



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



CONSULTA TÉCNICA SOBRE PREVENCIÓN EFECTIVA DEL VIH Y SIDA CON GRUPOS DE MAYOR RIESGO EN AMÉRICA LATINA HOTEL-MUSEO CASA SANTO DOMINGO ANTIGUA GUATEMALA, GUATEMALA 8 AL 10 DE DICIEMBRE DE 2009



AIDSTAR-One
AIDS SUPPORT AND TECHNICAL ASSISTANCE RESOURCES

AGOSTO 2010

Esta publicación fue producida por el Proyecto Apoyo y Recursos de Asistencia Técnica en SIDA, Sector I, Orden de Trabajo I (AIDSTAR-One), USAID Contrato # GHH-I-00-07-00059-00, financiado a partir de 31 enero 2008.

CONSULTA TÉCNICA SOBRE PREVENCIÓN EFECTIVA DEL VIH Y SIDA CON GRUPOS DE MAYOR RIESGO EN AMÉRICA LATINA

**HOTEL-MUSEO CASA SANTO DOMINGO
ANTIGUA GUATEMALA, GUATEMALA
8 AL 10 DE DICIEMBRE DE 2009**

AIDS Support and Technical Assistance Resources Project

Información de contrato: Este informe fue preparado por USAID bajo AIDSTAR-One, Contrato No. GHH-I-00-07-0059-00, Sector 1, Orden de Trabajo 1.

Cita recomendada

Castellanos, Cesar. 2010. *Consulta técnica sobre prevención efectiva del VIH y SIDA con groups de mayor riesgo in América Latina*. Arlington, Va.: USAID | AIDSTAR-One Project, Task Order 1, 2010.

Abstracto

El Bureau de América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), junto con la USAID/Oficina de VIH/SIDA de Centro América, CDC GAP/Centro América y el proyecto AIDSTAR-One, reunió técnicos para una consulta técnica el 8-10 de diciembre 2009 en Antigua, Guatemala.

Los participantes discutieron información actualizada sobre la epidemia de VIH/SIDA en América Latina, estrategias y modelos de prevención en la región enfocados en poblaciones de mayor riesgo, y la importancia de crear un ambiente que apoye la ejecución de programas y políticas. También tuvieron la oportunidad de compartir experiencias sobre el desarrollo e implementación de programas para trabajadoras del sexo (TS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), y otras poblaciones de mayor riesgo. Este informe contiene los aspectos más importantes que fueron discutidos en la reunión.

Foto de tapa: Algunos de los participantes de la consulta técnica, Hotel-Museo Casa Santo Domingo, 10 diciembre 2009. Foto tomada por el personal del Hotel-Museo Casa Santo Domingo.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
E-mail: aidstarone-info@jsi.com
Internet: aidstar-one.com

ÍNDICE

Lista de acrónimos y abreviaturas.....	vii
Reconocimiento.....	ix
Objetivos de la consulta técnica	1
Introducción.....	3
Esquema de la consulta técnica	5
Características de las poblaciones más vulnerables que los programas de prevención deben tener en cuenta	5
Modelos innovadores de prevención.....	8
Medición del impacto de los programas de prevención.....	14
Financiamiento de los programas de prevención.....	15
Integración de actores en los programas de prevención.....	16
Recomendaciones resultantes de los grupos de trabajo.....	17
ANEXO I	
Agenda	21
ANEXO 2	
Lista de Participantes	27

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

CDC-GAP	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – Programa Global de Sida (Por sus siglas en inglés)
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida, México
CONGA	Coalición de Organizaciones Gay de Centro América
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional de Latino América y el Caribe
DHHS-SAMHSA/CSAT	Department of Health and Human Services - Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment
DIGECITSS	Dirección General para el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
DOD	Departamento de Defensa
ECA	Ensayos clínicos aleatorizados
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HSV-2	Virus de herpes genital, subtipo 2
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JSI	John Snow Inc.
LAC	Latino América y el Caribe
LGTB	Lesbianas, Gays, Transexuales, Travestis y Bisexuales
MARP	Poblaciones en mayor riesgo (por sus siglas en inglés)
MEGAS	Medición del Gasto en Sida
MINSA	Ministerio de Salud
MS-DST-AIDS Brasil	Ministerio de Salud, Departamento de ITS y Sida del Brasil
MS-DTRS/Costa Rica	Ministerio de Salud - Dirección de Infecciones de Transmisión Sexual/Costa Rica
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PEMAR	Poblaciones en mayor riesgo
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Sida
PVVS	Personas que Viven con VIH/Sida
REDLA+	Red Latinoamericana de Personas que Viven con VIH/Sida
RED-LACTRANS	Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans
RED-TRANSEX	Red de Trabajadoras Sexuales de Latino América y el Caribe
RRHH	Recursos Humanos
sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TS	Trabajador/a Sexual
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en Inglés)
UNGASS	Sesión Especial de las Naciones Unidas para el Sida (por sus siglas en Inglés)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en Inglés)
USG	Gobierno de los Estados Unidos (por sus siglas en Inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RECONOCIMIENTO

Varias personas contribuyeron al desarrollo e implementación de la consulta técnica. El comité de planificación brindó apoyo y orientación al equipo organizador conformado por representantes de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), Centros para el Control y Prevención de Enfermedades – Programa Global de Sida (CDC_GAP), Peace Corps, y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos. En particular se reconoce la participación en este proceso de Giovanni Meléndez, Lindsay Stewart, Brad Cronk, Clancy Broxton, Gabriela Paz-Bailey, William Miller, Aysa Saleh-Ramírez, y Heather Bergmann. También agradecemos a Helen Chun, Ed Scholl, Nelson Arboleda, Karen Nurick, y Carolina Vides por sus contribuciones durante la planificación de la reunión.

Un agradecimiento especial para Cesar Castellanos por su gran labor como facilitador de la consulta técnica y por elaborar el informe final de la misma, y a Juan Pablo Nieto por su rol como relator del evento. Finalmente damos gracias a todos los presentadores por las excelentes ponencias que compartieron y las discusiones que motivaron entre los participantes.

OBJETIVOS DE LA CONSULTA TÉCNICA

1. Identificar qué se necesita hacer para abordar las brechas y necesidades relacionadas con la programación, investigación y políticas de prevención del VIH entre poblaciones de mayor riesgo en América Latina.
2. Identificar lo más reciente en programas de prevención en poblaciones de mayor riesgo, incluso, lecciones aprendidas de los programas de prevención que ofrecen paquetes básicos o integrales a poblaciones de mayor riesgo.
3. Apoyar a las iniciativas de prevención que se desarrollan en la región, diseñar e implementar programas de prevención efectivos, apropiados y basados en evidencia científica, y abogar por una mejor programación para las poblaciones de mayor riesgo.
4. Discutir medios y sistemas que mejoren el monitoreo y la evaluación del impacto de los programas de prevención dirigidos en las poblaciones de mayor riesgo.

INTRODUCCIÓN

Luego de más de tres décadas en la respuesta organizada contra el sida, la prevención del VIH debe centrarse en estrategias que resulten de vincular las informaciones epidemiológicas, los patrones culturales, la comprensión de las complejidades de las conductas sexuales de los seres humanos (liberando la respuesta de las “etiquetas”, lo cual no ha contribuido a la comprensión de dichas conductas sexuales, pero entendiendo las diferencias inherentes a los seres humanos), los aspectos macroestructurales y otros factores como los que fueron discutidos durante esta consulta. La epidemia del VIH ha traído consigo retos fundamentales a la salud de las poblaciones, poniendo en relieve elementos de vulnerabilidad en algunas poblaciones más que en otras. Es por ello que se hace cada vez más urgente dedicar esfuerzos a comprender cómo abordar con mayor impacto las poblaciones más vulnerables social y biológicamente para orientar el diseño y concepción de nuevas políticas sociales.

Consecuentemente con lo anterior, la reunión de consulta técnica que originó el presente documento, hizo énfasis en hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, y personas que viven con VIH/sida, aun cuando se reconoce que este no es un listado exhaustivo de todas las poblaciones vulnerables a infectarse por VIH.

