

La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

Carlos F. Cáceres

Banco Interamericano de Desarrollo

Washington, D. C.

**Serie de informes técnicos del
Departamento de Desarrollo Sostenible**

**Catalogación (Cataloging-in-Publication) proporcionada por el
Banco Interamericano de Desarrollo
Biblioteca Felipe Herrera**

Cáceres, Carlos F. (Cáceres Palacios)

La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe / Carlos F. Cáceres.

p.cm. (Sustainable Development Department Technical papers series ; SOC-131)

Includes bibliographical references.

1. AIDS (Disease)--Prevention. 2. Health promotion--Latin America. 3. Health promotion--Caribbean Area. I. Inter-American Development Bank. Sustainable Development Dept. Social Development Div. II. Title. III. Series.

614.5993 C282—dc21

Carlos Cáceres es Profesor Titular de Salud Pública en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en Lima, y se especializa en salud y derechos sexuales reproductivos (con énfasis en sexualidades y VIH/ITS) y en implementación y promoción del uso de la investigación social en salud en el campo de las políticas públicas.

El autor agradece los útiles y detallados comentarios y sugerencias de Ernest Masiah. Agradece también el valioso aporte de Percy Fernández Dávila en la búsqueda bibliográfica, y las opiniones de Ana Maria Rosasco.

Las opiniones contenidas en este documento son las de su autor y no representan la posición oficial del Banco Interamericano de Desarrollo y sus instituciones afiliadas.

Marzo de 2003

Esta publicación (número de referencia SOC-131) puede obtenerse dirigiéndose a:

División de Programas Sociales
Departamento de Desarrollo Sostenible
Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577

Correo electrónico: sds/soc@iadb.org
Telefax: 202-623-1576
Sitio de Internet: <http://www.iadb.org/sds/soc>

Prólogo

En el año 2002, se estimó que 1,9 millones de adultos y niños en América Latina y el Caribe padecían de VIH/SIDA. De este total, alrededor de 1,5 millones se encontraban en América Latina y el resto (470.000) en el Caribe. Las tasas de prevalencia—de 2%—ocupan el segundo lugar en el mundo en cuanto al ritmo de crecimiento promedio. Las tasas de prevalencia entre grupos de alto riesgo pueden alcanzar hasta un 5% y hay un aumento significativo en el caso de mujeres infectadas con VIH/SIDA. Estos hechos hablan por sí solos de la urgencia de brindar una atención coordinada a la situación del VIH/SIDA en todos los países de la región.

Como respuesta, el BID está realizando esfuerzos para ayudar a estos países a combatir esta epidemia y ha lanzado una serie de publicaciones sobre VIH/SIDA. Como parte de esta serie, se preparó este documento como material preparatorio para el seminario *VIH/SIDA y desarrollo: Desafíos y respuestas en América Latina y el Caribe* llevado a cabo durante la reunión anual de la Asamblea de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo y de la Corporación Interamericana de Inversiones en marzo de 2002.

Este documento identifica diferentes enfoques para desarrollar estrategias de prevención de VIH/SIDA y examina temas de capacidad institucional asociados con estas intervenciones. Además, el documento considera las formas en las que las actividades de prevención han sido y pueden ser integradas en actividades de cuidado y apoyo.

Mayra Buvinic
Jefa
División de Programas Sociales

Índice

Antecedentes	1
Configuración de la epidemia de infección por VIH en la región	3
De “conducta de riesgo” a “contextos de mayor vulnerabilidad”	7
Enfoques utilizados en la prevención a nivel regional	7
Una mirada a los actores de la experiencia regional	14
Práctica óptimas y programas efectivos para prevención de VIH en la región	17
La prevención en el contexto de tratamiento y cuidado: hacia un enfoque regional	20
Conclusiones	21
Referencias	23

Antecedentes

Con aproximadamente 1,8 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe (UNAIDS, 2001), la epidemia está oficialmente cumpliendo dos décadas en la región. Si bien esta epidemia no ha alcanzado las proporciones que tiene en África o el sudeste asiático (con 26 y 6 millones de personas viviendo con el virus, respectivamente, y con prevalencias poblacionales promedio de 8,8% y 0,6%, frente a 0,5% en América Latina) (UNAIDS/PAHO, 2001), las crecientes expectativas en cuanto a calidad y expectativas de vida en la población de una región que incluye a varios países con ingresos medios e índices de desarrollo humano en ascenso, hacen cada vez menos aceptables las muertes por causas prevenibles, particularmente en poblaciones de jóvenes adultos urbanos. Por ello, el SIDA ha sido, y es, un problema de importancia para la opinión pública latinoamericana, y la mayor parte de los gobiernos lo han enfocado históricamente como problema nacional de salud pública (Galvão, 2000; Cueto, 2001; Cahn et al., 1999).

Se considera a la epidemia de VIH/SIDA en la región como mayormente concentrada en poblaciones vulnerables, y de hecho se la ve como un marcador de vulnerabilidades en ésta (UNAIDS/PAHO, 2001). Al ser la vulnerabilidad al VIH entendida cada vez más como conectada a cuestiones de injusticia y desigualdad económica y social (Parker, 2000), en un conjunto de países que han intentado mejorar sus credenciales democráticas y de respeto a los derechos humanos en los últimos años, la epidemia ha visto incrementada su visibilidad y su importancia política¹.

Aunque al menos dos gobiernos regionales han asumido el financiamiento de los tratamientos antirretrovirales de elevada actividad [HAART, en inglés] para toda persona que tiene indicación

médica de los mismos, y en un número significativo de países se ha logrado, por diversos mecanismos, acceso parcial al tratamiento, existiendo un clima favorable para el emprendimiento de medidas colectivas para incrementarlo en la región², es claro que la prevención continúa siendo vista como la forma prioritaria de acción contra el SIDA, por obvias razones: costo de los tratamientos; dificultades de implementación de éstos a nivel tanto individual como poblacional; posible desarrollo de efectos secundarios y resistencia. Así, la consideración de la ampliación de acceso a tratamientos en ningún caso está presuponiendo la posibilidad de un reemplazo del gasto en prevención, e idealmente ve ambas estrategias (prevención y tratamiento) como sinérgicas (Chequer, 1998).

En este documento se cumplen varios objetivos. Primero, se intenta analizar los enfoques de prevención de VIH/SIDA que han sido utilizados en América Latina y el Caribe, tanto por parte de los gobiernos como desde la sociedad civil, o sobre la base de una colaboración entre ambos tipos de actores. Segundo, se confrontan estos enfoques con lo que podría verse como prioridades a partir del contexto epidemiológico. Asimismo identificamos las consecuencias que estas actividades pueden haber tenido a varios niveles. En tercer lugar, se señalan las condiciones que harían posible un mayor impacto de las acciones preventivas, incluyendo las relativas a la capacidad de implementación por parte de los actores involucrados. Cuarto, se analiza cómo las actividades de prevención pueden integrarse mejor a las de reducción del impacto. Por último, se analiza la información disponible sobre gastos en prevención frente a gastos totales en VIH/SIDA.

Este esfuerzo, sin embargo, se enfrenta a dos grandes limitaciones. La primera, de orden metodológico, tiene que ver con la escasa disponi-

¹ Aunque el mismo Parker sostiene que este reconocimiento ha tenido en ocasiones consecuencias meramente retóricas, mientras en la práctica la respuesta burocrática ha seguido una lógica neoliberal.

² Particularmente luego del anuncio del Fondo Especial para el Tratamiento del SIDA y otras enfermedades, constituido por iniciativa de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2001).

bilidad de documentación oficial o de acceso público (particularmente de rigor adecuado) sobre los varios temas que son materia de análisis. De hecho, incluso en países desarrollados, son pocos los programas preventivos que han sido rigurosamente evaluados en cuanto a impacto o relación costo-efectividad (Banco Mundial, 1997). Por ello, mucho del análisis debe basarse en información de nuestro conocimiento directo de ciertas experiencias regionales, o en documentos que por casualidad llegaron a nuestras

manos. La segunda, de orden conceptual, tiene que ver con la dificultad de hablar de la región como un todo, no sólo por su clara heterogeneidad epidemiológica (que deriva en necesidades variadas) sino sobre todo por la diversidad del tamaño de las economías nacionales, las tradiciones burocráticas y las tendencias políticas de los gobiernos, que resultan en una diversa capacidad, y también un compromiso desigual, para actuar frente al SIDA.

Configuración de la epidemia de infección por VIH en la región

Adoptando la tipología de epidemias de VIH recomendada por ONUSIDA (ONUSIDA/FHI, 1998)³, es claro que en la mayor parte de los países de la región la epidemia está concentrada en poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), alcanzando prevalencias entre 10% y 20% en varias capitales de la región, y habiéndose medido incidencias de entre 2% y 4% en Brasil y Perú (Cáceres, en revisión, 2002). Además, en Argentina, Uruguay y Brasil está concentrada también en usuarios de drogas inyectables (UDI). En varios países del Caribe, y en el norte de América Central, sin dejar de alcanzar prevalencias mayores a 5% entre los HSH, está en camino hacia una posible generalización (aunque con estabilización a niveles bajos), mientras que en países como Bolivia y Cuba puede ser considerada naciente (UNIAIDS/PAHO, 2001). Esta combinación de factores ha llevado a algunos a afirmar que la epidemia latinoamericana es, todavía, fundamentalmente masculina (Saavedra, 1999). El cuadro 1 muestra las actuales tendencias de la epidemia en América Latina y el Caribe.

DE “CONDUCTAS DE RIESGO” A “CONTEXTOS DE MAYOR VULNERABILIDAD”

El paradigma actualmente dominante para explicar la diseminación de la epidemia es el de la vulnerabilidad basada en condiciones de exclusión social, y ha reemplazado la visión inicial de riesgos individuales por opciones desinformadas o falta de motivación, así como la posterior de significados socioculturales que obstaculizan la generalización de prácticas preventivas (Parker, 2000). Aunque se trata de una epidemia fundamentalmente sexual, con focos aislados en usuarios de drogas en la parte sureste del continente, se aprecia que muestra crecientemente una conexión con la configuración de la vulnerabilidad social (UNIAIDS/PAHO, 2001). En áreas de concentración en HSH y UDI (poblaciones de por sí excluidas), la pobreza y situaciones de superexclusión (por ejemplo, la condición de *travesti* entre los HSH [Lama et al., 1997], o el color de piel “negro” entre los UDI), correlacionan bien con mayores prevalencias de infección.

