epidemia, es de desarrollo relativamente reciente en nuestra región. Los avances presentados con ocasión del Foro Latinoamericano y del Caribe en ETS/VIH/SIDA (Forum 2000) llevado a cabo recientemente en Brasil, sin embargo, demuestran que esta área de preocupación ya ha ganado un espacio indiscutible y definitivo en la región. Los estudios de Cuentas Nacionales, llevados a cabo por SIDALAC con el objetivo principal de analizar la manera en que se utilizan los recursos para VIH/SIDA a nivel nacional en la región y de ese modo producir información relevante para la toma de decisiones, han sido impulsados formalmente en veinte países, a partir de 1999. Constituyen una herramienta clave, tanto de *advocacy* como de insumo para el diseño de políticas públicas dirigidas a VIH/SIDA. La planificación estratégica, como una necesidad urgente ante

\* Director del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud (CISS) y Coordinador del Centro Colaborador de ONUSIDA en el Instituto Nacional de Salud Pública; Coordinador de la Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en VIH/SIDA (REDPES).

\*\* Investigadora asociada al CISS, colaboradora en la Coordinación de la REDPES, Centro Colaborador de ONUSIDA, en el INSP.

el escaso impacto que demostraron tener procesos normativos y verticales de planeación, también fue impulsada de manera reciente, hace menos de cuatro años. Los estudios de cuentas nacionales y la planificación estratégica están estrechamente relacionados. Comparten al menos dos rasgos: por una parte su centro de atención, aunque no la única preocupación, es la respuesta nacional gubernamental a la epidemia de VIH/SIDA, y por otra, buscan revisar críticamente, maximizar y crear mecanismos estratégicos que amplíen esa respuesta, ordenando el problema a atender según prioridades. Paralelamente, en la región han venido surgiendo importantes iniciativas y experiencias que tienen a ambas preocupaciones entre las más urgentes; es el caso de la creación del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en 1995, que inspirado en el concepto innovador que le da su nombre, reúne a los tomadores de decisiones de mayor nivel en el tema de ITS/VIH/SIDA en la región, con el principal objetivo de fortalecer las capacidades de gestión de los programas nacionales de prevención y control de la epidemia, a través de la cooperación técnica entre iguales. Una confluencia de procesos sociales, económicos y políticos —junto con el claro avance de la epidemia— anteceden y enmarcan estas iniciativas en la región: por una parte, las políticas de ajuste estructural, con el redimensionamiento del papel del estado y las consecuentes reformas al sector salud, y por la otra, la democratización progresiva de las sociedades latinoamericanas, con un papel mucho más activo de la sociedad civil y un rol cada vez más clave de la información en el desarrollo de políticas públicas. Este contexto plantea grandes desafíos, pero también nuevas oportunidades para articular una respuesta más creativa, integrada y participativa ante la epidemia. Prueba de ello, es que han comenzado a formarse redes regionales de trabajo y a tenderse puentes entre ellas, lo que permite pensar en un futuro donde la cooperación técnica será un elemento clave para articular respuestas más efectivas en la región.

La planificación estratégica, como proceso dinámico que trasciende la elaboración de un plan estratégico nacional, abarca varios pasos inter-conectados y no necesariamente lineales, que esquemáticamente podrían distinguirse como los momentos de análisis de situación, análisis de la respuesta, elaboración de un plan estratégico, movilización de recursos, implementación del plan, acompañamiento y evaluación. Se trata de un proceso participativo que moviliza a los actores clave, para producir una respuesta multisectorial a la epidemia, en algunos contextos, descentralizada. Desde esta concepción, la relación entre planificación

estratégica e investigación en cuentas nacionales es de ida y vuelta, y constituye un buen ejemplo de posible y prometedor vinculación entre investigación académica y elaboración de políticas públicas.

Los estudios de cuentas nacionales forman una parte fundamental de lo que en planificación estratégica se identifica como fase de análisis de la respuesta, al ofrecer información sólidamente fundamentada sobre la manera en que el gobierno está gastando sus recursos y la cantidad de los mismos que destina a salud y específicamente a VIH/SIDA, en comparación con el aporte de otros sectores. Esto es un indicador de la priorización que establece el gobierno de los problemas de salud pública y de la voluntad política para resolverlos, pero también es un termómetro de cómo se encuentra la sociedad civil, que es un factor importante de visibilización de problemas e incluso de respuesta a ellos cuando el gobierno no lo hace de manera suficiente. También permiten evaluar, después del proceso de planificación estratégica, si esta respuesta se ha modificado y en qué sentido. A su vez, el enfoque de planificación estratégica puede aportar a los estudios de Cuentas Nacionales una forma de ordenar el problema de estudio y de enfocar el análisis.