El presente documento contiene los aspectos más importantes que fueron discutidos en la reunión de consulta técnica sobre prevención efectiva del VIH y sida con grupos de mayor riesgo en América Latina, la cual se llevó a cabo durante el 8, 9 y 10 de diciembre de 2009 en Antigua Guatemala, Guatemala, Centro América.

El encuentro estuvo orientado por una actitud constante de consulta a expertos, incluso algunos que representaban a los grupos más vulnerables, con la intención de conocer sus distintos puntos de vista para que sus ideas tengan la posibilidad de influir en la toma de decisiones técnicas en la prevención del VIH en América Latina. En este sentido, se priorizó la consulta antes que el consenso. No es la intención de este documento consolidar consensos, sino reflejar la diversidad y heterogeneidad de abordajes conceptuales y metodológicos que estaban representados durante la reunión. Un total de 61 expertos en representación de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, así como de agencias de cooperación internacional, se dieron cita en esta reunión. [Ver la lista en el Anexo 2]

Desde el punto de vista metodológico, los participantes tuvieron la oportunidad de compartir experiencias a través de discusiones en sesiones plenarias y reuniones de grupos de trabajo. De igual modo, se estructuraron paneles con presentaciones. El mayor esfuerzo estuvo orientado a la identificación de mejores prácticas y lecciones aprendidas, y cómo aplicarlas a las iniciativas y programas de prevención que están dirigidos a poblaciones de mayor riesgo en América Latina, así como a la identificación de los elementos que se deben mantener o incorporar a los programas de prevención dirigidos a las poblaciones mencionadas. Se espera que la consulta y este informe sirvan de insumos para que las agencias, los gobiernos y otros socios puedan re-orientar sus acciones de prevención.

Las presentaciones realizadas durante los tres días de la reunión, están disponibles en la página Web del proyecto AIDSTAR One, aidstar-one.com, quien prestó su apoyo para la planificación y ejecución del evento.

ESQUEMA DE LA CONSULTA TÉCNICA

CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES MÁS VULNERABLES QUE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEBEN TENER EN CUENTA

Las poblaciones en mayor riesgo conforman una amplia y heterogénea categoría de subpoblaciones. Es reconocido que los hombres que tienen sexo con hombres, transexuales, trabajadoras comerciales del sexo, grupos étnicos e indígenas, personas en situación de desplazamiento, migrantes, personas privadas de la libertad y usuarios de drogas inyectadas, pertenecen a grupos poblacionales expuestos a factores de riesgo. En tal sentido, estos factores de riesgo se ven agudizados en función de condiciones que incrementan la vulnerabilidad, como el sexo, la edad, la orientación o preferencia sexual, y algunas discapacidades. No es menos importante el hecho que las condiciones existenciales que rodean la vida de estas personas (por ejemplo, pobreza, desplazamientos, falta de acceso a información y servicios, desempleo, estigma y discriminación) las colocan en un escenario aún más preocupante, de cara a la concepción y diseño de estrategias para disminuir el riesgo de contraer o transmitir el VIH.

- **Presentaciones Relacionadas:** 1) [Los matices de la vulnerabilidad](#) 2) [Prevención y control de VIH: enfoque en PEMAR](#)

Aun cuando se reconoce la existencia de una cantidad considerable de categorías de poblaciones en alto riesgo de contraer el VIH, la reunión de consulta técnica se focalizó en algunas poblaciones específicas, como la población de hombres que tienen sexo con hombres, travestis, transexuales, trabajadoras/es comerciales del sexo, personas privadas de libertad y personas que viven con VIH, entre otras.

En diversas intervenciones durante el evento, se planteó la necesidad de revisar el concepto de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ya que en cierto modo es una categoría analítica, pero no necesariamente un término con el cual se siente identificada la población gay. Al mismo tiempo, hay que reconocer que hay HSH que no se consideran “gay”. Adicionalmente, es necesario reconocer que existe una población que no está siendo alcanzada adecuadamente por no haber sido identificada como una población de riesgo, tal como es la población de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres (bisexuales). Esta población es más oculta, aunque un porcentaje importante ha estado o está casado con una mujer. Esto establece un reto en términos de diseño de intervenciones para la prevención del VIH y otras ITS.

- **Presentaciones Relacionadas:** 1) [La Prevención del VIH/SIDA, Buenas y Malas Noticias](#) 2) [Diferencias entre las Sub-poblaciones que Caen Bajo Las Categorías HSH y Las Implicaciones para la Programación](#)

Igual situación ocurre con la población categorizada como “trabajadores/trabajadoras sexuales”. El término “trabajador/a sexual” surge desde fuera de este grupo poblacional y por tanto muchos de los mismos no se auto-identifican como tales, especialmente los que participan en sexo transaccional¹. Esto establece un reto fundamental a la hora de pensar en el diseño de estrategias para el alcance de esta población. Por otro lado, el trabajo sexual se ejerce en distintos lugares y estos lugares han cambiado respecto a lo que tradicionalmente se consideraba (por ejemplo, burdeles y casas de citas). Actualmente se utilizan lugares tales como oficinas, car-wash y barberías. Las vías de contacto han variado también y ahora se utiliza Internet, celulares y beepers para hacer los contactos y citas. Es necesario incorporar a las intervenciones a los intermediarios, como taxistas, bartenders, guías, así como a otros que trabajen en turismo.

➤ **Presentación relacionada:** [Las/los Trabajadoras/es del Sexo y las Implicaciones para la Programación en América Latina y el Caribe](#)

Las personas no pertenecen a un solo grupo de riesgo, ni tienen un solo tipo de comportamiento riesgoso. Las personas que ejercen el trabajo sexual no solo se dedican a esto, y las personas cuya orientación sexual es homosexual o heterosexual, no deben ser definidas solamente en función de su conducta sexual. Estas poblaciones pueden ser “captadas” a través de estrategias que categorizan de manera distinta a la población, por ejemplo, en función de su oficio o de su vinculación con otras instituciones sociales. Una consecuencia clara de clasificar a las personas en función de su conducta sexual (homosexual, heterosexual, bisexual, travesti, transexual, lesbiana o transgénero) es que una vez que quedan registrados bajo una categoría, se hace más difícil rastrear las otras. Por ejemplo, los trabajadores sexuales muchas veces quedan “ocultos” bajo la clasificación de PVVS, hombres que tienen sexo con hombres, la población indígena, las poblaciones pertenecientes a las diferentes etnias, personas en situación de desplazamiento, poblaciones migrantes, población privada de libertad, mujeres heterosexuales y otras poblaciones.

Siguiendo con el planteamiento anterior, pero en una dimensión mayor, la dificultad que supone la creación de categorías analíticas afecta muy particularmente a la población transexual, ya que a pesar de ser frecuente y altamente vulnerables, y estar en altos niveles de riesgo, permanecen “invisibles” ante quienes planifican y toman decisiones. La dimensión subjetiva que implica sentirse y ser transexual solo la pueden aportar las personas que viven esta realidad en su propio cuerpo.

“Las personas no pertenecen a un solo grupo de riesgo, ni tienen un solo tipo de comportamiento riesgoso.”

El uso del término “homofobia” como eje de la lucha contra la discriminación y contra el VIH/sida, también contribuye a que la población transexual permanezca “invisible”. Además, hay mucha discriminación contra esta población en los centros de estudio, servicios de salud, centros de trabajo y familias.

¹ El sexo transaccional es el sexo por medio del cual una persona usa su cuerpo como recurso económico; no se trata necesariamente de sexo comercial, sino de una relación vista en términos de reciprocidad. Las personas involucradas en sexo transaccional usualmente lo diferencian del sexo comercial, al cual consideran como un simple encuentro entre dos personas que no tienen una relación. El sexo transaccional ocurre frecuentemente entre una persona mayor (usualmente hombre) y una persona más joven (usualmente mujer), y puede ser deseada por ambos o como producto de coerción por una de las partes. Puede incluir incentivos monetarios u obsequios no monetarios, y ser motivado por la necesidad de dinero para sobrevivir, cubrir costos escolares, comprar ropa, el deseo de poseer bienes materiales, o para aparentar pertenecer a un estatus social más alto. El sexo transaccional puede ser un factor de riesgo para el VIH/SIDA, ya que por definición la relación está caracterizada por un desbalance de poder y la disparidad económica y social. A mayor dependencia financiera para sobrevivir, menor es la capacidad de las personas involucradas en el sexo transaccional para protegerse de embarazos y enfermedades.