Cuadro 1: Tendencias de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe[§]

Subregiones	Población general	HSH	UDI	Observaciones
América Central	+	++	-/+	Mayor en Honduras
Zona Andina	-/+	+++	-/+	Menor en Bolivia
Brasil	+	+++	+++	
Caribe Latino	++	+++	-/+	Cuba, Haití, R.Dominicana
Caribe no Latino	++	++	+	Resto del Caribe
Cono Sur	-/+	+++	+++	Mayor en Argentina
México	-/+	+++	+	

[§]Símbolos utilizados varían de -/+ (incipiente) a +++ (elevado)

³ Se las clasifica en *nacientes* (prevalencia < 1% en población general y < 5% en poblaciones tradicionalmente vulnerables), *concentradas* (prevalencia < 1% en población general pero > 5% en poblaciones

En áreas de generalización de la epidemia, las trabajadoras sexuales muestran también mayores prevalencias, así como grupos de jóvenes que

vulnerables), y *generalizadas* (prevalencia > 1% en población general).

recurren a formas de *sexo compensado*⁴ para aliviar su pobreza o mejorar sus oportunidades.

Los contextos de vulnerabilidad guardan directa relación con factores estructurales en torno de la clase social, el género, la diferencia sexual, y la etnicidad.

Clase social y pobreza

Está reconocido que los grupos socialmente vulnerables, particularmente en la adolescencia y la adultez temprana, aprenden a ver su cuerpo como un último recurso frente a situaciones de necesidad, de modo que el sexo se convierte en un bien a ser negociado con postores disponibles (Cáceres, 1999). La limitación de oportunidades y la no satisfacción de necesidades básicas en la pobreza disminuyen las opciones de inserción en el mercado laboral y en la sociedad “oficial”, e incrementan las probabilidades de integración residual en los espacios de los socialmente excluidos, incluyendo desocupados permanentes y eventuales, usuarios de alcohol y drogas, pandilleros y delincuentes, muchos de los cuales ofrecen con frecuencia sexo compensado o tienen relaciones sexuales en estados de conciencia alterados o en condiciones que no les permiten asumir conductas preventivas. Aunque en la mayor parte de los países de la región la epidemia ingresó a través de grupos pudientes con capacidad de viajar, invariablemente se fue trasladando hacia grupos en pobreza (Cahn, Bloch y Weller, 1999).

Género

El uso de condón, prácticamente la única forma disponible de protección de la infección por VIH en el coito cuando no se conoce con certeza el riesgo de la pareja, está bajo el control masculino. América Latina, tributaria de la tradición cultural ibérica, es generalmente presentada como un entorno cultural *machista*, entendiéndose el machismo como una forma de sexismo que extrema la valoración de lo masculino y subordina a ello lo femenino (Fuller, 1997). Esto se traduce en formas tradicionalmente patriarcales de organización social y en una alta valoración

de la maternidad en la mujer. Durante décadas esto se reflejó en una notable brecha en los niveles educativos de las mujeres e hizo lenta la asunción por parte de éstas de un lugar en el mercado de trabajo y un status de ciudadanas plenas. Desde el punto de vista sexual, el recato y la “decencia” promovidos como valores para las mujeres casaderas hacía inapropiada la demostración de conocimientos sobre sexualidad, y más aún la discusión abierta de conductas sexuales o la sugerencia del uso del preservativo, estigmatizado además como profiláctico en relaciones clandestinas (como aquéllas con trabajadoras sexuales). Aunque esta eficiente forma de control social sobre la sexualidad femenina en la región (que muestra cambios en dirección a la equidad en las tres últimas décadas) puede haber “protegido” a muchas mujeres de adquirir la infección, también parece haber contribuido a que sean justamente mujeres monógamas las que han experimentado una alta proporción de casos de SIDA en varios países (Del Río, 1997).

Diferencia sexual

Siendo las relaciones entre varones centrales en la configuración de la epidemia a nivel regional y global, las representaciones sociales dominantes del *homoerotismo*, así como la forma en que éstas interactúan con las prácticas sexuales específicas, son fundamentales. En un entorno *machista*, el status masculino debe ser constantemente confirmado y lo que simbólicamente lo amenaza es estigmatizado con crudeza. La exclusión social de lo homosexual (tipificada por la *homofobia*), compartida por la sociedad en su conjunto, sólo recientemente ha experimentado una reversión debido a la creciente difusión de valores acerca del respeto a la diferencia y la diversidad sexual, que cambian el discurso oficial, aunque no las actitudes más arraigadas, incluyendo las institucionales. El sistema de salud es un ejemplo clave de éstas últimas, pues convierte un estigma cultural en una clara barrera de acceso a los servicios (Gujardo, 1998).

Pese a su gravitación regional, sin embargo, la homofobia ha resultado en prácticas poblacionales diferentes según clase social, debido a formas alternativas de entender lo homosexual (Parker, 2000a; Cáceres y Rosasco, 2000). Los entornos de clase media lo entienden desde el

⁴ Sexo a cambio de dinero, regalos, alcohol, alojamiento, u otras formas de ayuda.

modelo médico-psiquiátrico tradicional, de modo que cualquier contacto sexual entre hombres implica homosexualidad; en tal contexto, muchos hombres de estos entornos con orientación homosexual han optado por formar matrimonios y mantener relaciones homosexuales esporádica o concomitantemente, y en conexión con la clandestinidad de esta actividad algunos han adquirido el VIH y lo han transmitido a sus compañeras. Contrariamente, los entornos urbanos de criollos pobres han tendido a mantener una visión tradicional de lo homosexual basada en papeles de género, según la clasificación de Herdt (1997): en ese marco, se leería que los homosexuales serían hombres que renuncian a su masculinidad y se comportan como mujeres, por lo que naturalmente buscarían la compañía sexual de “los (verdaderos) hombres”. En contextos de pobreza, el que éstos últimos tuviesen trato sexual con aquellos, a cambio de compensaciones de varios tipos, no amenazaría su masculinidad (Motta, 1999; Parker, 2000a; Aggleton, 1999). Este modelo resulta, entonces, en elevada prevalencia de conducta bisexual en hombres que no se identifican como bisexuales⁵ ni se ven disminuidos como “varones”; la frecuencia con la que estos intercambios ocurren en presencia de alcohol, así como la baja aceptabilidad de los condones, determinan también un flujo de infecciones por VIH de hombres homosexuales a estos hombres de conducta bisexual y sus parejas mujeres.

Etnicidad y exclusión geográfica

Los patrones de diseminación del virus favorecen su circulación en entornos urbanos, progresivamente más pobres y, según los patrones de mestizaje dominantes en la región, más “oscuros” (es decir, en poblaciones con mayores componentes indígenas y negros). En tales casos, la exclusión por pobreza es difícil de separar de la exclusión por status étnico (o color de la piel, apariencia) discriminados. Los hombres y mujeres de poblaciones indígenas pueden tener más bajas oportunidades de educación y empleo, lo que los lleva hacia los márgenes de la sociedad y los impulsa al trabajo sexual, al uso de drogas o a ayudarse entre ellos mismos a través de activi-

⁵ Lo que sin duda tiene un efecto en el lenguaje a utilizarse en las campañas preventivas.

dades ilegales (UNIAIDS/PAHO, 2001). Aunque el carácter urbano de la epidemia es obvio en buena parte de Sudamérica, espacios rurales que experimentan movimientos migratorios intensos en contextos de pobreza, con separación de parejas, suelen experimentar crecimientos en la prevalencia de VIH, como Bronfman *et al.* (1998) han demostrado en América Central y México.

El papel del conservadurismo religioso

Un factor importante que ha dificultado la respuesta regional al SIDA en términos de prevención es la influencia de una Iglesia Católica mayormente conservadora, que vio en los programas de prevención basados en la promoción del uso del condón un llamado a una mayor actividad sexual. Así, particularmente en algunos países, se opuso a dicha estrategia mediante el descrédito del condón, y en algunos casos luchó por imponer una agenda basada en la abstinencia como estrategia auténtica de prevención. Muchos gobiernos optaron, entonces, por programas de perfil bajo y evitaron una promoción abierta del uso del preservativo, particularmente entre los jóvenes. Adicionalmente, dudaron mucho en trabajar abiertamente con poblaciones ya reconocidas como vulnerables (tales como los HSH y las trabajadoras sexuales) por temor a una reacción de la Iglesia. Afortunadamente esta situación parece estar revirtiéndose.

EL GASTO EN VIH/SIDA

Como ocurre con la mayor parte de los aspectos tanto de la epidemia por VIH en la región como de la respuesta social e institucional a ésta, vemos una gran diversidad en los montos gastados para enfrentar la epidemia, que responden en parte a epidemias de distinta magnitud y configuración, y en parte a países de distinto nivel de desarrollo relativo y distintos niveles de prioridad política asignada al tema. Igualmente, el gasto en SIDA experimentó, dentro de cada país, variaciones en el tiempo, vinculadas a la evolución de cada epidemia particular, cambios políticos, y cambios en el contexto internacional (particularmente, la transición entre un GPA con muchos recursos y un ONUSIDA que se planteó como una entidad de apoyo técnico; y la concertación de préstamos de agencias multilaterales a

países como Brasil y Argentina para el desarrollo de megaproyectos de inversión en prevención de SIDA.

Los avances de un *Estudio de Cuentas Nacionales en Salud en VIH/SIDA* publicados por SIDA-LAC/FUNSAUD en su página web (SIDA-LAC, 2001) se refieren a ocho países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Perú, Uruguay). Se describe un gasto total en SIDA, para el año 2000, que varió entre US\$ 408.000 (Bolivia) y US\$ 579.331.000 (Brasil). La relación entre gasto total en SIDA y gasto nacional en salud varió de un 0,8% (Argentina) a un 2,6% (Perú), implicando que en este último país los gastos totales en SIDA representan una mayor proporción de los gastos en salud.

En el mismo estudio, la composición del gasto en SIDA (comparando lo gastado en salud personal y lo gastado en salud pública) varió de 18%-53% en Bolivia a 91,9%-8,1% en Perú, explicado en parte por los elevados gastos realizados por los hogares en la atención de casos de SIDA en este último país. El gasto en prevención fue de 11,5% en Chile, 22% en Argentina, 28% en Brasil y 32% en Costa Rica del gasto público en salud en cada caso. El rango de financiamiento de acciones de salud pública y prevención es reseñado de la siguiente manera:

- Vigilancia epidemiológica, de \$308.000 en Uruguay a \$25 millones en Brasil.
- Acciones de información, educación y comunicación, de \$166000 en Bolivia a \$17.754.000 en Brasil.