### **Desarrollos previos al Forum 2000**

Los avances que se vienen registrando desde hace un tiempo en esta área, se relacionan directamente con algunas iniciativas de trabajo en red, entre las más relevantes la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) que conjunta a la Red SIDA y Economía para América Latina (SEAL), la Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en VIH/SIDA (REDPES) y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), junto con redes de organizaciones civiles que tienen al *advocacy* y a la colaboración entre sociedad civil y gobierno como uno de sus objetivos principales, y que se incorporan de manera comprometida a procesos de planificación estratégica nacional o temática. La oficina de ONUSIDA para América Latina y el Caribe y en algunos casos los Grupos Temáticos de diferentes países, han sido un factor importante de impulso y apoyo a estas y otras iniciativas regionales.

Como red de individuos con experiencia y trabajo en planificación estratégica, la Red Latinoamericana y del Caribe de Planificación Estratégica en SIDA (REDPES), funciona desde hace más de dos años ofre-

ciendo apoyo y asesoría técnica a los países de la región latinoamericana y del Caribe que están desarrollando procesos de planificación estratégica en VIH/SIDA o que desean iniciarlos. Sus principales interlocutores, en esta tarea, son los Programas Nacionales de SIDA (PNS) de los diferentes países de la región. En algunas áreas o países, trabaja en sociedad con otras iniciativas que tienen a la planificación estratégica como uno de sus componentes principales, como es el caso del proyecto PASCA\* en Centroamérica y del GCTH\*\* en diferentes países. También trabaja en estrecha colaboración con el proyecto ACAT de la red regional ASICAL para HSH\*\*\*. La REDPES ha estado funcionando desde hace dos años, apoyada en la infraestructura del Instituto Nacional de Salud Pública de México, donde forma parte de las actividades del Centro Colaborador de ONUSIDA, quien aporta parte de los recursos para su funcionamiento. Desde entonces la REDPES ha dado asesoría técnica directa a varios países de la región latinoamericana y ha ofrecido un espacio para discutir, enriquecer y mejorar el trabajo en planificación estratégica que realizan sus miembros, ya sea como representantes de la REDPES, en colaboración con otras iniciativas, o de manera individual. La REDPES ha contribuido, con el trabajo de sus miembros, a que varios de los programas nacionales o sectoriales de SIDA de la región muestren notables avances en sus procesos de planificación estratégica, desde una visión multisectorial y participativa: once de los países que integran la región cuentan ya con planes estratégicos finalizados, tres han completado la fase de análisis de la situación y de la respuesta, siete están en proceso de hacerlo, uno ha recibido capacitación en planificación estratégica y existe también un proceso regional de planificación estratégica para el área del Caribe. Además, se ha avanzado en el proceso de planificación estratégica temática para HSH en varias subregiones.

En sus últimas reuniones de trabajo, la REDPES ha identificado como su principal objetivo para los próximos años, el ofrecer apoyo para la implementación de los planes estratégicos elaborados o en proceso, de

\* Proyecto Acción SIDA de Centroamérica patrocinado por USAID.

\*\* Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, formado por jefes y funcionarios de programas nacionales.

\*\*\* ASICAL es la Asociación para la Salud Integral de los Ciudadanos en América Latina. El proyecto ACAT (Advocacy, Capacitación y Asesoría Técnica) está dirigido al sector HSH (hombres que tienen sexo con hombres). Su sede actualmente está en Guatemala.

los distintos países o temas específicos en la región. Para ello se ha propuesto las siguientes prioridades de acción: 1. Creación y difusión de herramientas útiles de planificación estratégica; 2. Incremento de las capacidades gerenciales de los programas nacionales de VIH/SIDA y 3. Movilización de recursos.

Las principales estrategias a seguir, son: 1. La coordinación con otras iniciativas en la región como el GCTH y SIDALAC; 2. El apoyo en planificación estratégica a países y temas en proceso, y 3. El apoyo a la implementación de los planes estratégicos nacionales.

Algunas de las actividades ya realizadas y/o programadas son: a) Talleres de Gestión y Planificación Estratégica para jefes de programas nacionales, en colaboración con el GCTH, de los que se ha realizado uno —previo al Forum 2000— y está programado otro para el segundo semestre de 2001; b) Acercamiento y colaboración con la iniciativa SIDALAC, con participación en algunas de sus reuniones y talleres, uno de ellos realizado durante el Forum 2000; c) Diseño de talleres subregionales de planificación estratégica; d) Desarrollo de instrumentos de planificación estratégica y e) Acopio y difusión de materiales producidos en el tema (como los de autoevaluación de procesos gerenciales del programa ETS/SIDA de Brasil, o las guías de Monitoreo y Evaluación de ONUSIDA, para dar dos ejemplos).

Los instrumentos que la REDPES ha desarrollado o se encuentra en proceso de desarrollar, hasta el momento, son: un documento orientador para la implementación de planes estratégicos en VIH/SIDA, un estudio de caso que recoge la reflexión y experiencia de la propia red —ya terminados—, módulos de planificación estratégica temática para poblaciones vulnerables, un documento sobre mapeo político y estudios nacionales de caso, —en proceso de desarrollo.