El reto fundamental se plantea en términos de construir las categorías conjuntamente con las poblaciones específicas, llamándolas como ellas se autodenominan. Las personas son complejas y su vida sexual también lo es. Una misma persona puede pertenecer a varias categorías a la misma vez. Es necesario superar la limitante que supone la construcción de categorías desde una perspectiva medicalizada, salubrista, incorporando elementos antropológicos sobre su propia identidad.

Aun cuando es muy importante resistir la tendencia a poner “etiquetas”, es fundamental reconocer la diversidad, celebrar las diferencias y aceptar la complejidad. Las preferencias sexuales no excluyen el amor, la solidaridad o la camaradería. Algunos expertos plantean abandonar la clasificación de HSH y ampliar el concepto hacia LGBT (Lesbianas-Gays-Bisexuales, Transexuales); sin embargo, queda por discutir si esto representa un salto cualitativo real o solo amplía la categoría, pero sin superar los retos anteriormente planteados.

Las conductas y las identidades no siempre van juntas. No se puede predecir la conducta de una persona a partir de su identidad sexual ni viceversa. Estamos acostumbrados a pensar en categorías binomiales complementarias (hombre-mujer, penetrado-penetrador, por ejemplo). Sin embargo, la realidad nos va mostrando que la sexualidad es mucho más compleja que esto. Es necesario incorporar al análisis el “deseo” así como las relaciones de poder para comprender mejor los “resortes” que mueven la conducta sexual de las personas. Por ejemplo, lo erótico no solo está representado por el objeto sexual, sino que también se erotizan las circunstancias, lo prohibido y, en algunos casos, hasta lo peligroso.

“...lo erótico no solo está representado por el objeto sexual, sino que también se erotizan las circunstancias, lo prohibido y, en algunos casos, hasta lo peligroso.”

La representación social de lo masculino del género se mueve en un continuo que va desde lo “hipermasculino” hasta lo “transexual”. Sin embargo, esto no tiene nada que ver con el objeto erotizado o sexualizado por esta persona. Con el modelo binomial (hombre-mujer) coexisten muchas variantes. Esto establece zonas grises y es precisamente en estas zonas grises donde existe mayor vulnerabilidad, ya que no existen ofertas de servicios de salud ni servicios educativos para estas poblaciones. Son invisibles.

“Se reconoce que los elementos sociales y afectivos son cruciales para la búsqueda de estrategias más efectivas en la prevención del VIH. Sin embargo, se dispone de muy poca evidencia documentada de las variables psicológicas y sociológicas.”

Se reconoce que los elementos sociales y afectivos son cruciales para la búsqueda de estrategias más efectivas en la prevención del VIH. Sin embargo, se dispone de muy poca evidencia documentada de las variables psicológicas y sociológicas. Situaciones tales como la relación médico-paciente parecen contribuir al empoderamiento o desempoderamiento de las personas y por esa vía, puede influir en procesos como la prevención de la transmisión del VIH o la adherencia a los tratamientos.

Asimismo, se debe tomar en cuenta la capacidad de toma de decisiones informadas por parte de las personas que viven con VIH (PVVS), los patrones de relacionamiento afectivos, las redes

de apoyo social y las formas de organización de grupos sociales en particular. Variables como el amor, la atracción erótica y el papel de poder en las relaciones sexuales, entre otras, son poco consideradas en los modelos de prevención del VIH.

A la hora de caracterizar la epidemia, la cual se ha mantenido relativamente estable en América Latina, los datos de prevalencia pueden estar ocultando el hecho que la incidencia continúa incrementando de manera progresiva. Sin embargo, los factores que permitirían explicar este

incremento no se comprenden lo suficiente. Al parecer, el incremento que está ocurriendo en la incidencia del VIH en algunos países de América Latina no se debe necesariamente a la falta de acceso a preservativos (ya que este indicador también ha aumentado), pero tampoco parece asociarse a variables como la compra/venta de sexo. Es necesario hacer investigaciones explicativas, preferiblemente de corte cualitativo, para identificar variables intervinientes en este fenómeno, caracterizado por el incremento de la incidencia del VIH, aun cuando se mantiene la prevalencia del VIH. Esto es especialmente importante dado que la prevalencia entre HSH, por ejemplo, ha disminuido mucho menos que entre los otros grupos de riesgo. Por ende, se debe medir no solamente el acceso al preservativo, sino su uso constante y correcto en cada relación sexual.

“Al parecer, el incremento que está ocurriendo en la incidencia del VIH en algunos países de América Latina no se debe necesariamente a la falta de acceso a preservativos (ya que este indicador también ha aumentado), pero tampoco parece asociarse a variables como la compra/venta de sexo.”

Otro aspecto que se debe considerar, a la luz de lo planteado anteriormente, es la necesidad de reeducar al personal de salud, especialmente para asegurar que ellos mismos no ejerzan prácticas de estigma y discriminación con sus clientes. Algunos de los expertos consultados piensan que los servicios de salud no deben ser segregados por poblaciones específicas, aun cuando el personal de salud debe estar capacitado para poner de relieve lo que es necesario en la oferta de servicios a cada grupo poblacional. Sin embargo por el estigma y discriminación existente en la región, es necesario iniciar la oferta de servicios de salud a poblaciones de mayor riesgo mientras se sensibiliza a los proveedores de salud y se extienden los servicios sin segregación.

MODELOS INNOVADORES DE PREVENCIÓN

MODELOS DE PREVENCIÓN FUNDAMENTADOS EN LA DISMINUCIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Los expertos plantean que pueden identificarse distintos encuadres en el diseño de intervenciones de prevención. Uno de estos encuadres es el que se fundamenta en las teorías del comportamiento de riesgo, algo que se considera sumamente importante para el diseño efectivo de intervenciones con las poblaciones vulnerables.

- **Presentaciones Relacionadas:** 1) [Estrategias para el Cambio de Comportamiento](#)
2) [Prevención del VIH/SIDA: Teorías de Cambio de Comportamiento](#)

Entre estos modelos se pueden mencionar los siguientes:

- ✓ **Modelo de creencias de salud.** Se consideran aspectos tales como la percepción de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia, como predictivos de cuánto riesgo para su salud una persona está dispuesta a asumir en sus comportamientos.
- ✓ **Modelo de cogniciones sociales.** En este modelo se considera que la información, las destrezas de autorregulación, el enriquecimiento de destrezas y el apoyo social, son las variables fundamentales que se deben tomar en cuenta para lograr un cambio de comportamiento en las personas hacia conductas más favorecedoras de estados saludables.

- ✓ **Modelo de acción razonada.** Incorpora dimensiones de la persona como sus creencias, actitudes, normas sociales, normas subjetivas, motivación, intención y cambio de conducta, como los cofactores que se deben abordar a la hora de diseñar intervenciones para cambio del comportamiento en la salud.

MODELOS DE PREVENCIÓN FUNDAMENTADOS EN ALCANCE A GRUPOS DE RIESGO

Un enfoque distinto, es el que concibe que la prevención deba encontrarse focalizada en los llamados grupos de riesgo.