- Condonos, de \$247.000 en Bolivia a \$69.730.000 en Argentina.
- Tratamiento mejorado de ITS, de \$ 346.000 en Costa Rica a \$14.500.000 en México.
- Prevención perinatal, de \$ 62.000 en Argentina a \$ 9.367.000 en Brasil.
- Cambio de jeringas, de \$728.000 en México a \$2.559.000 en Brasil.
- Bancos de sangre, de \$13.000 en Perú a \$ 31.342.000 en Brasil

No existe información sobre financiamiento o costo-efectividad de programas en poblaciones específicas en la región. Pero se puede comparar gastos totales en VIH y la proporción de gastos en prevención. Se encuentran patrones muy diversos, sin embargo, pues en algunos países se ha gastado mucho en salud personal, elevando su proporción sobre la prevención (v.g. Perú, donde los hogares cubren el 75% de gastos en SIDA, y donde sólo el 8% del gasto en SIDA es efectuado en prevención). Lamentablemente, dicho estudio parece haber enfrentado la gran dificultad de que la información sobre costos tiene grados de precisión y detalle muy diversos en cada país, y de que las categorías más comunes de clasificación de gasto son administrativas más que técnicas, haciendo muy compleja la evaluación de lo correspondiente a prevención, sin mencionar la subclasificación de gastos de prevención según tipo de estrategia o población meta. Ello limita mucho las posibilidades de evaluar el gasto en prevención con dicha información.

Enfoques utilizados en la prevención a nivel regional

Como se dijo inicialmente, los enfoques para la prevención son diversos en la región, debido en parte a la *diversidad de la epidemia* (por ejemplo, áreas de concentración en HSH y áreas de generalización incipiente), y en parte a *diferencias tanto en capacidades y recursos como en niveles de compromiso político* de los gobiernos. Adicionalmente, han *variado en el tiempo*, en respuesta a *cambios en el nivel de recursos disponibles* (mayores a inicios de los años noventa en toda la región, y luego presentes en montos significativos sólo en países con préstamos de organismos multilaterales), *en los paradigmas dominantes para explicar y responder a la epidemia*⁶ (viéndose en general una tendencia a visiones cada vez más estructurales y menos individuales de su causalidad), y *en los niveles de prioridad asignados a ésta* (la cual varió según las tendencias políticas de cada gobierno y el entorno internacional).

En este contexto, y tomando como base el útil recuento de tipos de intervenciones preventivas levantado por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud

⁶ Es relevante señalar que los paradigmas dominantes de explicación de la epidemia (brevemente, un modelo individual basado en opciones informadas; un modelo culturalista basado en barreras culturales; y un modelo estructural basado en nociones de exclusión social [Parker, 2000]) han determinado aproximaciones o enfoques distintos en intervenciones que, por dirigirse a las mismas poblaciones, podrían inicialmente asumirse como homogéneas. Por ejemplo, una intervención con trabajadoras sexuales bajo el primer paradigma podría proveer información y mensajes motivadores a trabajadoras sexuales individuales; en el segundo modelo, podría utilizar a algunas trabajadoras sexuales como “promotoras” para cambiar las normas sociales que supuestamente limitan la opción por el uso de condones entre éstas (v.g. estigma, temor de que las consideren enfermas, posible pérdida de clientes); finalmente, en el tercer modelo, podría fomentar la organización de las trabajadoras y promover un compromiso que partiera idealmente de un análisis por parte de ellas mismas acerca de los riesgos de infectarse, empoderándolas en el proceso.

(OMS) (CMS-OMS, 2001), que incluye el nivel (alto, medio, limitado) de evidencia de impacto disponible a nivel mundial, esquematizamos los tipos de intervenciones preventivas puestos en práctica en América Latina, señalando en lo posible, y como “promedio” regional, la frecuencia con que cada tipo de intervención fue implantada, los tipos de agencias u organismos que las llevaron a cabo y su permanencia en el tiempo.

PROGRAMAS ENFOCADOS EN POBLACIÓN “GENERAL”

Pese a que en buena parte de la región la epidemia no está en vías de generalización y, en cambio, existía evidencia de su concentración en HSH y, en tres países, en UDI, la mayor parte de los programas emprendidos ha estado dirigida a la población general, entendida como heterosexual. Aunque esto resulta, en parte, de un esfuerzo del Programa Mundial de SIDA de la OMS puesto en marcha a fines de los ochenta que trataba de “deshomosexualizar” la epidemia y constituir la en “un problema de todos”, representa también una opción política o práctica. El cuadro 2 esquematiza la implantación de intervenciones para la población general en América Latina y el Caribe.

Las intervenciones de pares con trabajadoras sexuales son reconocidas por su elevada capacidad para motivar la adopción de las conductas preventivas entre las trabajadoras sexuales, así como su mantenimiento, reduciendo también la incidencia de VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) entre éstas. Sus mayores limitaciones se centran en la naturaleza clandestina de buena parte del trabajo sexual, lo que hace difícil señalar el número, localización y necesidades de muchas trabajadoras sexuales. En la región, estas intervenciones han sido comunes y relativamente exitosas (Boletín Contraseña, 1999).

Cuadro 2: Intervenciones preventivas para la población general

Tipo de intervención	Nivel de evidencia de impacto [§]	Frecuencia de implementación	Asunción desde el Estado	Asunción desde los ONG	Presencia en el tiempo
Intervenciones de pares con TS	Alto	++	++ Directa/indirecta [¶]	++	Años noventa
Intervenciones con hombres	Alto	+	+ Directa/indirecta	0/+	Años noventa
Consejería y tamizaje voluntarios	Medio	+++	+++ Directa/indirecta	++	Años ochenta y noventa
Manejo mejorado de ITS	Medio	++/+++	++/+++ Directa	+	Fines de los años noventa
Campañas en medios	Limitado	+++	+++ Directa	+	Años ochenta y noventa
Educación sexual para jóvenes	Limitado (sobre ITS)	++/+++	++ Directa	+++	Años noventa

[§] Según CMS-OMS (2001).

[¶] Directamente desde el sistema de salud o indirectamente por subcontratos con ONG.

Las intervenciones en hombres de alto riesgo han sido valoradas como eficaces, aunque de efectos modestos (Machekano *et al.*, 1998). Típicamente utilizan el centro de trabajo como base. En América Latina se han dado sobre todo en las instituciones militares y policiales (Cueto, 2001), aunque no han sido evaluadas. Aquí puede incluirse tal vez el trabajo con varones privados de libertad, el cual, promovido en determinado momento por ONUSIDA, se tradujo en programas en cierto número de países. El problema con éstas últimas está en que corresponden a intervenciones sobre instituciones complejas como los sistemas carcelarios, influidos por una multiplicidad de factores.

Los programas de consejería y tamizaje voluntario (CTV, o VCT en inglés) han ganado en importancia recientemente, debido a la publicación de resultados de algunos estudios (Higgins *et al.*, 1991; Deschamps *et al.*, 1996; Kamb *et al.*, 1998) que sugieren que logran reducir la incidencia de VIH o infecciones de transmisión sexual (ITS). En la región, la mayor parte de los países ha organizado o auspiciado centros de consejería y tamizaje voluntarios, en ocasiones gratuitos, así como ha normado la ejecución de consejería pre- y post-test para quienes solicitaban la prueba en establecimientos públicos. La mayor parte de los centros y programas, sin embargo, han funcionado a demanda, en conexión con sistemas de referencia tales como líneas te-

lefónicas informativas (es decir, no se ha promovido activamente la opción del público general por consejería y tamizaje).

Programas fortalecidos de tratamiento de infecciones de transmisión sexual: Aunque cierto nivel de inconsistencia empírica (en su efectividad para reducir la incidencia tanto del VIH como de las mismas ITS “tratables”) ensombreció su popularidad (Grosskurt *et al.*, 1995; Wawer *et al.*, 1999), hay suficiente evidencia observacional y certeza de plausibilidad biológica para sostener la importancia de estos programas, los cuales se han aplicado de formas distintas (incluyendo entrenamiento ampliado en manejo etiológico, entrenamiento en manejo sintomático, o aplicación de tratamiento masivo). En la región, algunos gobiernos con desarrollo más incipiente en sus programas, y con menores recursos, establecieron programas de manejo sintomático, mientras otros sostuvieron que su infraestructura y recursos, así como la cultura médica existente, apuntaban hacia el fortalecimiento del tratamiento etiológico. Una interesante variante regional ha consistido en el desarrollo de programas de manejo de ITS basados en farmacias, derivados de la observación de que una gran fracción de personas con ITS acude a éstas dispuesta a comprar lo que el personal les aconseje (García *et al.*, 1997). Se reconoce dificultad para establecer la relación costo-efectividad de estos programas (CMS-OMS, 2001).

Las campañas en medios masivos son consideradas efectivas para desarrollar una conciencia acerca de la existencia del SIDA y nociones sobre prevención, pero poco útiles para instalar conductas preventivas (Ross *et al.*, 1990; Astead *et al.*, 1999). En los momentos de mayor disponibilidad de recursos para el SIDA en la mayor parte de los gobiernos regionales (v.g. a fines de los años ochenta e inicios de los noventa), las campañas en medios fueron comunes, aunque en gran medida resultaron de la necesidad política de demostrar acción frente a las epidemias.

Los programas de educación sexual para jóvenes probablemente contribuyen a la promoción de la salud sexual y reproductiva y el desarrollo humano en esta población, aunque no sorprende que no se haya logrado evidencia abundante de su impacto sobre las ITS (Moses y Plummer, 1994; Oakley *et al.*, 1994), dado que su calidad es muy diversa y la mayoría de ellos suele seguir formatos pedagógicamente conservadores. Parecen ser más útiles los programas especiales, generalmente basados en pares, para jóvenes vulnerables (O'Hara *et al.*, 1996; Fox, 2000). Pese a la oposición de la Iglesia Católica en algunos casos, los programas de educación sexual han sido bastante comunes en América Latina, tanto incorporados en el currículo oficial por el sector educación, como promovidos por organizaciones no gubernamentales, el sector salud o los municipios. La mayor parte de ellos ha seguido formatos tradicionales, y usualmente, mientras más masivos eran, menor control existía sobre la calidad de los mensajes finales. Los programas más participativos han sido generalmente experiencias piloto a pequeña escala, o foco de estudios de intervención (Paiva 1996; Cáceres, 1998).