La REDPES planea incrementar las potencialidades de su red electrónica a través del fortalecimiento de la Pagina Web y Foro electrónico de discusión, continuar con las misiones a países en procesos de planificación estratégica —de las que se encuentran programadas las de Venezuela y Barbados— y continuar la cooperación técnica con países de Centroamérica.

Un tema de reflexión que se ha planteado en la experiencia de trabajo de la REDPES y que requiere de mayor profundización es el que respondería a la pregunta ¿de quién es el plan estratégico?, es decir, aun cuando la respuesta obvia desde el punto de vista de la planificación es-

tratégica participativa y multisectorial sea “el plan es de todos aquellos involucrados en su elaboración, ejecución y seguimiento” es necesario definir de quién es la responsabilidad final y a quién se le piden cuentas sobre el funcionamiento del plan, en este marco. Parte de la respuesta ha sido formulada como un desafío para el accionar de la REDPES: el de dedicar mayores esfuerzos al fortalecimiento de las capacidades de gestión de los programas nacionales de la región, a fin de que mantengan un liderazgo fuerte y responsable, pero al mismo tiempo democrático, en este proceso.

La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) tiene como parte de sus objetivos apoyar el desarrollo de proyectos de investigación en la región que proporcionen información útil para la planeación estratégica en la prevención del VIH/SIDA y la atención de los afectados, así como brindar información que permita a los tomadores de decisiones desarrollar acciones efectivas en el control y combate a la epidemia. Recientemente SIDALAC y los Programas Nacionales contra el SIDA de Brasil, Argentina y México elaboraron tres estudios de caso que intentan describir con detalle el proceso de acceso a los medicamentos anti-retrovirales, tanto en la perspectiva de salud pública, como del análisis político y del financiamiento en salud. Esos casos fueron compilados en un libro que presenta de manera bien documentada como se ha enfrentado la problemática del VIH/SIDA en esos tres países, que por su población y grado de desarrollo resultan significativas y del mayor interés para las demás naciones del continente y de otros países en condiciones similares de desarrollo y de epidemia. El objetivo es aportar elementos para la planeación de políticas de salud más efectivas en el combate al VIH/SIDA, reconociendo la especificidad de la epidemia en cada subregión, e incluso en cada país de América Latina y el Caribe, y sobre todo, la especificidad de los sistemas de salud de cada país y su capacidad de respuesta.

Estos resultados forman parte de un proyecto de amplio alcance que la iniciativa SIDALAC ha impulsado, con el desarrollo de los estudios de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. El proyecto de Cuentas Nacionales desarrolló una metodología estandarizada para aplicar en una serie de proyectos llevados a cabo en 20 diferentes países de América Latina y el Caribe. Los estudios en cada país fueron diseñados para determinar de manera sistemática los niveles actuales y tendencias de gastos VIH/SIDA tanto en términos de tipo

de financiamiento (atención o prevención) como fuente (pública o privada, local o internacional). Además se distingue entre gastos en salud propiamente dichos y gastos sociales (cabildo, legislación, derechos humanos, albergues, aspectos éticos, etc.) El análisis desarrollado por este proyecto identifica aquellos puntos en los que podría hacerse una intervención crítica para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos en salud. La determinación de los niveles actuales de gastos y de fuentes de financiamiento en cada país muestra la manera en que está organizado el sistema de salud, documenta como se manejan los recursos en VIH/SIDA y apuntan a la posible necesidad de regulación del gobierno. La descripción de los flujos de fondos destinados a la lucha contra el SIDA también representa una clara evaluación de la respuesta nacional hacia la epidemia. Las estimaciones obtenidas, junto con información de otras fuentes, también proveen información clave para monitorear la adecuación de los programas de VIH/SIDA en curso, tomando en cuenta los sistemas nacionales de salud específicos de cada uno de los países. Además de generar información crítica para los procesos de toma de decisiones encaminadas a alcanzar una asignación efectiva de recursos dirigidos a actividades relacionadas con el VIH/SIDA en América Latina, este proyecto busca fortalecer la capacidad de análisis de esos flujos de recursos e institucionalizar estas estimaciones como una actividad cotidiana. Para estos estudios se trabajó en coordinación con el GCTH y se establecieron contactos con la REDPES para que ésta aproveche y utilice la información generada como insumo en sus misiones de asistencia técnica a países, de manera de hacer recomendaciones de reorientación del gasto en VIH/SIDA donde resulte pertinente.

Los estudios cuyos informes ya se han publicado (México, Brasil, Uruguay y Guatemala) permiten observar que las fuentes privadas de financiamiento han ganado progresivamente en importancia, aun cuando la principal fuente siga siendo la gubernamental. Actualmente, los gastos privados son en su mayor parte canalizados a la compra de medicamentos y atención a personas que viven con VIH/SIDA. Si bien los esfuerzos de prevención han logrado atraer mayores niveles de financiamiento de organizaciones locales e internacionales y los gobiernos reconocen su costo-efectividad, el patrón de gastos del sector público sugiere que las prioridades de los gobiernos son de atención, lo que se refuerza al constatar que la presión social por la provisión de tratamiento anti-retroviral desafía a los esfuerzos de prevención.