El concepto de grupo de riesgo se basa en la noción que algunos segmentos de la población tienen más probabilidades que otros de adquirir o transmitir el VIH. Bajo este enfoque, se hace muy necesario el conocimiento de estos grupos para poner en práctica estrategias preventivas apropiadas y para comprender la interacción de las infecciones de transmisión sexual con el VIH y su influencia en la dinámica de la extensión de la epidemia de VIH. Así, por ejemplo, la alta prevalencia de otras ITS y el elevado número de contactos sexuales entre el colectivo de hombres homosexuales/HSH y los(las) trabajadores(as) del sexo, convierten a estos grupos en especialmente vulnerables al VIH. Además, la mayor transmisibilidad del VIH de hombre a mujer, unido a la inespecificidad de las manifestaciones clínicas de las ITS en las mujeres y, en ciertas situaciones, no tener acceso a los servicios de salud, sitúan a estas mujeres en condiciones especialmente vulnerables a las ITS y sus complicaciones (por ejemplo, embarazo ectópico y cáncer genital).

- **Presentación relacionada:** [Intervención Combinadas y los Desafíos de la Prevención en Epidemias Concentradas](#)

MODELOS DE PREVENCIÓN FUNDAMENTADOS EN LOS DERECHOS HUMANOS

“El riesgo es la probabilidad de estar expuesto al VIH. La vulnerabilidad es la menor capacidad de evitar el VIH al estar en situaciones de riesgo.”

Un tercer encuadre es el que parte de la idea de que la prevención es un derecho. En tal sentido, se fundamenta en el concepto de vulnerabilidad y de riesgo. El riesgo es la probabilidad de estar expuesto al VIH. La vulnerabilidad es la menor capacidad de evitar el VIH al estar en situaciones de riesgo. Este abordaje concibe la prevención como un derecho universal, para todas las personas.

Un enfoque del VIH/sida fundamentado en los derechos incluye:

- Involucrar a las personas más afectadas como parte del proceso de definición del problema y de la búsqueda de soluciones.
- Reconocer y no estigmatizar la sexualidad de la gente joven, de las mujeres, de las personas que tienen sexo con personas del mismo sexo, de personas ancianas, de personas con alguna discapacidad.
- Reconocer que se requiere una transformación de las relaciones de género para poder influir positivamente en la tendencia de la epidemia.
- Involucrar a los varones en intervenciones que desafíen el *estatus quo*, porque los roles y expectativas de género los ponen en riesgo a ellos también.

- El trabajo con mujeres y niñas debe también enfocarse en su rol en la perpetuación de las construcciones negativas de la masculinidad.

MODELOS DE PREVENCIÓN FUNDAMENTADOS EN CAMBIOS ESTRUCTURALES

El contexto social es el terreno donde se construyen las intervenciones de prevención, por lo que debe ser tomado en cuenta a la hora de pensar en estrategias e intervenciones. Considerar el contexto social es prerrogativa de la prevención. De igual modo, se debe considerar el contexto político, ya que para aspirar a cambios y transformaciones de la realidad, muchas veces es necesario transformar los contextos políticos.

“Considerar el contexto social es prerrogativa de la prevención. De igual modo, se debe considerar el contexto político, ya que para aspirar a cambios y transformaciones de la realidad, muchas veces es necesario transformar los contextos políticos.”

Las intervenciones estructurales modifican o influyen en el ambiente social, político o económico de manera que muchas personas se benefician al mismo tiempo, quizás sin saberlo. No obstante lo anterior, es claro que las intervenciones estructurales son más abarcadoras, pero menos específicas. Quizás sean mucho más útiles para ocuparse de la vulnerabilidad en general que de comportamientos de riesgo en particular. Es por ello que en los abordajes que se decidan debe haber un equilibrio justo en función de la realidad de cada contexto.

- **Presentación relacionada:** [Intervenciones Estructurales para poblaciones en mayor riesgo \(PEMAR\)](#)

Puede ser difícil convencer a los gobiernos sobre la importancia de las intervenciones estructurales en poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) porque muchas veces no es aceptable políticamente, además requieren mucho tiempo de dedicación del personal para beneficiar a un número limitado de personas. No obstante, es importante seguir el paso de la epidemia, lo que en la mayor parte de América Latina significa hacer hincapié en la necesidad de llegar a las poblaciones en mayor riesgo.

La violencia basada en el género, el estigma y la discriminación son elementos que se deben incorporar en el análisis de las vulnerabilidades de los grupos poblacionales en más riesgo y en la planificación de programas para llegar a estas poblaciones.

Adicionalmente, temas como el abuso de alcohol y las drogas se deben integrar a las intervenciones de prevención del VIH. De igual modo, parece haber poblaciones “invisibles”, tales como los adolescentes gay, transgéneros, transexuales, los(las) trabajadores del sexo, especialmente aquellos que practican el intercambio de sexo por bienes (sexo transaccional) y hombres heterosexuales que también tienen sexo con otros hombres. Esta “invisibilidad” hace que no se los considere para las intervenciones de prevención y por tanto continúan estando altamente expuestos al riesgo de contraer y transmitir el VIH.

MODELOS DE PREVENCIÓN FUNDAMENTADOS EN ASPECTOS BIOMÉDICOS

Este abordaje se construye sobre datos que provienen de ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Estos estudios se han concentrado en los últimos años en los siguientes temas:

- Diafragma/gel

- Microbicidas
- Vacunas
- Tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Circuncisión
- Higiene del pene

En general, los resultados de estos estudios no son positivos. Demuestran que el uso del preservativo es efectivo para prevenir el VIH si se usa correcta y constantemente, no así el diafragma. La circuncisión es efectiva para prevenir el VIH (60 por ciento). Las vacunas no ofrecen protección más allá del 30 por ciento. Los microbicidas no protegen contra el VIH.

“Es muy evidente que las estrategias únicas no funcionan y es por ello que las intervenciones fundamentadas en enfoques biomédicos deben ser incorporadas a las estrategias de prevención para potencializar otras intervenciones.”

En todo caso, es reconocida la necesidad de construir políticas basadas en evidencias, de allí la importancia de financiar los ensayos clínicos aleatorizados. Se hace necesario también, continuar con la evaluación de las intervenciones biomédicas, sobre todo aquellas referentes a la supresión del HSV-2, circuncisión, microbicidas y vacunas. Es evidente que una estrategia sola no funciona y es por ello que las intervenciones fundamentadas en enfoques biomédicos deben ser incorporadas a las estrategias de cambio de comportamiento y cambios estructurales.

MODELOS DE PREVENCIÓN FUNDAMENTADOS EN EL DESARROLLO DE PAQUETES INTEGRALES DE SERVICIOS

- **Presentación relacionada:** [Paquete Integral de Servicios de Prevención para Poblaciones de Mayor Riesgo](#)

Un paquete mínimo de servicios de prevención del VIH para poblaciones más expuestas en epidemias concentradas incluye:

- Comunicación para promover el cambio de comportamiento (por ejemplo, por medio de educación de pares y de base comunitaria)
- Acceso a pruebas voluntarias del VIH con consejería
- Campañas informativas/educativas focalizadas en los grupos más vulnerables
- Acceso a preservativos y lubricantes a base de agua
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de ITS
- Referencia a servicios de atención integral de VIH

Las intervenciones de respaldo para el paquete mínimo de servicios de prevención del VIH en epidemias concentradas incluyen:

- Información estratégica
 - Información epidemiológica

- Información sociodemográfica
- Información conductual (cuantitativa y cualitativa)
- Análisis de contextos
- Análisis de políticas públicas
- Mapeo de actores (aliados, opositores)
- Mapeo de recursos (financieros, humanos)
- Desarrollo de capacidades: Recursos Humanos (RRHH)
 - Procesos de abogacía
 - Generación de aliados
 - Tecnificación de implementadores
 - Capacitación de proveedores de salud
- Fortalecimiento de la respuesta comunitaria
 - Movilización comunitaria y auditoría social
 - Apropiación de datos, información
 - Acompañamiento en procesos de autogestión
 - Fortalecimiento de redes sociales, organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales
 - Asistencia técnica en procesos de auditoría
 - Acompañamiento en procesos de abogacía
- Mejoramiento del ambiente político y del marco legal
 - Mapeo de legislaciones relacionadas con la prevención y otros aspectos (homofobia, estigma y discriminación) y la aplicación y reglamentación o no de esas legislaciones
 - Mapeo de actores clave
 - Promoción y divulgación de marcos regulatorios
 - Acompañamiento en aplicación y cumplimiento de políticas, legislaciones y regulaciones favorables
- Acciones para combatir el estigma y la discriminación
 - Acciones dirigidas a tomadores de decisiones
 - Acciones dirigidas a población general
 - Acciones dirigidas a proveedores de salud

Tal como ha quedado evidenciado, existen varios modelos válidos para orientar el diseño de los programas de prevención del VIH. Sin embargo, en América Latina, existen pocos ejemplos en los cuales pueda evidenciarse que las acciones de prevención del VIH estén regidas por un modelo conceptual específico; muy por el contrario, pareciera que predominan las intervenciones basadas en “instintos” en vez de evidencia y modelos probados.