PROGRAMAS ENFOCADOS EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES (HSH)

Siendo ésta la población más uniformemente afectada por la epidemia en la región (representando un 48% de los casos notificados [PAHO, 2000]), ha recibido relativamente escasa atención por parte de los gobiernos, particularmente hasta mediados de los años noventa. Fue el concurso de ONUSIDA, que planteó con claridad la

importancia epidemiológica del grupo y apoyó iniciativas especiales en políticas, investigación, y trabajo entre estado y sociedad civil (Saavedra y Magis, 1998), lo que llevó a un punto de inflexión que dio legitimidad al trabajo con esta población en los ministerios de salud de la región. La novedosa etiqueta de HSH (MSM, en inglés), aunque teóricamente planteada para incorporar al vasto conjunto de varones que no se consideraban homosexuales pero tenían sexo con otros hombres, tuvo además la curiosa virtud de permitir referirse a la transmisión homosexual (y a la población que la experimentaba) con una sigla que le daba un cariz técnico y la desproveía de referencias inmediatamente incómodas, facilitando su incorporación en el lenguaje y procedimientos burocráticos. Aunque numerosos desde mediados de los años ochenta, los programas dirigidos a HSH en países de ingresos bajos o medios han sido evaluados en muy pocas ocasiones, generalmente debido a que resultaron de iniciativas comunitarias o financiamientos menos enfocados en la demostración de impacto. El cuadro 3 muestra un resumen de la ejecución de estos programas.

Las intervenciones con pares incluyen sobre todo *outreach* (contacto breve en lugares públicos para entrega de material educativo o información sobre servicios), las líneas informativas especializadas, y el trabajo en sesiones en grupos pequeños (publicitado como un servicio por medio del *outreach*, avisos institucionales o las líneas telefónicas informativas). En Estados Unidos, típicamente han tratado de cambiar las normas sociales sobre prevención (Kelly *et al.*, 1997) o promover la organización comunitaria para la reducción del impacto de la enfermedad (Kegeles *et al.*, 1996) y han mostrado cierta evidencia de éxito. Prácticamente no hay información sobre evaluaciones de estas intervenciones en los países en desarrollo, aunque las mismas han sido implantadas en varios países de la región, inicialmente sólo por organizaciones de la sociedad civil, y en los últimos años de la década de los años noventa también por gestión directa o indirecta en Chile, Brasil, México, Perú, República Dominicana, Honduras, y Guatemala (ONUSIDA/LCLCS, 1999). En Brasil se midió el impacto del mercadeo social de condones en esta población, supuestamente incrementando su uso en la última relación de 21% a 76%

Cuadro 3: Intervenciones preventivas orientadas a hombres que tienen sexo con hombres

Tipo de intervención	Nivel de evidencia de impacto [§]	Frecuencia de implementación	Asunción desde el estado	Asunción desde los ONG	Presencia en el tiempo
<i>Intervenciones de pares</i>	Medio	++	+ Directa/indirecta	+++	Años ochenta y noventa
<i>Consejería y tamizaje voluntarios</i>	Limitado	++ (pobl. general) 0/+ (especial HSH)	0/+ Directa/indirecta	++	Años ochenta y noventa
<i>Manejo mejorado de ITS</i>	Limitado	++ (pobl. general) 0/+ (especial HSH)	+++ (p. general) 0/- (especial HSH) Directa/indirecta	0/+ (HSH)	Fines de los años noventa
<i>Campañas en medios para HSH</i>	Limitado	0/++	+ Indirecta	+++	Años noventa
<i>Movilización comunitaria</i>	(No incluido en referencia)	+	0/+ Indirecta	++	Años noventa

[§] Según CMS-OMS (2001).

(Family Health International, 1997). No hay estudios sobre *programas de consejería y tamizaje voluntario* como modelo de intervención activa en HSH en el mundo en desarrollo. Se presume que éstos deberían, en lo posible, contar con personal de la comunidad y ofrecerse en espacios amigables. Un amplio número de ONG ha implementado programas de consejería y tamizaje voluntario para hombres gay en la región, aunque éstos se limitaban generalmente a los hombres autoidentificados como gay en las ciudades capitales. No hay casos de programas de promoción activa de la consejería y tamizaje, excepto los que se ejecutaron en estudios de prevalencia e incidencia (ONUSIDA/LCLCS, 1999).

Tampoco existen datos de programas, o ensayos clínicos, de *manejo mejorado de ITS* para reducir la transmisión de VIH (aunque uno se iniciará en Lima en el marco del HIV Prevention Trials Network, para evaluar el impacto de la terapia supresiva de herpes genital en la incidencia de VIH). Se presume que, dado que algunas ITS son factores de riesgo independientes para VIH, estos programas deberían tener un impacto dependiente de la prevalencia de estas enfermedades y la incidencia de VIH. Estos implican, ciertamente, el entrenamiento del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de ITS anales y rectales (CMS-OMS, 2001).

Las campañas en medios sirven para instalar el tema del SIDA y su prevención con la población general, pero no para cambiar conductas. Algu-

nas ONG han realizado pequeñas campañas en medios de la comunidad, aunque relativamente limitadas por sus bajos presupuestos (ONUSIDA/LCLCS, 1999). En algunos casos las campañas recibieron financiamiento gubernamental o fueron solicitadas por el gobierno.

Movilización comunitaria (incluyendo la prevención de nuevas infecciones y la atención de los afectados). Este tipo de intervención puede verse como una versión integrada de las anteriores, que además incorpora un componente político de movilización comunitaria y promoción de ciudadanía, desde una perspectiva de empoderamiento. Algunos programas de esta índole se han gestado en la región (Cáceres *et al.*, en preparación), aunque sin una evaluación de impacto incluida. Pueden ser una base importante para la concepción de la integración entre la prevención y la atención, dado que ambas son dimensiones interrelacionadas de un solo problema, y es la racionalidad burocrática la que las separa. La excelente iniciativa de ONUSIDA de promover el trabajo de grupos organizados (en una red regional) conjuntamente con los gobiernos para el desarrollo de planes estratégicos fue un buen ejemplo del primer paso para, al mismo tiempo, fortalecer organizaciones gay con trabajo en SIDA tanto dentro de sus países como en su estructuración como red, y, por otro lado, promover en los gobiernos una apertura a la interlocución con esta red para el desarrollo de planes para actuar sobre la compleja epidemia entre HSH (Meléndez *et al.*, 2000).

PROGRAMAS ENFOCADOS EN LA TRANSMISIÓN MADRE-NIÑO

Sin profilaxis, la transmisión madre-niño ocurre entre una cuarta parte y la mitad de madres portadoras de VIH que dan de lactar, debiéndose a la lactancia aproximadamente la mitad de tales infecciones (De Cock *et al.*, 2000; Nduati *et al.*, 2000). Por el respaldo político que las acciones a este nivel suelen generar, así como por el relativamente pequeño número de mujeres embarazadas con VIH en la región (entre 0,1% y 2% según la vigilancia epidemiológica [OPS, 2000]), ha sido amplia la adopción de programas preventivos de transmisión perinatal por parte de los gobiernos de la región, particularmente en lo referente al empleo de antirretrovirales. El cuadro 4 esquematiza la implementación de estos programas.

La profilaxis de gestantes con regímenes cortos de zidovudina ó nevirapina ha demostrado reducir la transmisión perinatal en 37% a 50% en

tratamiento, y otros fueron adoptando dicho régimen o sucedáneos (v.g. el régimen de nevirapina) en años posteriores. Durante la reunión se propuso la adopción del protocolo ACTG076 y la continua investigación de opciones adecuadas, dada su complejidad y su costo de aproximadamente US\$ 1.000 por caso (Arredondo, 1999).

Substitución de lactancia materna. Según demostró un ensayo clínico en Kenya (Nduati *et al.*, 2000), la substitución de lactancia materna en madres seropositivas redujo la transmisión de VIH en 44%, y condujo a un 21% de mayor sobrevivencia infantil libre de VIH luego de 2 años. La substitución de lactancia materna fue adoptada hacia inicios de la segunda mitad de los años noventa en muchos de los países de la región, y su utilización se fue incrementando, según se informó en el encuentro regional sobre este tema a fines de 1997 (SIDALAC, 1998), el cual concluyó recomendando la adopción de la substitución.

Cuadro 4: Intervenciones preventivas enfocadas en la transmisión madre -niño

Tipo de intervención	Nivel de evidencia de impacto [§]	Frecuencia de implementación	Asunción desde el estado	Asunción desde los ONG	Presencia en el tiempo
<i>Suministro de anti-rretrovirales</i>	Alto	++	++ Directa	0/+	Años noventa
<i>Sustitución de lactancia materna</i>	Alto	++	++ Directa	0/+	Años noventa

[§] Según CMS-OMS (2001).

países de ingresos bajos (De Cock *et al.*, 2000) y, con menos de US\$ 100 por año de vida saludable ganado, es considerada efectiva en función del costo (Soderlund *et al.*, 1999). Como se ha mencionado, un crucial debate en la región actualmente es el de la cobertura de tratamiento antirretroviral (incluyendo inhibidores de proteasa) para todos los que tienen indicación de recibirlo; en los casos en que éste sea adoptado, la discusión sobre profilaxis antirretroviral perinatal obviamente pierde importancia. Según lo informado en un encuentro regional sobre prevención de la transmisión por lactancia materna, realizado a fines de 1997 (SIDALAC, 1998), ya un número significativo de países había adoptado el suministro profiláctico de zidovudina según el protocolo ACTG076 como estándar de

PROGRAMAS ENFOCADOS EN USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES (UDI)

Aunque realmente crucial en tres países (Argentina, Brasil y Uruguay), la epidemia entre usuarios de drogas inyectables comprende un 14% del número acumulado de casos reportados a OPS/OMS/ONUSIDA (OPS, 2000). La mayor parte de los UDI en la región (75-83%) se inyecta cocaína, la que promueve mayor frecuencia de inyección que la heroína, y así mayores opciones de infección (UNIAIDS/PAHO, 2001). Según la misma fuente, no se ha realizado muchos estudios de prevalencia en estas poblaciones en la región, pero los pocos realizados señalan que éstas varían entre 25% y 75% en Brasil, entre 30

y 45% en Puerto Rico, y alrededor de 57% en Argentina. El cuadro 5 muestra la implantación de los tipos de intervención más comunes.

des, 2000), más que como programas específicos.