Estos estudios sugieren también, importantes conclusiones con respecto a la relación entre la efectividad de los programas de VIH/SIDA y las características estructurales de los sistemas de salud en los que operan. Señalan por ejemplo, que en aquellos sistemas de salud donde el ente rector juega un papel protagonista en la definición de políticas y donde los mecanismos de concertación y participación social garantizan un adecuado grado de aproximación entre el nivel de toma de decisiones y los restantes actores, los programas de VIH/SIDA tienen mayores posibilidades de contar con mayor apoyo político y por tanto un mayor nivel de éxito en el acceso a recursos, gestión y resultados.

Un problema crucial es la poca capacidad de los programas para generar y utilizar la información epidemiológica y por lo tanto una dificultad para jerarquizar prioridades y diseñar intervenciones estratégicas. La toma de decisiones basada en información epidemiológica apunta a que el patrón de propagación del VIH en América Latina es similar al de los países desarrollados: los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los consumidores de drogas inyectables que comparten agujas. Las prioridades actuales de salud van a ser siempre inadecuadas para hacer frente a las nuevas necesidades. Cuando las decisiones anteriores respecto a la fijación de prioridades ya dieron buenos resultados, nace un nuevo perfil epidemiológico que, a su vez, hace necesario proceder a una nueva evaluación de las prioridades y a un nuevo proceso de selección. Los marcos institucionales y jurídicos de salud establecen los límites dentro de los cuales es posible fijar y poner en práctica las prioridades, a menos que se tenga la intención de una reforma radical. Los elevados gastos recurrentes de funcionamiento de hospitales y los mecanismos predominantes de pago a proveedores, obedecen a la inercia presupuestaria, basados en el gasto retrospectivo y en el tamaño del hospital. En relación con el VIH/SIDA, el número de camas de hospital se encuentra en descenso en algunos países de la región, debido principalmente a la accesibilidad gratuita que han dado a los esquemas de tratamiento anti-retroviral para las personas que viven con VIH/SIDA.

### **Revisión de los avances presentados en el Forum 2000**

El área de Planificación Estratégica y Cuentas Nacionales en VIH/SIDA y temas vinculados, tuvo un espacio si no dominante, sí creciente y consoli-

dado, si se lo compara con anteriores eventos de este tipo en la región: se presentaron en total 22 trabajos, contando presentaciones orales y carteles, y existieron tres talleres dedicados a estas temáticas: uno de Gestión y Planificación Estratégica dirigido a jefes de programas nacionales de VIH/SIDA, organizado por el GCTH los días previos a la Conferencia, otro para presentar avances en los estudios de Cuentas Nacionales y una reunión de la Red de Planificación Estratégica dentro de la estructura de la Conferencia.

En cuanto a las presentaciones orales y/o carteles, llama la atención el predominio abrumador de trabajos presentados por Brasil, la gran mayoría dedicados a mostrar avances en la implementación descentralizada del Programa Nacional (SIDA II), apoyado en gran medida por el acuerdo de préstamo celebrado entre el Banco Mundial y el Gobierno de Brasil para acciones en VIH/SIDA. De los 22 trabajos, 16 pertenecen a Brasil, uno a Chile, uno a Perú, uno a Argentina, uno a México, otro a Honduras y uno más a la red ASICAL, de organizaciones de HSH y Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVS) de diferentes países de la región. Los temas, frecuencia de los mismos y países de origen de estas presentaciones pueden verse sintetizados en el cuadro que aparece en la siguiente página.

El taller de Gestión y Planificación Estratégica desarrollado por el GCTH estuvo dedicado a compartir experiencias, reflexiones, problemas comunes y necesidades entre los jefes de programas nacionales de diferentes países de la región. Su modalidad de trabajo combinó presentaciones orales, discusiones y talleres. Los temas abordados por las primeras fueron: 1. procesos de gestión de los programas nacionales como forma de calificar la respuesta a la epidemia de SIDA en América Latina, tomando como referencia los instrumentos de la planificación estratégica y 2. visión, avances y desafíos del proceso de planificación estratégica en América Latina. Los talleres fueron tres: 1. visión situacional de los usos de las herramientas y técnicas de gestión en la región con relación a su apoyo para una gestión más eficaz de los programas; 2. orientaciones y recomendaciones para rediseños metodológicos posibles, con la idea de retroalimentar los procesos que conducen los programas de ETS/VIH/SIDA y 3. contenidos, metodología, participantes, fechas y lugar para un 2° taller programado por el GCTH.

Se identificaron áreas conceptuales comunes para avanzar hacia una oferta más compartida de posibilidades técnicas y metodológicas, lo cual se espera enriquezca la elaboración de una agenda de trabajo que orientaría la acción de la REDPES y del GCTH de manera compartida.