ALGUNOS CONCEPTOS PARA TENER EN CUENTA

Los expertos coinciden en que cada modelo tiene sus fortalezas y debilidades. Sin embargo, al margen del modelo de prevención que se utilice, es necesario considerar que las intervenciones que se desprendan de dicho modelo deberán estar orientadas hacia una mayor **equidad**. En este sentido, es probable que para alcanzar una mayor equidad sea necesario focalizar las intervenciones.

Un reto que se debe tomar en cuenta para el diseño de políticas, estrategias y acciones de prevención del VIH y otras ITS, es que es imprescindible reconsiderar nuestras **categorías de análisis** para estudiar la sexualidad humana, la cual se muestra mucho más compleja de lo que nuestras categorías analíticas pueden capturar. Esto deja demasiados vacíos en la concepción de las intervenciones actuales y puede explicar bastante sobre el fracaso de algunas de ellas.

La **calidad de los servicios** de salud ha de ser monitoreada de manera mucho más eficiente, ya que el contexto de privacidad en el cual se ofertan los servicios de salud se presta para que algunos tratantes muestren estigma o discriminación en relación a sus clientes o exterioricen sus prejuicios religiosos/morales, evangelicen o hagan proselitismo religioso.

Un desafío identificado por los expertos lo constituye la incorporación de los hombres al sistema de salud. En este sentido, se reconoce que una de las barreras más importantes es precisamente la **actitud** de los profesionales de salud. Otro obstáculo identificado para atraer a los hombres a los servicios de salud es el **horario** en que funcionan dichos servicios (por ejemplo, los servicios en horas nocturnas podrían favorecer la presencia de los hombres).

“Un desafío identificado por los expertos lo constituye la incorporación de los hombres al sistema de salud. En este sentido, se reconoce que una de las barreras más importantes es precisamente la actitud de los profesionales de salud. Otro obstáculo identificado para atraer a los hombres a los servicios de salud es el horario en que funcionan dichos servicios (por ejemplo, los servicios en horas nocturnas podrían favorecer la presencia de los hombres).”

Otro desafío es la incorporación del conocimiento proveniente de la **cultura indígena o afrolatina** a los procesos de atención de la salud, combinando la medicina alopática tradicional con la medicina indígena o afrolatina.

De igual modo, la **cultura urbana** tiene sus propios códigos de comunicación que se deben tomar en cuenta para mejorar el impacto de las campañas de prevención del VIH y las ITS. En tal sentido, se podría incorporar el tema del VIH y su prevención en telenovelas, películas, radionovelas, celulares, redes sociales virtuales (por ejemplo, Twitter y Facebook).

Algunos temas que deben incorporarse de manera definitiva a la prevención del VIH, son las infecciones

de transmisión sexual (ITS), y el abuso del alcohol y drogas ilegales. Es fundamental, de la misma manera, que se incorporen las dimensiones subjetivas del placer, el erotismo y el deseo al momento de conceptualizar los programas de prevención del VIH.

MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El paradigma que se utiliza para realizar la medición del impacto de los programas de prevención es un aspecto crucial. Existen varios modelos de evaluación que podrían agruparse en dos grandes categorías: el paradigma cuantitativo y el paradigma cualitativo.

➤ **Presentación relacionada:** [Evaluación Cuantitativa e Indicadores de Prevención](#)

PARADIGMA CUANTITATIVO

Desde esta perspectiva, la medición del impacto de los programas de prevención se realiza desde un abordaje hipotético-deductivo. El investigador tiene que observar rigurosamente las normas estrictas de la metodología estadística, así como un estricto control de las variables intervinientes. El modelo cuantitativo encaja en una perspectiva teórica que considera la prevención como un proceso tecnológico. Los datos que emanan de una medición cuantitativa tienen utilidad específica para un destinatario determinado.

Utilizando la metodología cuantitativa, existen esfuerzos por medir el impacto de los programas de prevención. En tal sentido se cuenta con: revisiones sistemáticas y meta-análisis, estudios aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, estudios de cohorte, estudios caso-control, encuestas transversales, estudios epidemiológicos e informes de casos. Los expertos señalan que no obstante los esfuerzos en este sentido, pueden existir discrepancias en los hallazgos de los estudios por la metodología o población abordada. Para liderar con las contradicciones, se utilizan revisiones sistemáticas y metaanálisis en los que se vuelve a evaluar la información. No obstante, la calidad de las encuestas ha ido mejorando, especialmente con el uso de encuestas en computadora que incrementan el sesgo de “social desirability.”

Los expertos consultados coinciden en la necesidad de que cada país genere sus propios indicadores. Este planteamiento resulta muy importante a la vez que supone un gran reto en términos de poder comparar estos indicadores de un país a otro.

“Es importante señalar que los métodos cualitativos son perfectamente compatibles con los cuantitativos. Cuando la efectividad de la intervención se evalúa sin conocer como ésta se implementó, se dificulta saber cómo se lograron los resultados. Es necesario hacer una evaluación del proceso, integrar la aceptabilidad y adecuación cultural, buscar resultados intermedios, considerar que el comportamiento humano es complejo por lo que un dato no da la respuesta a todo.”

PARADIGMA CUALITATIVO

Desde el abordaje cualitativo, la medición del impacto de los programas de prevención tiene como misión facilitar un proceso plural y democrático mediante el esclarecimiento e ilustración de sus participantes. La medición cualitativa requiere una metodología sensible a las diferencias. La evaluación centrada en los procesos es ella misma un proceso que evoluciona en virtud de los descubrimientos sucesivos y de la transformación del contexto. El propósito de la evaluación cualitativa es comprender la situación objeto de estudio. El informe que expresa el contenido de la evaluación cualitativa debe respetar tanto la necesidad de conocer como el derecho a la intimidad de todos los participantes.

➤ **Presentación relacionada:** [¿Cuándo Usar Metodología Cualitativa al Medir Impacto?](#)

En sentido general, se podría afirmar que lo que realmente interesa es saber si se logran los efectos esperados en la población como resultado de la intervención y si hizo alguna diferencia en la vida de los participantes. La metodología cualitativa pone la cara detrás de los números, tiene la flexibilidad de conocer muchas cosas más que todo el proceso de la investigación. Además, permite conocer lo que ha pasado en las etapas de intervención de los programas y no sólo el resultado de las mismas. Por ejemplo, antes de iniciar un programa de prevención, el abordaje cualitativo (por medio de grupos focales y entrevistas en profundidad), permite conocer actitudes y prácticas de la población meta, de modo que el diseño de las intervenciones se ajuste mejor a las necesidades de dicha población. De igual modo, luego de una intervención, el abordaje cualitativo permitiría conocer las razones que explican los datos numéricos obtenidos y explicar las variaciones en los resultados.

Es importante señalar que los métodos cualitativos son perfectamente compatibles con los cuantitativos. Cuando la efectividad de la intervención se evalúa sin conocer como ésta se implementó, se dificulta saber cómo se lograron los resultados. Es necesario hacer una evaluación del proceso, integrar la aceptabilidad y adecuación cultural, buscar resultados intermedios, considerar que el comportamiento humano es complejo por lo que un dato no da la respuesta a todo.

ALGUNOS CONCEPTOS PARA TENER EN CUENTA

Algunos expertos coinciden en opinar que es necesario incorporar contenidos relacionados con la medición cualitativa en los *programas universitarios* de formación del personal de salud. Esto podría contribuir a disminuir la ignorancia de esta metodología y por tanto sería más factible de ser utilizada de manera complementaria a la metodología cuantitativa.