Cuadro 5: Intervenciones preventivas enfocadas en usuarios de drogas inyectables

Tipo de intervención	Nivel de evidencia de impacto [§]	Frecuencia de implementación	Asunción desde el estado	Asunción desde los ONG	Presencia en el tiempo
<i>Programas de intercambio de jeringas</i>	Alto	+	+ Directa/indirecta	+	Fines de los años noventa
<i>Intervenciones de pares para reducir transmisión parenteral</i>	Alto	++	++ Directa/indirecta	++	Años noventa
<i>Intervenciones de pares para reducir transmisión sexual</i>	Medio	+	+ Directa/indirecta	++	Años noventa

[§] Según CMH-WHO (2001).

Los programas de intercambio de jeringas usadas por nuevas, genéricamente denominados “programas de reducción de daños”, han demostrado impacto sobre las conductas de riesgo para VIH entre los UDI (IHPS/UCSF, 1997), aunque dada la baja probabilidad de infección en una inyección, de 0,3% (Simonsen *et al.*, 1999), y asumiéndose tres inyecciones por día por cada UDI, se requiere llegar con el programa a 110 individuos infectados para prevenir una nueva infección (CMS-OMS, 2001). Los costos del programa por participante, sin embargo, son considerados bajos (Riehman, 1998), y se ha calculado que el costo por infección evitada en los Estados Unidos es de \$3.800 a \$100.000 menor que el costo del tratamiento de una persona infectada con VIH durante su vida (IHPS/UCSF, 1997). En América Latina, programas de prevención en UDI exitosos han sido organizados en Brasil (Telles, 1998).

Los programas basados en pares para prevención en el uso de equipo de inyección son también útiles, incrementando conductas preventivas (v.g. limpiar equipo, no compartir agujas) y consiguiendo referencias para tratamiento del uso de heroína (Needle *et al.*, 1998). En Brasil, componentes de educación de pares de UDI han sido incorporados en programas integrales (Gue-

Programas basados en pares para prevención de la transmisión sexual. Existe menor nivel de evidencia de la efectividad de programas de pares para promover la adopción de prácticas sexuales seguras entre los UDI (Semaan *et al.*, 2000). En América Latina, el uso de condones entre ellos es muy bajo (UNAIDS/PAHO, 2001). No se ha reportado programas específicos con esta finalidad en la región, aunque se incluye mensajes en este sentido en las demás intervenciones con UDI.

PROGRAMAS ENFOCADOS EN EL CONTROL DE SANGRE Y DERIVADOS

La transmisión por sangre y derivados fue importante en América Latina durante la década de los años ochenta, antes del pleno establecimiento de políticas de tamizaje más o menos universales (aunque con calidad y cobertura variables). Conforme éstas fueron siendo establecidas, junto con otras medidas tales como la promoción de la autoselección de donantes y la relativa proscripción de donaciones comerciales, la importancia de esta fuente de infección ha ido disminuyendo rápidamente, aunque aún se dan casos de infección por esta vía (OPS, 2000). El cuadro 6 esquematiza los programas de prevención de la transmisión por sangre y derivados.

Cuadro 6: Intervenciones preventivas de la transmisión por sangre y derivados

Tipo de intervención	Nivel de evidencia de impacto [§]	Frecuencia de implementación	Asunción desde el estado	Asunción desde los ONG	Presencia en el tiempo
<i>Tamizaje VIH de la sangre</i>	Alto	+++	+++ Directa	0	Años ochenta y noventa
<i>Capacit. médica para reducir transfusiones</i>	Alto	++	++ Directa/indirecta	0/+	Años noventa
<i>Filtrado de los donantes según historia personal</i>	Alto	+++	+++ Directa	0	Años ochenta y noventa
<i>Educación médica en bioseguridad</i>	(no incluido en referencia)	+++	+++ Directa	+	Años ochenta y noventa

[§] Según CMH-WHO (2001).

El tamizaje de la sangre para anticuerpos VIH se ha consolidado casi como un estándar mínimo en la región en lo referente a normatividad, aunque el cumplimiento de las normas según los países está sujeto a las limitaciones inherentes a cada sistema de salud. La organización de los sistemas de salud (atravesando procesos de reforma en muchos países) suele influir en la calidad del tamizaje. Por lo general, los servicios más rurales y orientados a poblaciones más pobres tienen procedimientos de tamizaje menos completos y menos efectivos.

Se ha implementado con cierta frecuencia *programas de educación médica y normas técnicas* para reducir indicaciones de transfusiones en la

región, en el marco de la capacitación de personal de salud, incluyendo el de bancos de sangre, enmarcados en procesos de entrenamiento en bioseguridad y para reducir riesgos ocupacionales e infecciones iatrogénicas.

La *promoción de la autoexclusión de donantes* según factores de riesgo ha sido también una práctica habitual en los bancos de sangre en la región prácticamente desde el establecimiento del tamizaje, atendiendo al período ventana entre infección y seroconversión. En contextos de mayor prevalencia de infección, estos programas pueden eliminar a una buena proporción de donantes seropositivos antes de realizar el tamizaje (Schutz *et al.*, 1993).

Una mirada a los actores de la experiencia regional

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

Los primeros programas gubernamentales de SIDA se establecieron en la región a inicios de la segunda mitad de los años ochenta, casi en coincidencia con el establecimiento del Programa Global de SIDA de la OMS (PGS/OMS), el cual tuvo la posibilidad de trabajar con elevados niveles de financiamiento y destinó fondos a cada región a través de sus oficinas regionales, las cuales propiciaron el diseño de planes multisectoriales de mediano plazo por parte de cada programa nacional, financiando parte de sus presupuestos (Cueto, 2001). Este proceso llevó al desarrollo de programas con elementos parecidos y estrategias que, al menos en el diseño, eran también similares, incluyendo programas de prevención con distintos grupos poblacionales. Este proceso entra en declive con la reducción paulatina del financiamiento del GPS y la transición, a mediados de la década de los noventa, hacia un Programa Conjunto de Naciones Unidas frente al SIDA (ONUSIDA), el cual se define fundamentalmente como un ente de cooperación técnica, dejando de lado tareas significativas de financiamiento. Esta transición coincidió, en América Latina, con la decisión de los programas gubernamentales de control de SIDA más consolidados, de conformar un Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), una red de programas regionales de ETS/SIDA que se convirtió en espacio de importante cooperación e intercambio, y con el tiempo se convirtió en interlocutor directo de ONUSIDA, con el liderazgo fundamental de Brasil y, en menor medida, de Chile, Argentina y México. Su formación y experiencia se plantean como ejemplo de práctica óptima en la lucha contra el SIDA (GCTH, 1999).

La diversidad de la respuesta regional frente al SIDA, por otro lado, hace necesario plantear casos paradigmáticos según país. Es innegable que Brasil organizó el programa nacional más grande y poderoso de la región, con acciones en prevención financiadas con base en un préstamo del Banco Mundial (BIRF), y luego con un vasto

programa de tratamiento antirretroviral combinado universal para las personas con indicación de recibirlo, financiado con recursos federales y estatales (Galvão, 2000). Este programa constituye en sí un ejemplo de práctica óptima frente al SIDA (Brazilian AIDS Control Program, 2000). Asimismo, países como Argentina, México, Chile y Perú han desarrollado programas importantes. Argentina obtuvo también un préstamo del BIRF para acciones de prevención, y cubrió costos de tratamiento con fondos de seguros nacionales de salud, aunque tuvo dificultades para integrar estas acciones entre sí y con las acciones de normativización de la atención (Bianco, 1997). México, Chile, Perú, Honduras y República Dominicana utilizaron donaciones internacionales, fundamentalmente para acciones de prevención y capacitación en distintas áreas (Saavedra y Magis, 1998; Cueto, 2001). Otros países experimentaron mayores dificultades para organizar programas de impacto, aunque a muchos de ellos les fue útil su participación en el GCTH.

En términos generales, las estrategias para la prevención de la infección por VIH implementadas por los programas nacionales de la región se caracterizan por lo siguiente:

- La priorización de la protección de los bancos de sangre y la educación en bioseguridad desde mediados o, en algunos casos, fines de los años ochenta.
- La adopción, en algunos casos, de estrategias de manejo mejorado de ITS, en los servicios de salud, desde mediados de los años noventa.
- Una concentración en programas preventivos dirigidos a la población general desde mediados a fines de los años ochenta, incluyendo en algunos casos programas de educación de pares con trabajadoras sexuales, y más frecuentemente campañas esporádicas en medios masivos, programas de consejería

y tamizaje voluntario; esporádicamente programas en varones privados de libertad.

- El apoyo de programas de educación sexual para jóvenes generalmente organizados desde el sector educación.
- El establecimiento de normas para la prevención de transmisión perinatal a mediados de los años noventa en varios países de la región, basadas en profilaxis antirretroviral y sustitución de lactancia materna.
- Resistencia para el trabajo con hombres que tienen sexo con otros hombres y con usuarios de drogas inyectables, grupos con los que se comienza a realizar acciones, generalmente de modo indirecto, hacia fines de los años noventa.
- Un aprendizaje paulatino de formas de trabajar eficientemente con organizaciones comunitarias, incluyendo (hacia fines de los años noventa), las organizaciones de personas viviendo con VIH.

ORGANIZACIONES COMUNITARIAS

La situación de las ONG en la región también ha sido variable. El país de mayor desarrollo de organizaciones de la sociedad civil fue también Brasil, probablemente, gracias a su rica tradición política de base (Galvão, 2000). Otros países con una respuesta comunitaria importante fueron México, Chile y Colombia. Algunas redes han sido importantes en el transcurso del tiempo, tanto nacionales (Mexicanos contra el SIDA, Red SIDA-Perú [Cueto, 2001]) como internacionales (Consortio Latinoamericano de Organizaciones de Servicios en SIDA ó LACCASO, la Asociación para una Salud Integral y Ciudadanía en América Latina, ó ASICAL, y las redes de personas viviendo con VIH [Meléndez *et al.*, 2000; Hourcade, 1999]).

En América Latina la denominación de “organización no gubernamental” incluye a instituciones que varían desde las “de base comunitaria” y bajo nivel de profesionalización, de corte más influido por el activismo, hasta las más profesionalizadas, orientadas al trabajo en desarrollo (como ejecutoras de cooperación internacional)

o la investigación académica. Ello implica una gran diversidad de formas de organización y niveles de institucionalización, sin hablar de presupuestos y alcance de acciones.