Temas	Países	Frecuencia*
Gestión descentralizada. Nivel operativo (regional, estatal y municipal).	Brasil (8)	8
Participación y colaboración gobierno-sociedad civil en la gestión.	Brasil (3); Argentina (1)	4
Préstamo del BM	Brasil (4)	4
Monitoreo y evaluación (socioeconómica)	Brasil (2)	2
Coordinación multisectorial e inter-institucional.	Perú (1); Brasil (1)	2
Fases de la PE descentralizada (estatal, regional, municipal)	Brasil (1); México (1)	2
Relación del PNS con Sistema de Salud	Brasil (1)	1
Sistema de comunicaciones como parte del Plan Estratégico Nacional	Chile (1)	1
Cooperación externa del PNS-Cooperación Técnica Horizontal	Brasil (1)	1
Planificación Estratégica Temática (HSH)	ASICAL (1)	1
Sistema de información para seguimiento y evaluación de planes operativos anuales (todos los niveles de ejecución)	Brasil (1)	1
Desempeño físico y financiero del PNS	Brasil (1)	1
Negociación del PNS y sus características	Brasil (1)	1
Programación para la implementación	Brasil (1)	1
Impacto socioeconómico del VIH/SIDA	Honduras (1)	1

\*No suman 100% por haber más de un tema en cada presentación.

La reunión de la REDPES durante el Forum 2000 contó con la participación de miembros del GCTH y avanzó en los lineamientos de esta agenda compartida, respetando los perfiles y objetivos de cada red. También en esta reunión se ratificó la voluntad de continuar las iniciativas de coordinación con SIDALAC en el sentido de utilizar la información producida en Cuentas Nacionales como un insumo para la planificación estratégica en la región.

Algunos de los avances presentados en el área de trabajo relacionada con planificación estratégica y Cuentas Nacionales, en el Forum 2000, fueron los siguientes:

1. “Programa de Coordinación multisectorial e interinstitucional para la prevención y atención de ETS y VIH/SIDA” (Perú), presentado por Rita del Rosario Rentería (Anales II p. 808), donde se señala la importancia de la planificación estratégica como estrategia de coordinación para una respuesta social mediante la participación directa de los sectores del estado y de la sociedad civil. En el caso que se comenta, se han involucrado actores estatales que se sentían ajenos al problema, se ha sensibilizado a la población sobre derechos humanos de los infectados, se ha fortalecido la participación de los jóvenes y se han propuesto y difundido normas legales, involucrando al sector de derechos humanos, establecido mesas de concertación y, en el trabajo con mujeres, incorporado el enfoque de género, concluyendo que la coordinación multisectorial e interinstitucional en planes y programas es urgente para tratar la complejidad de esta problemática de manera uniforme y concertada.

2. “Diferentes modalidades de planificación estratégica temática en VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres (HSH): la experiencia diversa de ASICAL”, presentado por Rubén Mayorga (Anales II p. 811), donde se comenta que para impulsar las acciones de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA en América Latina y el Caribe, varias organizaciones de HSH y de PVS de la región con el apoyo de ONUSIDA, la REDPES, programas nacionales de SIDA y organismos de cooperación bilateral, realizaron un proceso de planificación estratégica Temática (PET). Se hicieron análisis de situación y respuesta en cada país, seguidos de talleres de análisis de esos informes y elaboración de planes estratégicos y se finalizó con talleres subregionales para elaborar propuestas basadas en los planes estratégicos temáticos. En el Cono Sur, se hicieron talleres de análisis de situación y respuesta con ayuda de consultores de la REDPES, luego talleres de formulación de los PET nacionales, finalizando con la elaboración de un PET subregional. En el área andina, se hizo una recopilación de la información para el Análisis de Situación y Respuesta, talleres de validación de la información, y un taller de elaboración del PET. En Centroamérica, se realizó una recopilación de información y se planean talleres de elaboración del PET nacionales y regional. En México se están realizando los PET al mismo tiempo que los Planes Estratégicos estatales.

3. “SIAIDS-Sistema de Informaciones Gerenciales del Proyecto SIDA II” (Brasil), presentado por Valnísia Bertaglia (Anales II p. 833), que presenta el sistema de informaciones gerenciales del programa nacional de Brasil, comentando que este sistema de informaciones posibilita el control y la gestión financiera del acuerdo de préstamo celebrado entre el Banco Mundial y el gobierno brasileño y la administración del proyecto SIDA II, por medio de la planeación y monitoreo de las acciones en el ámbito del proyecto. Se trata de un sistema amplio, orientado por objetivos y desarrollado en lenguaje de programación con dos líneas funcionales, una con herramientas destinadas a todos los órganos de gestión del programa y otras específicas para la coordinación nacional de ETS y SIDA del Ministerio de Salud. Son módulos funcionales de programación, ejecución físico-financiera, licitaciones, monitoreo y contabilidad. Los objetivos son manejo del flujo financiero del acuerdo de préstamo, descentralización de los recursos, programación de las acciones para la reducción de la incidencia y transmisión del VIH, ETS y SIDA, y monitoreo de la implementación de los planes operativos anuales en todos los niveles de ejecución.