“La realización de mediciones con metodologías “mixtas” permitirían incluir la percepción de la población más afectada por la exclusión social, violación de derechos ciudadanos, necesidades de salud y espacios de participación social.”

La medición del impacto de los programas de prevención del VIH debe incorporar dimensiones y variables tales como el ***abuso del alcohol y drogas***, ya que suelen ser variables intervinientes en dicho impacto.

La realización de mediciones con ***metodologías “mixtas”*** permitirían incluir la percepción de la población más afectada por la exclusión social, violación de derechos ciudadanos, necesidades de salud y espacios de participación social.

De igual modo, se reconoce que existen “lagunas” en la ***investigación*** sobre el impacto de los programas de prevención del VIH sobre el comportamiento de grupos específicos, tales como adolescentes gay y transexuales, entre otros.

Nuevamente, es muy importante separar la ***población transexual*** de la población HSH, ya que de otro modo las primeras permanecen “invisibles” y por tanto ausente de los estudios, de los análisis y de las programaciones e intervenciones.

FINANCIAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Durante la consulta técnica se discutieron los datos emanados de la Unidad de Rastreo de Recursos, con base en informes nacionales de Medición del Gasto en Sida (MEGAS) para 2006.

- **Presentación relacionada:** [El Financiamiento de la prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo](#)

Entre los datos más importantes, se mencionan los siguientes:

- El gasto total en sida en la región es de US\$ 2 por habitante al año (2006).
- La región destina 15 por ciento del gasto en sida a prevención.
- Para prevención en grupos vulnerables, que también son los más afectados por el VIH/sida, se destina 0.8 por ciento del gasto total y 5 por ciento del gasto en prevención.
- En 8 de 12 países el financiamiento del gasto preventivo en grupos vulnerables proviene de fuentes internacionales.

El gasto en poblaciones en más alto riesgo es insuficiente; en muchos países depende de asignaciones externas y tiene orientación predominante hacia uno u otro grupo.

INTEGRACIÓN DE ACTORES EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La integración de los diferentes actores de la respuesta contra el sida a través de objetivos comunes, estrategias coordinadas y acciones convergentes, es un planteamiento fundamental para el éxito de los programas. El consenso entre los expertos es la necesidad de contar con auditoría social en varios niveles, así como la creación de un marco legal que contribuya a garantizar los derechos de las poblaciones más vulnerables.

“La integración de los varios actores traería como uno de sus resultados más importantes un replanteamiento de la lucha contra la epidemia de sida, incorporando la defensa de los derechos humanos como eje fundamental y creando un ambiente favorable para que las políticas públicas puedan ser concebidas alrededor de la disminución de los contextos de vulnerabilidad.”

La integración de los varios actores traería como uno de sus resultados más importantes un replanteamiento de la lucha contra la epidemia de sida, incorporando la defensa de los derechos humanos como eje fundamental y creando un ambiente favorable para que las políticas públicas puedan ser concebidas alrededor de la disminución de los contextos de vulnerabilidad. Los mecanismos de integración han de estimular la participación de poblaciones que hasta el momento han permanecido “invisibles” a los sistemas de salud, los sistemas de educación y al sistema político (por ejemplo, transexuales, adolescentes gay y travestis).

Algunos retos han sido identificados para concretar el proceso de integración de actores en la prevención del VIH. Entre estos se pueden mencionar los siguientes:

- El fundamentalismo religioso, el cual a veces fomenta la exclusión y el separatismo de todo planteamiento diferente a quienes profesan determinada creencia.
- Agendas de los organismos internacionales, las cuales no siempre coinciden entre sí, pero tampoco necesariamente coinciden con las prioridades de cada país. En algunos casos, los gobiernos no se sienten a gusto incorporando en sus agendas intervenciones para poblaciones de mayor riesgo para el VIH.

La debilidad institucional en los espacios de participación de las poblaciones más vulnerables, a la vez que disminuye su participación en los procesos de toma de decisiones, hace que en muchos casos su presencia contribuya a validarlos, pero no representa realmente una participación activa.

RECOMENDACIONES RESULTANTES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

Durante el último día, los participantes en la consulta se dividieron en cinco grupos de trabajo, cada uno con un tema específico. Las recomendaciones que produjeron son las siguientes:

CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES MÁS VULNERABLES QUE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEBEN TENER EN CUENTA

1. Existen rutas de transmisión identificadas derivadas de la migración (por ejemplo, entre México, Estados Unidos y Centroamérica).
2. La incidencia se está registrando en las poblaciones más jóvenes (por debajo de 35 años).
3. La población HSH no tiene relaciones sexuales exclusivamente con otros hombres. Aproximadamente la mitad de los HSH han tenido relaciones con mujeres alguna vez en su vida y una tercera parte tuvieron relaciones con mujeres en el último año.
4. Es importante la distinción entre categorías de exposición y orientación sexual. Se debe contar con información sobre las categorías de exposición, ya que la orientación sexual *per se* no supone riesgos diferenciales o adicionales.
5. La subclasificación de la población debe hacerse conjuntamente con la misma población. Muchas de las clasificaciones existentes son rechazadas por las poblaciones a las que se supone que identifican y esto tiene implicaciones para la recolección de información. Esto también supone que se debe considerar la posibilidad de algunas categorías específicas a cada localidad. La conducta sexual de las personas es compleja; bajo el paradigma actual pertenecerían a un sinnúmero de clasificaciones a la vez. Actualmente las subclasificaciones se hacen desde una perspectiva de salud pública. Es necesario incorporar una mirada antropológica y sociológica. Por ejemplo, al clasificar a una mujer como trabajadora comercial del sexo, las intervenciones se focalizan en ella y los clientes y se hace invisible a sus parejas sentimentales. Otro ejemplo es que algunos de los hombres bisexuales no se reconocen a sí mismos como tales.
6. Es necesario considerar la interrelación y diferencia entre deseo y comportamiento sexual. El comportamiento del hombre se ha modificado, ahora busca ser deseado (de seductor a seducido).
7. Es necesario sensibilizar a los tomadores de decisiones acerca de que las poblaciones expuestas a mayor riesgo usualmente tienen contextos de vulnerabilidad tales como: baja escolaridad y menor acceso a educación, bajo nivel de empoderamiento comunitario, menor acceso a trabajo y servicios poco amigables ante la diversidad.

MODELOS INNOVADORES DE PREVENCIÓN

1. Uso de unidades móviles como estrategia para detectar casos de VIH en lugares de difícil acceso.

2. Programa de certificación de guías turísticos para que incluyan el tema del VIH en sus pláticas con los turistas.
3. Combinación de la medicina tradicional y la indígena que ha tenido resultados positivos.
4. Combinar acciones integradas en el campo de la disminución de las vulnerabilidades con las de disminución del riesgo.
5. Capacitaciones de sensibilización con relación a la homofobia, detección de abuso de alcohol y otras drogas.
6. Utilización de redes virtuales y celulares para abordaje con jóvenes. Por ejemplo, en Brasil han formalizado un acuerdo con Nokia, implementando incentivos de acuerdo con las veces que las personas toman el tratamiento, intercambiándolos por minutos para uso celular. De igual forma, con Motorola están iniciando negociaciones para trabajar el tema de la elección de pareja a través de un juego electrónico que tiene como centro el proceso de toma de decisiones.
7. Modelo educativo comunitario para desmitificar el placer y modificar la percepción de que solo los genitales son responsables del placer sexual. Metodológicamente se utilizan charlas sobre sexo no penetrativo.
8. Fortalecer las redes de apoyo, el empoderamiento y la autoestima de todas las poblaciones.
9. Consejería de pares en los servicios de salud.
10. Promover tamizaje del VIH en las poblaciones expuestas a mayor riesgo, no sólo en mujeres embarazadas.
11. Las campañas de prevención del VIH pueden ser incorporadas a la programación regular de telenovelas, películas y radionovelas.
12. Es necesario trabajar la prevención entre las personas que tienen parejas que consideran “estables”, ya que es un grupo poblacional que muestra un uso bajo del preservativo, contrario a aquellas personas que tienen las llamadas “parejas múltiples” a las cuales se han dirigido las intervenciones y por tanto los índices de uso del preservativo son más altos.
13. Fortalecer el manejo de las ITS en los Implementar servicios de salud. Mejorar la calidad de la prevención y atención a poblaciones de mayor riesgo para proveer diagnóstico, facilitar el y tratamiento y seguimiento de contactos.
14. Implementar la vigilancia centinela de las ITS, incluyendo consejería y distribución de las ITS/VIH como parte del sistema de vigilancia epidemiológica de los programas nacionales, que informen a los tomadores de decisión la dinámica de la epidemia de VIH en dichas poblaciones condones.
15. Aunque existen datos sobre el rol de la circuncion en epidemias generalizadas, no hay evidencia de que la promoción de la circuncisión tenga algún impacto en epidemias concentradas.

FINANCIAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

1. Un elemento fundamental es considerar no solo cuánto se invierte en cada país, sino cómo se distribuye esa inversión. Es necesario tomar en cuenta las poblaciones en mayor riesgo.
2. Incrementar las capacidades instaladas de las poblaciones, en los programas de salud y en las organizaciones de la sociedad civil (contraloría social).

3. Es necesario establecer una cultura gerencial, incluyendo el monitoreo y la evaluación, en la conducción de los programas y actividades que se realizan con el financiamiento de recursos gubernamentales o internacionales.
4. Es recomendable considerar la inclusión de los gobiernos municipales para crear condiciones que permitan la sostenibilidad de las acciones.
5. La participación del sector privado es una estrategia que debe ser considerada para fines de financiamiento de las acciones en VIH/sida.
6. Considerar estudios de costo efectividad sobre la prevención del VIH en grupos de población específicos.

INVESTIGACIÓN PREVIA Y POSTERIOR A LOS PROGRAMAS

1. Es importante desarrollar intervenciones basadas en evidencia y evaluar su impacto, de modo que las intervenciones se fundamenten en evidencias. Adicionalmente, los datos ayudan a justificar la distribución de la inversión en VIH.
2. Las investigaciones deben considerar las diferencias entre las poblaciones, sobre todo en la categoría de hombres que tienen sexo con hombres, ya que esta es una categoría amplia que hace invisibles a varias subpoblaciones.
3. Debe enfatizarse en el registro e informe de las defunciones, ya que de lo contrario no se puede establecer claramente la relación entre incidencia y prevalencia, y esto influye en los resultados de las tendencias epidemiológicas.
4. Las investigaciones que consideran el tema de adherencia a ARV deben considerar que los niveles de adherencia no dependen siempre del paciente sino también de otros factores que incluyen el sistema de salud, el personal de salud y la familia, por ejemplo.
5. Existen poblaciones expuestas a alto riesgo de las cuales no se dispone de datos provenientes de investigaciones. Esto limita la posibilidad de diseñar intervenciones apropiadas para ellas.
6. Hay que aprovechar los estudios que hacen las ONG y las universidades, así como buscar formas para combinar las estrategias de investigación.
7. Existen lagunas en la investigación sobre el impacto de los programas y el comportamiento de grupos específicos como adolescentes gay y transgéneros.
8. Se deben realizar investigaciones que logren distinguir entre lo que provoca cambios inmediatos y lo que sostiene esos cambios en el correr del tiempo.
9. Las investigaciones se deben realizar con métodos mixtos que incluyan la percepción de exclusión social, derecho a la ciudadanía, salud, respeto y participación social.
10. También se deben realizar trabajos que indiquen cómo se ve la correlación en el exceso de consumo de alcohol y drogas y qué acercamiento se sugiere.
11. El uso de encuestas en computadora disminuye el sesgo, sobre todo con la población expuesta a mayor riesgo (audio computer assisted self-interview (ACASI) permite que el participante conteste a una computadora en lugar de una persona).

INTERVENCIONES ESTRUCTURALES

1. Desarrollo de política de estado de “cero homofobia”.

2. Establecer planos de acción integrados y multisectoriales en el marco estratégico nacional con metas e indicadores basados en resultados.
3. Es importante la incorporación del hombre en el sistema de salud, inclusive en la mente de los prestadores. Por ejemplo, la consulta de los hombres tiene que ver con los horarios, ya que asisten cuando hay consulta por la noche.
4. La sensibilización de mandos militares como estrategia de intervención en instituciones militares para lograr actividades en ese campo.
5. Por lo general, los modelos de capacitación se centran en quien enseña y no en quien aprende.
6. Fomentar la creación de leyes para la protección de las poblaciones vulnerables, que incluya su implementación y reglamentación.
7. El sida se ha caracterizado por abrir caminos en la salud pública. La participación multisectorial ha cambiado los paradigmas en salud pública.

ANEXO I

AGENDA

Consulta técnica sobre prevención efectiva del VIH y sida con grupos de mayor riesgo en América Latina

Antigua Guatemala, Guatemala
8 al 10 de diciembre de 2009

Martes 8 de diciembre

¿Qué sabemos sobre las poblaciones de mayor riesgo en América Latina y qué estamos haciendo para abordarlas?

- | | |
|-------------|---|
| 9:00-9:20 | Palabras de bienvenida
<i>(Brad Cronk, USAID - Programa Regional para Centroamérica)</i> |
| 9:20-9:40 | Propósito de la consulta y resultados esperados
<i>(Cesar Castellanos)</i> |
| 9:40-10:10 | “Quiénes son las poblaciones clave de mayor riesgo en América Latina y en otras regiones: utilización de información epidemiológica y de otras fuentes para la toma de decisión”
<i>(Gabriela Paz-Bailey, Tephinet CDC/GAP-Centroamérica)</i> |
| 10:10-11:00 | Discusión en plenaria
¿Cómo utilizamos esta información?
¿Cómo aplicamos esta información para implementar y mejorar los programas de prevención?
¿Están nuestros programas de prevención basados en evidencia? |
| 11:00-11:20 | Receso |
| 11:20-12:20 | Panel
“Diferencias entre las subpoblaciones que caen bajo las categorías HSH, TS, y PVVS y las implicaciones para la programación”
<i>(José Toro, Universidad de Puerto Rico; Mark Padilla, Universidad de Michigan; Juan Simbaqueba, REDLA-Colombia)</i> |

12:20-1:20	<p>Discusión en plenaria</p> <p>¿Cuáles son las características de las diferentes subpoblaciones? Además de tasas de prevalencia, ¿qué otra información tenemos sobre las subpoblaciones? ¿Qué brechas de información existen sobre las subpoblaciones? ¿Qué temas no estamos abordando apropiadamente? ¿Qué tipo de iniciativas de prevención se están ejecutando y a cuáles subpoblaciones están realmente dirigidas? ¿Cómo se ejecutan? ¿Qué más se debe considerar para asegurar que los programas de prevención sean efectivos con HSH, TS, PVVS?</p>
1:30-2:30	Almuerzo
2:30-3:00	<p>“Diagnóstico del Programa Regional de Prevención de USAID para América Central y México – MEASURE Evaluation” <i>(Laura León, Proyecto Capacity-Guatemala)</i></p>
3:00-4:00	<p>Discusión en plenaria</p> <p>¿Qué temas y brechas fueron identificados? ¿Los temas y brechas son nuevos o ya se conocían? ¿Cómo se pueden abordar de manera efectiva dentro de los programas de prevención? ¿Qué recursos necesitamos para abordarlos dentro de nuestros programas?</p>
4:00-4:20	Receso
4:20-4:40	<p>Resumen del día <i>(Cesar E. Castellanos)</i></p>

Miércoles 9 de diciembre

Modelos de prevención: ¿Qué hay de nuevo...? ¿Qué funciona?