Muchas de las organizaciones comunitarias menos profesionalizadas de lucha contra el SIDA fueron constituidas, explícitamente o no, por hombres gay. Otras tantas fueron o son, de hecho, organizaciones gay que asumieron objetivos en relación al SIDA. Un tercer grupo estuvo orientado fundamentalmente al trabajo con jóvenes, con un enfoque de salud sexual. Finalmente, un tipo particular de instituciones comunitarias organizadas en torno al SIDA en la región, además, ha estado constituido por las organizaciones de personas viviendo con VIH. Algunas de estas organizaciones se fueron profesionalizando con el tiempo, lo que en ocasiones les permitió acceder a nuevas fuentes de financiamiento (Parker, 2000).

El trabajo realizado por las organizaciones comunitarias se puede caracterizar, en términos generales, por lo siguiente:

- Organización, desde mediados de los años ochenta, de programas pequeños con base en la voluntad de sus miembros de “hacer algo”, aunque con insuficiente respaldo de datos de investigación, fondos y alcance limitados o fluctuantes, e infrecuente realización de actividades de monitoreo y evaluación.
- Desarrollo, pese a ello, de tecnologías de abordaje de poblaciones de difícil acceso tales como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en diversos contextos de clase, identidad sexual, y exclusión social; niños y adolescentes de la calle, incluyendo los dedicados al trabajo sexual; privados de libertad; y minorías étnicas.
- Tendencia a producir, desde el activismo, estrategias orientadas a enfoques más integrales de prevención y atención, en el marco de una movilización comunitaria y de la promoción del ejercicio ciudadano de las poblaciones con las que trabajaban.
- Progresivo acercamiento a los programas nacionales de SIDA.

OTROS ACTORES

En la región tiene interés mencionar a los programas de control de SIDA e ITS de las fuerzas armadas y policiales de varios países, los cuales constituyeron una red regional y compartieron experiencias de prevención entre reclutas y el

resto de su personal. Aunque no existen datos sobre evaluación de programas de prevención ejecutados por ellos, llegaron a instalar muy claramente la importancia de la prevención del VIH en sus instituciones, lo que constituye un valioso logro político.

Prácticas óptimas y programas efectivos para la prevención del VIH en la región

La revisión de los materiales publicados por ONUSIDA en su página web permite identificar ejemplos de prácticas óptimas.

Con hombres que tienen sexo con hombres, la realización de una consulta técnica sobre programas de prevención, atención y apoyo en América Latina y el Caribe orientados a esta población (UNAIDS, 1999a). Esta actividad fue continuada con el apoyo a la Asociación para una Salud Integral y Ciudadanía en América Latina (ASICAL), la cual, constituida por organizaciones comunitarias de varios países, desarrolló un Manual de Planificación Estratégica con esta población (UNAIDS/LCLCS, 1999) y luego organizó reuniones multisectoriales subregionales para el diseño de planes específicos de prevención y atención en poblaciones HSH (Meléndez *et al.*, 2000).

Con usuarios de drogas inyectables, Brasil fue paradigmático en la implementación de programas de reducción de daños y no dio espacio a tensiones como las observadas en Estados Unidos. Aunque no evaluados en detalle en términos de impacto, estos programas constituyen un ejemplo de logro en países en desarrollo (Guedes, 1999, Telles 2000).

Migración (México y Centroamérica). La industria maquilera de México y Centroamérica, así como la migración estacional a Estados Unidos para el trabajo agrícola por parte de muchos mexicanos justificaron la realización de estudios que demostraron la presencia de riesgos y luego dieron lugar a intervenciones piloto (Bronfman *et al.*, 1998).

Programas comunitarios. Algunos programas comunitarios brasileños, y particularmente Proyecto Hope (ONUSIDA 1999b), han sido también reconocidos como ejemplares por su capacidad para ver el problema de la epidemia en su complejidad, y organizar una respuesta que refleje esta mirada, atendiendo varias dimensiones del

problema simultáneamente y promoviendo la participación comunitaria.

Programa Nacional de ITS/SIDA de Brasil. Pese a inevitables críticas a lo largo de su historia por parte de diversos sectores, el programa organizado por el Ministerio de Salud de Brasil como respuesta a la epidemia es uno de los mayores del mundo en complejidad y montos de financiamiento, y se le reconocen claros méritos en su capacidad de concebir respuestas a las varias dimensiones de la epidemia brasileña en adecuada interacción tanto con las necesidades políticas de nivel más alto como con las preocupaciones patentes en la opinión pública. Su programa de tratamiento antirretroviral universal, el primero en organizarse en la región y uno de los mayores del mundo, constituye una muestra singular de compromiso político, que le ha permitido además demostrar una clara disminución en la mortalidad por SIDA desde su establecimiento (Brazilian ACP, 2000), y en cuya defensa organizó además una exitosa campaña internacional para la reducción de costos de los antirretrovirales por parte de las transnacionales farmacéuticas, la cual terminó recibiendo el respaldo de la Organización de las Naciones Unidas y contribuyó a la creación del Fondo Global para el SIDA y otras enfermedades (Organización de las Naciones Unidas, 2001).

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN: ELEMENTOS FACILITADORES Y OBSTÁCULOS

El documento de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS recomienda, como *criterios para priorizar intervenciones*, los siguientes (CHS-OMS, 2001):

Centralidad en relación con la epidemia: Debe priorizarse las intervenciones que más directamente se vinculan con las poblaciones más afectadas, o que actúan sobre las vías de transmisión más importantes. Uno de los mayores problemas

en la región ha tenido que ver con la relativa ausencia de intervenciones dirigidas a hombres que tienen sexo con otros hombres, la población más afectada en América Latina, que tuvo entre sus causas⁷ la política internacional de convertir al SIDA en un “problema de todos”, limitando así la justificación para programas enfocados en esta población.

Impacto potencial: Debe priorizarse las intervenciones que mayor impacto pueden tener sobre las poblaciones accesibles en las condiciones existentes, según datos de efectividad. Los programas de manejo mejorado de ITS, por ejemplo pueden tener mayor efectividad en la prevención del VIH cuando la prevalencia de estas infecciones es elevada (CMS-OMS, 2001).

Efectividad para el costo: Las campañas de medios pueden verse, en perspectiva, como ejemplos de intervenciones con muy bajo margen de efectividad para su costo, pues éste último es elevado, mientras su capacidad para cambiar conductas es muy baja.

El documento sugiere también, como factores que contribuyen al desarrollo de programas efectivos de lucha contra el SIDA, los siguientes:

- Compromiso gubernamental, y programas con presupuesto y apoyo político adecuados. El caso más consistente en la región es el brasileño, aunque Chile es también un ejemplo de un programa exitoso a ese nivel. Perú lo fue en ciertos momentos.
- Un papel limitado de la influencia de la Iglesia (Brasil es un ejemplo de la colaboración de una iglesia particularmente progresista, mientras Chile plantea el caso de un cuidadoso equilibrio del estado con una iglesia poderosa y conservadora).
- Una respuesta adecuada de la sociedad civil, también ejemplificada por los casos brasileño y chileno.

⁷ Además de la limitada condición de ciudadanos de los miembros de esta población a ojos del estado, así como de la dificultad de éste para trabajar con aquélla por carencia de personal idóneo y canales adecuados.

- Una comprensión y enfrentamiento de factores estructurales, vinculados a la pobreza, la exclusión social y el estigma.
- Una adecuada priorización de las estrategias, según la epidemiología y la evidencia.
- Una respuesta adecuada de la academia y la investigación.

La *capacidad del sector público para emprender programas de prevención*, ha sido muy variada entre los países de la región. Generalmente el personal de salud recibe una limitada formación en ciencias sociales y comunicaciones y, más aún, escasa o nula formación para el trabajo con poblaciones vulnerables. Adicionalmente, es frecuente una limitada capacidad para generar y usar evidencia epidemiológica para guiar acciones y programas preventivos.

En razón de lo anterior, se plantea como *necesidades en relación al personal de salud* en la mayor parte de países: su composición, entrenamiento y la colaboración con organizaciones comunitarias.

Composición: El personal con funciones de diseño y coordinación de acciones preventivas debe incluir profesionales de las ciencias sociales y la comunicación social o la educación. En el equipo debe haber también algún profesional del derecho.

Entrenamiento: Este tema tiene tres ramificaciones que deben tenerse en cuenta: el entrenamiento clínico-asistencia, el entrenamiento social y el entrenamiento administrativo. En lo clínico-asistencial es importante lograr la inclusión de habilidades para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades observadas en HSH (por ejemplo, ITS y otros problemas en ano y recto) y usuarios de drogas. En el entrenamiento social deben incorporarse visiones integradoras sobre cambios de comportamiento, sexualidad y cambios culturales; al igual que visiones sobre movilización comunitaria y habilidades para el relacionamiento con minorías sexuales y grupos vulnerables. En el entrenamiento administrativo deben incluirse habilidades para la planificación estratégica y la evaluación de programas.

Desarrollo de *colaboración con organizaciones comunitarias*, que permita la posibilidad de un trabajo horizontal y el desarrollo de confianza

mutua, que porta el beneficio adicional del acceso a poblaciones de interés.

La prevención en el contexto de tratamiento y cuidado: hacia un enfoque integral

Las acciones en atención, tratamiento y reducción del impacto social con fondos públicos a nivel de la región han mostrado gran diversidad en profundidad, cobertura y gastos. Mientras que en algunos países éstas fueron mínimas, en otros —como Argentina— fueron las acciones más significativas, dada la tradición de la práctica sanitaria en ese país, en contraposición con las reducidas y poco efectivas acciones preventivas (Bianco, 1997).

Incluso cuando se trabaja dimensiones asistenciales, éstas son manejadas desde un punto de vista casi exclusivamente médico, sin considerar cuestiones de calidad de vida, derechos humanos y participación ciudadana, o la referencia a éstas queda en un nivel declarativo. En el Perú, se produjo una ley sobre SIDA bastante moderna y atenta a las vulnerabilidades, así como un documento de doctrina y estrategias que utiliza un lenguaje de avanzada y un enfoque integral, pero la ejecución del programa devino, con el tiempo, en una concentración en vigilancia epidemiológica, laboratorio y control de ITS, pero la dimensión de reducción del impacto social nunca fue desarrollada de forma adecuada (Cueto, 2001).

La articulación entre prevención, y tratamiento y cuidado generalmente ha sido difícil desde la institucionalidad burocrática de los programas y los establecimientos, tanto desde el lado de países que se concentraron en la prevención y desestimaron la posibilidad de tratamiento, como desde el lado de países con una tradición asistencial. A continuación se plantean varias ideas para tentar una mejora en la misma.