4. “Planificación estratégica como instrumento de gestión en la prevención y control de ETS/VIH/SIDA” (Brasil), presentado por María Alice Liparelli (Anales II p. 902), donde se señala que la planificación estratégica es una herramienta que permite el fortalecimiento de la intersectorialidad, ampliando la participación de la sociedad civil y de las instancias colegiadas de control social, permitiendo, inclusive, el establecimiento de una red de actores clave en la lucha por la prevención y control de la epidemia. Se trata de la elaboración de un inventario de la situación actual de la epidemia y la capacidad de respuesta de las tres instancias del gobierno (federal, estatal y municipal) utilizando como base la propuesta metodológica de las guías de ONUSIDA para la planeación estratégica, adaptadas a la realidad brasileña, en cuatro etapas: análisis de situación, análisis de respuesta, formulación del plan estratégico y movilización de recursos. El objetivo es la formulación de planes estratégicos que contengan acciones para el fortalecimiento de la gestión descentralizada y sustentable para la prevención y control de las ETS/VIH/SIDA. La metodología tiene como desafío configurar la situación de la epidemia en Brasil bajo la óptica de diferentes actores sociales y fortalecer la respuesta nacional. Se encuentra en un estadio parcial de implantación, con prioridad en los módulos de análisis de situación y respuesta en las 27 unidades de la federación.

5. “Descentralización municipal del programa estatal prevención y control de VIH/ETS en el estado de Jalisco” (México), presentado por Patricia Campos (Anales II, p. 915), donde se plantean como objetivos: a) Desarrollar un modelo de integración de recursos para incrementar la cobertura y efectividad; b) Capacitar en VIH/SIDA/ETS a grupos comunitarios en cada municipio para que conduzcan programas locales adecuados a su necesidad local y sociocultural y c) Formalizar el acuerdo entre el estado y el municipio para el establecimiento de comités municipales para la prevención del SIDA (COMUSIDA). Se comenta que en 1997 el COESIDA inició el programa para descentralizar el trabajo en SIDA hacia los municipios con población rural y migrante, y que hasta la fecha el programa se ha establecido en 36 localidades, conjuntando recursos estatales, municipales y comunitarios. Las fases desarrolladas para instalar un COMUSIDA fueron: 1. Negociación municipal, 2. Intervención directa a la comunidad, 3. Empoderamiento y ejecución del plan de acción, 4. Evaluación y fortalecimiento del COMUSIDA. Se señala que en tres años se amplió la cobertura a 30% de los municipios, optimizando recursos del nivel federal, estatal y municipal, se involucró a las comunidades municipales en la planeación, desarrollo y evaluación de sus planes de acción, lo que representa un ejercicio pionero en México. Se incrementó el presupuesto estatal en 1200% en 5 años, se dotó a los municipios de material y equipo, se capacitó a promotores voluntarios, y en comparación con el diagnóstico basal en las comunidades, los conocimientos se incrementaron en 10,3% y actitudes favorables en 15,5%, así como el consumo de condones en 1300%. El COESIDA de Jalisco, concluye, ha desarrollado una metodología validada para realizar exitosamente un proceso de descentralización municipal del programa estatal.

6. “Estudio del impacto socioeconómico del VIH/SIDA en Honduras”, presentado por Odalys García (Anales II, p. 1027), que presenta un análisis de costos de prevención, hospitalarios y atención ambulatoria, impacto en las empresas y la familia, proyecciones epidemiológicas y financieras y costo-beneficio de tratamientos antivirales y enfermedades oportunistas. Se analizó una muestra de 1000 expedientes de los pacientes muertos entre 1994-1999, de 12 hospitales públicos, privados (con y sin fines de lucro) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, se calcularon costos hospitalarios y ambulatorios, y comparaciones de tratamiento, también costos de pensiones, incapacidades, gastos a dependientes, huérfanos y otros gastos que las empresas, familias e instituciones realizan después de que un paciente muere. Al mismo tiempo se analizaron

gastos en actividades de prevención y se hicieron comparaciones. Los costos diarios de hospitalización y consulta externa siguen siendo más altos en los hospitales y clínicas privadas y en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, en contraste con el sector público, donde se observan los costos más bajos. Aquí se registra el mayor número de días de hospitalización. En todos se sigue atendiendo solamente la etapa de diagnóstico y enfermedades oportunistas. La mayoría de los casos se presenta en las áreas de servicios, comercio, industria, transporte y construcción, especialmente los empleados de las empresas maquiladoras. Las familias resultan igualmente afectadas ya que derogan muchos gastos para la atención de los pacientes. El costo de un paciente impacta en los gastos del sector salud, las empresas y las familias, por lo que se requiere incrementar las campañas de prevención e involucrar a distintos sectores.

Haciendo un balance general, podemos constatar que la mayor parte de los trabajos de esta área se ubican más del lado del diseño y ejecución de políticas que en el de la investigación propiamente dicha, a excepción de los estudios de Cuentas Nacionales. Estos, sin embargo, también se orientan claramente al diseño de políticas, y con las perspectivas que pueden verse a partir de los talleres desarrollados durante el Foro, donde se incluyen avances en 20 países con la expectativa de ampliar el número, pueden vislumbrarse progresos en el esfuerzo conjunto por generar conocimiento que permita diseñar mejores políticas y programas. Además de los estudios de Cuentas Nacionales, otro ejemplo de información útil para la toma de decisiones es la generada en los procesos de formulación de planes estratégicos temáticos, que es una estrategia eficaz para impulsar actividades de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con poblaciones prioritarias y marginadas. El reto consiste en incorporarlos a los Planes Nacionales y obtener el financiamiento necesario.

Observamos que las mayores preocupaciones están puestas en las posibilidades de implementar de manera efectiva los planes estratégicos, para que los programas de VIH/SIDA den una respuesta más acorde a las necesidades reales de la población. En el contexto de las reformas al sector salud en nuestra región, esto implica necesariamente tomar en cuenta las diferencias entre sistemas centralizados o descentralizados —según niveles—, la participación social, el creciente papel del sector privado y las características básicas de los sistemas de salud, identificando acuerdos e inconsistencias entre éstos y los programas de VIH/SIDA.

Hace falta también fortalecer los esfuerzos tendientes a la institucionalización de las estimaciones de costos, para que bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias nacionales o bien de los propios programas nacionales de SIDA se desarrollen las estimaciones de cuentas nacionales de VIH/SIDA en forma periódica y sistematizada. También es fundamental que esta información sea dirigida al proceso de elaboración de políticas públicas en el tema.

Un vacío que persiste es la carencia de un marco analítico y metodológico para evaluar el desempeño de los programas de VIH/SIDA en la región, excepto en lo que se refiere a indicadores generales sobre el grado de prevalencia e incidencia de la epidemia, que de alguna manera permiten acercarse a una medición de resultados. Muchos países de la región no cuentan todavía con bases de información suficientes para lograrlo. Por otra parte, los gastos fuera del sector no están contemplados en los procesos de estimación, por lo que la información es parcial. Es necesario seguir un modelo sistematizado de contabilización de gastos dirigidos específicamente a la prevención, control y atención del VIH/SIDA de las diferentes secciones de la sociedad

Existe otro vacío de información en la identificación y reconocimiento de los grupos de alto riesgo, que impide focalizar mejor los programas. La complejidad de los programas focalizados es mucho mayor que la de los de población general y la capacidad para diseñarlos y ejecutarlos es débil en muchos países de la región. Por otra parte, cuando la demanda de servicios se encuentra con una infraestructura rígida e ineficiente, que ofrece mala calidad en la atención, la tendencia se dirige al incremento de proveedores de servicios voluntaristas y de organizaciones no gubernamentales para proveer la atención a los servicios públicamente financiados.

El acceso a los anti-retrovirales ya se vislumbra como uno de los problemas de mayor complejidad para los sistemas de salud debido a su alto costo, pero al mismo tiempo por permitir una mayor sobrevivencia de las personas que viven con VIH/SIDA y también por una mejoría en la calidad de vida de estas mismas personas. En América Latina y el Caribe, con una mayoría de países con ingreso medio, la adquisición y abasto de los anti-retrovirales se puede tornar en un asunto de importancia para las finanzas del área de salud en nuestros países. En todo momento es conveniente tener registros de los procesos de acceso a estos medicamentos con el fin de poder detectar errores o evitarlos en el futuro, y tener

en cuenta que cualquier política de provisión de anti-retrovirales no podrá ser exitosa a largo plazo si no se acompaña de un incremento en las acciones preventivas.

## Conclusiones y recomendaciones

Los estudios de cuentas nacionales han detectado como necesidad la de avanzar en la estimación de gastos descentralizados y privados, y en producir información diferenciada entre VIH e ITS.

Otro tema clave de investigación para el apoyo a la formulación de políticas públicas es analizar en qué medida los enfoques específicos adoptados en la estructuración de los sistemas nacionales de salud que mueven los procesos de reforma en curso, condicionan también enfoques particulares para abordar el VIH/SIDA en términos de la modulación, organización, financiamiento y provisión de servicios. Y por lo tanto, en qué grado los resultados finales en el desempeño de los programas de VIH/SIDA están influenciados por las características estructurales, tanto de los sistemas nacionales como de los programas específicos en el sector salud.