- Utilizar creativamente los conceptos tradicionales de la salud pública que plantean la prevención primaria como un nivel de prevención (junto a la prevención del desarrollo de la enfermedad [prevención secundaria], y la prevención de la muerte o las secuelas en

tre quienes la han desarrollado [prevención terciaria]); oportunamente redefinir (o ampliar) las nociones de prevención secundaria y terciaria como “reducción del impacto social”, incorporando a las personas viviendo con VIH/SIDA.

- Desarrollar acciones de propugnación (*advocacy*) para elevar la conciencia sobre el hecho de que tanto la prevención como la atención enfrentan obstáculos comunes: la discriminación y la exclusión dificultan la prevención así como la atención (por limitaciones de acceso y adherencia) y las perspectivas de calidad y cantidad de vida.
- Señalar la interrelación causal entre prevención y atención: Una epidemia no contenida aumentará la demanda sobre los servicios y alterará la calidad de éstos; los problemas o limitaciones en la atención y el tratamiento contribuirán a una epidemia continuada⁸.
- Promover el fortalecimiento comunitario y el desarrollo de respuestas desde la comunidad. Estas respuestas han tendido a ser integradas, en tanto la comunidad vive el problema como un todo con varios aspectos, y no bajo la lógica de subespecialización burocrática de los programas gubernamentales.
- Finalmente, a nivel administrativo, si las funciones de gerencia de la prevención y el tratamiento no están unidas, es preciso asegurar su coordinación mediante mecanismos claros y prácticos.

⁸ Se reconoce, sin embargo, la evidencia contradictoria de programas de tratamiento antirretroviral causando tal vez una disminución de la infectividad, pero un incremento en las conductas de riesgo.

Conclusiones

La revisión aquí presentada nos permite plantear las siguientes conclusiones sobre la experiencia y perspectivas de los esfuerzos de la sociedad para la prevención de la infección por VIH en América Latina y el Caribe:

La distribución epidemiológica de la infección por VIH y SIDA en la región muestra *heterogeneidad subregional*, aunque sugiere un patrón de *epidemias concentradas* fundamentalmente en poblaciones de *hombres que tienen sexo con hombres* (muchos de los cuales tienen uniones estables con mujeres), y en el sureste del continente, entre *usuarios de drogas inyectables*. En ciertas áreas de América Central y el Caribe se observa una tendencia hacia *cierto grado de generalización* pero con niveles de equilibrio bajos.

Pese a su no generalización, la epidemia de VIH ha tenido un *impacto elevado en la opinión pública*, y ha *movilizado a los gobiernos y comunidades* para la organización de acciones de respuesta, lo cual ha constituido sin duda una oportunidad para la región. La mayor parte de países establecieron programas nacionales de control de SIDA dentro o con preeminencia del sector salud, aunque su importancia política y los presupuestos que manejaron variaron considerablemente entre países y dentro de la región. Estos programas priorizaron mayormente esfuerzos en prevención, dirigidos sobre todo a la población general y dentro del sistema de salud (tamizaje de sangre, bioseguridad, profilaxis perinatal, manejo fortalecido de ITS). Simultáneamente, muchas organizaciones comunitarias, algunas preexistentes y otras recién formadas, desarrollaron acciones que se concentraron en poblaciones vulnerables. En conjunto, la región ha producido varios ejemplos de prácticas óptimas frente a la infección, en particular frente a hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables, programas comunitarios y migración.

Internacionalmente, los *enfoques de la prevención* de la infección han transitado entre visiones

individualistas (el modelo de opciones personales con base en información) y concepciones sobre la preeminencia de lo estructural (el modelo de la exclusión social y la vulnerabilidad), pasando por visiones culturalistas (el modelo de las normas sociales obstaculizadoras). Los programas implementados en la región reúnen elementos en estos tres niveles, aunque en su mayoría partieron del primero, pues corresponde a una arraigada concepción médica sobre las conductas relativas a la salud, y porque tanto la comprensión de la vulnerabilidad como su abordaje les resultaban complejos. Es necesario, por ello, *promover intervenciones que incorporen más plenamente la concepción de cambios estructurales* (por ejemplo, la reducción de la pobreza, las inequidades de género y la discriminación de minorías sexuales y étnicas, que disminuye el acceso a servicios de salud y educación, así como al ejercicio de los derechos ciudadanos), conservando adecuada factibilidad y simplicidad.

La *priorización de intervenciones* debería considerar la pertinencia de éstas para la configuración de la epidemia en cuestión (subpoblaciones más afectadas), así como su potencial de impacto y su relación costo-efectividad, según la evidencia disponible. De ello se desprende que la respuesta de los gobiernos regionales a la epidemia ha tenido, pese a sus relativos éxitos, grandes limitaciones: (a) Una población en la cual ésta se halla concentrada en casi todos los países, la de hombres que tienen sexo con hombres, ha sido abordada tardíamente y aún de manera incompleta, por una combinación de motivos que incluyen el difícil acceso a esta población, la falta de destrezas para el abordaje de esta población por el sistema de salud, las limitaciones en el entendimiento de esta población, y la homofobia cultural; (b) las intervenciones han sido implementadas generalmente con base en tendencias regionales y no con base en evidencias sobre su impacto o con datos sobre su relación costo-efectividad.

En conexión con lo anterior, las posibilidades de un entendimiento más complejo de la epidemia y de sus necesidades en el área de prevención, así como de una mejor evaluación de las acciones implementadas, plantean la importancia de complementar la capacitación de los equipos encargados de los programas de control de SIDA en las perspectivas de ciencias sociales y comunicación social, y/o de enriquecerlos con profesionales provenientes de dichas áreas. Similar necesidad existe en cuanto a entrenamiento en planificación, monitoreo y evaluación de programas.

La tendencia burocrática hacia concebir las acciones de prevención como ajenas a las de tratamiento y cuidado debe revertirse si es que se ha de tomar en serio los compromisos para mejorar la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, y sobre todo si se quiere abordar la complejidad del problema de manera integral, atendiendo a las insoslayables relaciones de causalidad mutua entre la inacción en prevención y la inacción en atención y cuidado, y retomando una visión más comunitaria de los problemas de salud. En tal sentido, se deberá realizar esfuerzos conceptuales y administrativos en la dirección de una integración paulatina de ambos tipos de acciones.

La información disponible sobre gasto de los programas de SIDA, fuera de revelar heterogeneidad en los sistemas de salud y sus modalidades de registro de gastos, muestra también enormes variaciones en los montos gastados, en las

fuentes de financiamiento de éstos (incluyendo el gasto público y el gasto de los hogares), y en la proporción destinada a la prevención. Con dicha información es difícil, sin embargo, analizar el gasto en prevención en subgrupos poblacionales o según vías de transmisión. Es de gran importancia mejorar las fuentes de información sobre gasto regional en SIDA, asegurando comparabilidad entre países, de modo que permita un análisis de la racionalidad económica seguida en los esfuerzos preventivos implementados. Es igualmente importante asegurar procedimientos de medición del impacto de los programas, de modo de permitir análisis de costo-efectividad a nivel regional.

El balance general de la respuesta regional a la epidemia es probablemente positivo, pues, pese a las limitaciones señaladas, ha resultado sin duda en un agente movilizador para el cambio social en la dirección de una mayor solidaridad y una mejor conciencia de la opresión y las inequidades en el acceso a los servicios y en el ejercicio de los derechos ciudadanos, y ha influido de una manera aún no reconocida con total justicia en la cultura institucional del sector salud. La configuración de la epidemia en la región permite suponer un potencial importante de impacto en la transmisión del virus si se realizan los ajustes adecuados a los programas existentes tanto desde el estado como desde la sociedad civil, y si se rescata y replica lo mejor de la experiencia regional.

Referencias

- Aggleton, P. (Ed). 1999. *Men Who Sell Sex*. Londres: UCL Press.
- Alstead, M., Campsmith, M., Halley, C.S. Hartfield, K., Goldbaum, G. y Wood, R.W. 1999. Developing, Implementing, and Evaluating a Condom Promotion Program Targeting Sexually Active Adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 6: 542-557
- Arredondo, A. 1999. Epidemiología del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Niveles actuales, tendencias y tipología de la epidemia. En: Izalola, J., ed, *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria*. México: SIDALAC/FUNSAUD/ONUSIDA, México.
- Bianco, Mabel. 1997. ETS y VIH/SIDA en Argentina: un problema de mujeres. En Rico, B., Vandale, Susana; Allen Betania y Liguori, Ana Luisa, *Mujeres y el VIH/SIDA*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Brazilian STD/HIV Control Program. 2000. *The Brazilian Response to HIV/AIDS: Best Practices*. Ministerio de Salud, Brasilia.
- Bronfman, M, Sejenovich, G, Uribe, P. 1998. Migración y SIDA en México y América Central. Una revisión de la literatura. *Angulos del SIDA*. Ciudad de México.
- Cáceres, C. 1998. Salud sexual en una ciudad joven: un programa comunitario de salud sexual con y para los jóvenes. Lima: UPCH/REDESS Jóvenes.
- Cáceres, C. 1999. Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. En Izalola, J. ed., *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria*. México: SIDALAC/FUNSAUD/ONUSIDA.
- Cáceres, C, Rosasco, A. 2000. *Secreto a voces: Homoerotismo masculino en Lima – Identidades, culturas y salud sexual*. Lima: UPCH/REDESS Jóvenes.
- Cáceres C, Terto V, Pecheny M, Brito A, Toro J, Guajardo G, Frasca T. (en preparación): *Confrontando la epidemia por VIH/SIDA entre hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe*. Lima: ONUSIDA/UPCH.
- Cahn, Pedro, Bloch, Claudio y Weller, Silvana .1999. *El SIDA en Argentina*. Buenos Aires: Arkhetypo.
- Chequer, P. 1998. Impact of HIV/AIDS Antiretroviral Treatment on Prevention and Surveillance Activities. II International Symposium on HIV Prevention. Ginebra.
- Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. 2001. *The Evidence Base for Interventions to Prevent HIV Infection in Low and Middle -Income Countries*. CMS Working papers series, WG5:2. Ginebra: OMS.
- Cueto, Marcos. 2001. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú*. Lima: UPCH.

- De Cock, K.M., Fowler, M.G., Mercier, E., de, V., Saba, J., Of., E., Alnwick, D.J., Rogers, M. y Shaffer, N. 2000. Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating Research into Policy and Practice. *Journal of the American Medical Association*, 283: 1175-1182.
- Del Río, Carlos. 1997. Introducción. Mujer y SIDA: Conceptos sobre el tema. En Rico, B.; Vandale, Susana; Allen, Betania y Liguori, Ana Luisa, *Mujeres y el VIH/SIDA*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Deschamps, M.M., Pape, J.W., Hafner, A. Y Johnson, W.D., Jr. 1996. Heterosexual Transmission of HIV in Haití. *Annals of Internal Medicine*, 125: 324-330.
- Family Health International. 1997. *AIDS Control and Prevention Project*, August 21, 1991 to December 31, 1997, Final Report Volume 1. 97. 20-2-2001.
- Fox, R. 2000. Tanzanian AIDS Project Works Towards “Good Things for Young People”. *The Lancet*, 355: 1703.
- Frankis, Jamie; Flowers, Paul & Hart, Graham 1999. *Gay Men’s Task Force: Preliminary Evaluation of service delivery*. Glasgow: MRC.
- Fuller, N. 1997. Identidades masculinas. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Galvão, J. 2000. AIDS no Brasil. A agenda da construção de uma epidemia., Rio de Janeiro: ABI-A/Editora 34.
- García, P. et al. 1997. Un programa de tratamiento de ETS basado en farmacias. Libro de resúmenes, III Congreso de ULACETSS, Lima.
- GCTH 1999. Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en América Latina y el Caribe. Histórico. www.GCTH-sida.org
- Grosskurt, H., Mosha, F., Todd, J., Mwjarabi, E., Klokke, A., Senkoro, K., Mayaud, P., Changalucha, J., Nicoll, A., y ka-Gina, G. 1995: Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomized Controlled Trial. *The Lancet*, 346: 530-536.
- Guajardo, G. 1998. Homofobia cultural en Chile. FLACSO, Santiago.
- Guedes, R. 2000. Integrated Pilot Project for Prevention of STDs and HIV/AIDS among Rio’s Low-Income Population (Brazil). <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/brazil/intpilot.html>
- Herd, G. 1997. Same sex, different cultures. Boulder, Colorado: Westview press.
- Higgins, D.L., Galavotti, C., O’Reilly, K.R., Schnell, D.J., Moore, M., Rugg, D.L. y Johnson, R. 1991. Evidence for the Effects of HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. *JAMA*, 266:2419-2429.
- Hourcade, J. 1997. Viviendo con VIH. En Izazola, J. ed., *SIDA: Estado actual del conocimiento*. Basado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá. México: SIDA-LAC/FUNSAUD.

- Institute For Health Policy Studies, University of California San Francisco. 1997. The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusion and Recommendations. http://hivinsite.ucsf.edu/topics/needle_exchange/2098.298c.html.
- Izazola, J (Ed). 1998. Situación de la lactancia materna y la transmisión del VIH en América Latina. México: SIDALAC/FUNSAUD.
- Kamb, M.L., Fishbein, M., Douglas, J.M, Rhodes, F., Rogers, J., Bolan, G., Zenilman, J., Hoxworth, T., Malotte, C.K., Iatesta, M., Kent, C., Lentz, A., Graziano, S., Byers, R.H. Y Peterman, T.A. 1998. Efficacy of Risk-Reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases: A Randomized Controlled Trial. Project RESPECT Study Group. *Journal of the American Medical Association*, 280: 1161-1167.
- Kegeles, S.M., Hays, R.B. y Coates, T.J. 1996. The Empowerment Project: A Community-Level HIV Prevention Intervention for Young Men. *American Journal of Public Health*, 86: 1129-1136.
- Kelly, J, Murphy, D, Sikkema, K et al. 1997. Randomized, Controlled, Community-Level HIV Prevention Intervention for Sexual Risk Behavior Among Homosexual Men in US Cities. Community HIV Prevention Research Collaborative. *Lancet*, 350:1500-1505.
- Lama, J. et al. 1997. Prevalencia de infección por VIH entre hombres homosexuales en Lima. Libro de resúmenes, Congreso de ULACETSS. Lima.
- Machekano R, McFarland W., Mzezewa V., et al. 1998. Peer education intervention reduces HIV infection among factory workers in Zimbabwe. Abstract N° 15, 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, Illinois.
- Meléndez G, Stanton J, Díaz A et al. 2000. HIV/AIDS Strategic Planning with Gay Men. Abstracts Book, XIII International Conference on AIDS, Durban, July 9-14 [MoPpD1120].
- Ministerio de Salud del Perú. 1999. Boletín Contrásida. Lima: PROCETSS/MINSA.
- Moses, S. y Plummer, F.A. 1994. Health Education, Counseling and the Underlying Causes of the HIV Epidemic in Sub-Saharan Africa. *AIDS Care*, 6: 123-127.
- Motta, Angelica. 1999. El "Ambiente": Jóvenes homosexuales, construyendo identidades en Lima. En Panfichi, Aldo y Valcarcel, Marcel, *Juventud: sociedad y cultura*. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, Lima.
- Naciones Unidas. 2001. UNGASS: Declaración de compromiso en la Lucha contra el VIH y SIDA, 27 Junio 2001.
- Nduati, R., John, G., Mbori-Ngacha, D., Richardson, B., Oevrbaugh, J., Mwatha, A., Ndinya-Achola, J., Bwayo, J., Onyango, F.E., Hughes, J. y Kreiss, J. 2000. Effect of Breastfeeding and Formula Feeding on Transmission of HIV-1: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association*, 283: 1167-1174.
- Needle, R.H, Coyle, S.L., Normand, J., Lambert, E. Y Cesari, H. 1998. HIV Prevention with Drug-Using Populations-Current Status and Future Prospects: Introduction and Overview. *Public Health Reports*, 113, Supplement, 1: 4-18

- Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J., Arnolds, S., France-Dawson, M., Kelley, P. and McGrellis, S. 1995. Sexual Health Education Interventions for Young People: A Methodological Review. *British Medical Journal*, 310: 158-162.
- O'Hara, P., Messick, B.J., Fichtner, R.R. Y Parris, D. 1996. A Peer-Led AIDS Prevention Program for Students in an Alternative School. *Journal of School Health*, 66: 176-182
- ONUSIDA/LCLCS. 1999. *Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH*. Liga colombiana de Lucha contra el SIDA, Bogota.
- OPS. 2000. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. Surveillance Report. Washington, DC: OPS.
- Paiva V y Skinner, S. 1996. Poor and young: The Sexual Scene and Vulnerability to HIV in Urban Brazil. XI International Conference on AIDS, Abstract ThD440, Vancouver.
- Parker, Richard. 2000. *Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política*. Sao Paulo: Editora 34.
- Parker, Richard. 2000. *Beneath the Equator: Cultures of Desire, Male Homosexuality and Emerging Gay Communities in Brazil*. New York: Routledge.
- Riehman, K. S., 1998. Injecting Drug Use and AIDS in Developing Countries. In: *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World-Selected background papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, edited by Ainsworth, M. et. al., pp. 175-206. Washington, DC: Comisión Europea.
- Ross, M.W., Rigby, K., Rosser, B.R., Anagnostou, P., and Brown, M. 1990. The Effect of a National Campaign on Attitudes Toward AIDS. *AIDS Care*, 2: 339-346.
- Saavedra, Jorge y Magis, Carlos 1998. *Costos y gastos en atención médica del SIDA en México*. Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, México.
- Saavedra, J. 1999. Economía y SIDA en América Latina. En Izazola, J., ed., *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria*. México: ONUSIDA/FUNSAALUD/SIDALAC.
- Schutz, R., Savarit, D., Kadjo, J.C., Batter, V., Kone, N., La Ruche, G., Bondurand, A. and Decock, K. M. 1993. Excluding Blood Donors at High Risk of HIV Infection in a West African City. *British Medical Journal*, 307: 1517-1519
- Semaan, S., Des Jarlais, D., Hedges, L., Flores, S., Sogolow, E. and HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Project Team. 2000. Descriptive and Meta-Analytic Results of Safer Sex Outcomes for U.S.-Based HIV Risk Reduction Interventions with Drug Users. 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa.
- SIDALAC/FUNSAALUD/ONUSIDA. 2001. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA en países seleccionados de América Latina, 2000. Resultados preliminares. <http://www.sidalac.org.mx/>
- Simonsen, L., Kane, A., Lloyd, J., Zaffran, M., and Kane, M., 1999. Unsafe Injections in the Developing World and Transmission of Blood Borne Pathogens: A Review. *Bulletin of The World Health Organization*, 77: 789-800.

- Soderlund, N., Zwi, K., Kinghorn, A. and Gray, G. 1999. Prevention of Vertical Transmission of HIV: Analysis of Cost Effectiveness of Options Available in South Africa. *British Medical Journal*, 318: 1650-1656.
- The World Bank. 1997. *Confronting AIDS. Public Priorities in a Global Epidemic*. Nueva York: Oxford University Press.
- UNAIDS/FHI. 1998. Meeting the Behavioral Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes. A Joint Impact/FHI/UNAIDS Workshop. Report and Conclusions. Ginebra: UNAIDS/FHI.
- UNAIDS. 1999. Regional Consultation on HIV/AIDS Prevention, Care and Support Programmes in Latin America and the Caribbean for Men Who Have Sex with Men. UNAIDS Best Practice Collection. Ginebra.
- UNAIDS. 1999. Comfort and Hope: Six Case Studies on Mobilizing Family and Community Care for and by People with HIV/AIDS. [.pdf] UNAIDS, Ginebra.
<http://www.unaids.org/publications/documents/responses/community/una99e10.pdf>
- UNAIDS/PAHO. 2001. *HIV and AIDS in the Americas. An Epidemic with Many Faces*. Washington y Ginebra: PAHO/UNAIDS.
- UNAIDS. 2001. AIDS Epidemic Update, December 2001. UNAIDS, Ginebra.
- Wawer, M. J., Sewankambo, N. K., Serwadda, D., Quinn, T. C., Paxton, L. A., Kiwanuka, N., Wabwire-Mangen, F., Li, C., Lutalo, T., Naguloda, F., Gaydos, C.A., Moulton, L.H., Meehan, M. O., Ahmed, S. and Garay, R. H. 1999. Control of Sexually Transmitted Diseases for AIDS Prevention in Uganda: A Randomized Community Trial. Rakai Project Study Group. *The Lancet*, 353: 525-535