Vuelve a ser evidente la importancia y necesidad de trabajar de manera coordinada en este proceso, tanto quienes se dedican a la investigación económica en cuentas nacionales como quienes están apoyando el fortalecimiento de las capacidades de los programas de VIH/SIDA en la región a través de las herramientas de la planificación estratégica. Estas, al enfatizar los objetivos de cada paso y las estrategias para alcanzarlos, dejan en claro que: 1. El análisis de la situación debe contextualizar la epidemia, perfilar su magnitud, conocer quién está afectado, infectado o es vulnerable a la infección y en qué situaciones, identificar factores que favorecen o limitan la calidad de vida de las PVS, y especialmente, *definir áreas prioritarias* en la diseminación del impacto del VIH, sirviendo como base para futuros esfuerzos de acompañamiento y evaluación; 2. El análisis de la respuesta enfatiza las *respuestas relacionadas con esas áreas prioritarias*, considerando la respuesta de todos los sectores de la sociedad: gubernamental, privado y no gubernamental. Examina la adecuación de esas respuestas e identifica vacíos en ellas. Analiza lo que funciona, lo que necesita continuidad o bien expansión, y lo que no funciona, lo que necesita ser suspendido o requiere de un nuevo enfoque; 3. La elaboración del plan estratégico se basa en lo anterior, estableciendo estrategias

e iniciativas para cada área prioritaria identificada. Como aparece en el documento de la REDPES para la implementación de planes estratégicos, “*el plan global debería como mínimo tener un análisis de gastos nacionales*” para fines de evaluación al menos en dos diferentes puntos del proceso (al inicio, ¿con qué recursos contamos?, al final ¿cómo se han modificado esos recursos?), una posterior revisión y reajuste; 4. Con respecto a *la movilización de recursos*, la idea de la planificación estratégica como proceso dinámico implica que cada una de estas fases, si bien tiene su momento, no termina al finalizar cada etapa. Es así que la movilización de recursos debe estar presente en todo el proceso. No es solamente la búsqueda de fondos al finalizar el plan estratégico, sino también la reasignación más eficiente de los recursos existentes. Estos no son sólo financieros sino también materiales y humanos. Por ejemplo, la movilización de actores busca: 1. generar un “sentido de pertenencia” del plan estratégico que ayude a movilizar nuevos recursos; 2. asegurar el liderazgo del gobierno en el proceso, para garantizar una mínima sustentabilidad y viabilidad del plan; 3. promover la participación comunitaria y 4. alentar a nuevos donantes mediante un plan atractivo, bien fundamentado, claro y detallado. Los donantes buscan cada vez más asegurarse de que los proyectos estén guiados por un marco estratégico nacional, de ahí la importancia de *advocacy* de alto nivel y de una demostración de compromiso y liderazgo gubernamental. La movilización de recursos es un área clave que tenemos en común con Cuentas Nacionales. Desde el punto de vista de la planificación estratégica incluye maximizar los recursos disponibles, asegurar que vayan a las más altas prioridades y que las asignaciones sean apropiadas y costo-efectivas. El análisis crítico permite una reasignación más eficiente de los recursos destinados a SIDA, mediante el estudio de la relevancia, adecuación, solidez técnica y costo-efectividad de las asignaciones existentes. Las cuentas nacionales son nuevamente aquí una herramienta fundamental, que indica claramente cómo se están ocupando los recursos existentes en un país, permitiendo evaluar, señalar ineficiencias y sugerir formas mejores de asignar recursos en SIDA. De modo que una de las tareas fundamentales en el futuro es continuar avanzando en el esfuerzo de utilizar la información generada por estas investigaciones como insumo en la persuasión de los tomadores de decisiones acerca de mejores maneras de reorientar el gasto, aprovechando las intervenciones de la REDPES en los procesos nacionales.

## Bibliografía

- Fórum 2000. *Anales I y II del I Fórum y II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en VIH/SIDA y ETS*. Brasilia.
- Izazola JA (ed.). 2001. *El acceso a los medicamentos anti-retrovirales en países de ingreso mediano de América Latina*. Sitioweb de SIDALAC: <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/arv/arv.htm> <http://www.sidalac.org.mx/spanish/publicaciones/arv/arv.htm>
- Izazola JA (ed.). 2000. *Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gastos en VIH/SIDA*. México, FUNSALUD.
- Izazola JA (ed.). 1999. *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. México. FUNSALUD.
- REDPES. 2001. “De la estrategia a la acción: Implementando su Plan Estratégico”. México (en proceso).
- REDPES. 2001. “Estudio de caso de la Red Latinoamericana y del Caribe en planificación Estratégica en VIH/SIDA”. México (en proceso).
- REDPES. Sitioweb: <http://www.redpes.sidalac.org.mx> <http://www.redpes.sidalac.org.mx>
- Uribe P, Magis C (eds.). 2001. *La respuesta mexicana al SIDA: Mejores Prácticas*. México. CONASIDA.

*POLÍTICAS PÚBLICAS Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA*  
*EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*  
se terminó de imprimir en el mes de  
noviembre de 2001 en los talleres de *Grafia*.  
Se tiraron 1000 ejemplares  
más sobrantes para reposición.