9:00-10:00	<p>Panel</p> <p>“Modelos, estrategias, y componentes necesarios para la prevención efectiva que han sido propuestos e implementados en los últimos años” <i>(Diego Postigo, OPS-Panamá; Ivo Brito, Ministerio de Salud-Brasil; Elizabeth Castillo, PROFAMILIA-Colombia)</i></p>
10:00-11:00	<p>Discusión</p> <p>¿Cómo son estos modelos conceptualizados, ejecutados y evaluados?</p>

	<p>¿Qué otros modelos existen, qué debemos considerar?</p> <p>¿Qué elementos deben ser eliminados o incorporados para desarrollar iniciativas de prevención efectiva basada en estos modelos?</p>
11:00-11:20	Receso
11:20-11:40	<p>“Estrategias de prevención biomédicas: ¿son efectivas para la prevención con grupos de mayor riesgo?”</p> <p><i>(Jorge Sánchez, IMPACTA-Perú)</i></p>
11:40-12:20	<p>Discusión</p> <p>¿Qué experiencias existen en América Latina con estas estrategias?</p> <p>¿Son apropiadas estas estrategias para las poblaciones de mayor riesgo?</p> <p>¿Es factible promover estas estrategias en la región?</p> <p>¿Qué más se necesita hacer para promover estas estrategias entre las poblaciones de mayor riesgo en América Latina?</p>
12:30-1:30	Almuerzo
1:30-2:10	<p>Panel</p> <p>“Estrategias de cambio de comportamientos: ¿son efectivas para la prevención con grupos de mayor riesgo?”</p> <p><i>(José Toro, Universidad de Puerto Rico; Clancy Broxton, USAID-Washington DC)</i></p>
2:10-2:50	<p>Discusión</p> <p>¿Que experiencias existen en América Latina con estas estrategias?</p> <p>¿Son apropiadas estas estrategias para las poblaciones de mayor riesgo?</p> <p>¿Es factible promover estas estrategias en la región?</p> <p>¿Qué más se necesita hacer para promover el cambio de comportamientos de manera efectiva entre las poblaciones de mayor riesgo en América Latina?</p>
2:50-3:10	<p>“Intervenciones estructurales: transformación del ambiente político, reducción del estigma y la discriminación, y promoción de los derechos humanos y la ciudadanía”</p> <p><i>(Mirka Negroni, Proyecto Health Policy Initiative-México)</i></p>
3:10-3:50	<p>Discusión</p> <p>¿Qué intervenciones han sido implementadas y qué sabemos sobre su efectividad?</p>

¿Cuáles son las implicaciones de incluir intervenciones estructurales en los programas de prevención dirigidos a poblaciones de mayor riesgo?
¿Qué se necesita saber, hacer, y qué recursos se necesitan para que este tipo de intervenciones se incluyan dentro de los programas de prevención?

- 3:50-4:10 Receso
- 4:10-4:30 Panel
“¿Qué constituye un paquete integral de servicios de prevención para poblaciones de mayor riesgo?”
(Giovanni Meléndez, USAID-Programa Regional para Centroamérica)
- 4:30-5:10 Discusión
¿Por qué es importante ofrecer un paquete integral de servicios?
¿Qué experiencias existen en la región?
¿Actualmente estamos ofreciendo un paquete integral de servicios?
¿Cómo podemos asegurar que nuestros programas sean más integrales?
- 5:10 Resumen del día
(Cesar Castellanos)

Jueves 10 de diciembre

Cómo estamos midiendo el impacto de los programas de prevención

- 9:00-9:15 Modelos cuantitativos e indicadores
(Carlos Magis, CENSIDA-México)
- 9:15-9:30 Modelos cualitativos
(Yamir Salabarría-Peña, PEPFAR/CDC-Atlanta)
- 9:30-9:45 ¿Cómo se estima el tamaño de poblaciones para medir la cobertura e informar la planificación de programas?
(Sonia Morales, CDC/GAP-Centroamérica)
- 9:45-10:45 Discusión
¿Cuáles modelos se utilizan más y por qué?
¿Existe un mayor énfasis en la utilización de indicadores?
¿Existe la tendencia de ignorar los datos cualitativos?

¿Los indicadores de PEPFAR, UNGASS y Acceso Universal son los más apropiados para los programas de prevención con poblaciones de mayor riesgo? ¿Demuestran verdaderamente el impacto de los programas?
¿Los datos cualitativos ayudan a medir el impacto?
¿Cómo se complementan los datos cualitativos y los cuantitativos?
¿Cómo se deben recolectar y utilizar los datos cualitativos?
¿Cómo podemos mejorar nuestra habilidad para medir el impacto de actividades de prevención?

10:45-11:05 Receso

Recursos necesarios e invertidos en la prevención

11:05-11:25 “¿Es apropiado el nivel de financiamiento asignado a los programas de prevención en América Latina dada la naturaleza de la epidemia en la región?
(Ricardo Valladares, Proyecto Diálogo para la Inversión Social- Guatemala)

11:25-12:05 Discusión
Dada la epidemia concentrada en la mayoría de los países de la región, ¿reciben fondos adecuados los programas de prevención dirigidos a poblaciones de mayor riesgo?
¿Cómo se define el financiamiento para programas de prevención con poblaciones de mayor riesgo?
¿Quiénes están brindando fondos?
¿Qué tipo de actividades reciben la mayor cantidad de fondos?
¿Cómo se puede motivar a los gobiernos nacionales y otros actores para que contribuyan más en la prevención con grupos de mayor riesgo?

Liderando la prevención: ¿Quiénes deben participar? ¿Cómo involucrar a diferentes actores y definir sus roles?

12:05-12:20 “Rol de las redes, las ONG, organizaciones de base comunitaria, programas nacionales de prevención, organismos internacionales y agencias donantes en la prevención del VIH/sida”
(Beto de Jesus, Pact-Brasil)

12:20-12:35	<p>“¿Cómo han logrado algunos gobiernos en la región integrar, de manera sostenible, programas de prevención dirigidos a poblaciones de mayor riesgo?”</p> <p><i>(Jorge Saavedra, AIDS Healthcare Foundation-Holanda)</i></p>
12:35-1:30	<p>Discusión</p> <p>¿Qué estrategias de movilización se han utilizado? ¿Cuáles han sido efectivas?</p> <p>¿Cuáles son los roles específicos de los diferentes sectores?</p> <p>¿Pueden desempeñar un rol más amplio?</p> <p>¿Cómo podemos apoyar a los diferentes sectores para que tengan un rol más amplio?</p>
1:30-2:30	Almuerzo
2:30-4:30	Trabajo en grupos
4:30-4:45	Receso
4:45-5:45	Presentación de grupos de trabajo
5:45-6:00	Conclusiones, recomendaciones, pasos siguientes

ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES

Nombre	Organización	Email
Alvey, Nancy	USAID/México	nalvey@usaid.gov
Arboleda, Nelson	CDC/Guatemala	narboleda@GT.CDC.GOV
Arevalo, Fidel	USAID/Guatemala	farevalo@usaid.gov
Artiles, Norma Leticia	Tephine-CDC/Honduras	nartiles@GT.CDC.GOV
Avalos Madrid, Veronica	Prog. Nac. VIH/El Salvador	vavalos@mspas.gob.sv
Aviles, Ritza	USAID/Honduras	raviles@usaid.gov
Ball, Gonzalo	Cuerpo de Paz/Guatemala	gball@gt.peacecorps.gov
Bergmann, Heather	AIDSTAR-One/EE.UU.	hbergmann@jsi.com
Betancourt, Paty	REDLACTRANS/México	transgeneromexico@yahoo.com.mx
Beteta, Ricardo Eloy	CONGA/Panamá	betetar@yahoo.com
Brito, Cenyda	CDC/República Dominicana	ceneydabrito@hotmail.com
Brito, Ivo	MS-DST-AIDS/Brasil	ivo@aids.gov.br
Broxton, Clancy	USAID/ EE.UU.	cbroxton@usaid.gov
Castellanos, Cesar	Consultor/República Dominicana	cesarcastellanos1@gmail.com
Castillo, Elizabeth	Profamilia/Colombia	ecastillo@profamilia.org.co
Castillo, Lucrecia	USAID/Guatemala	lcastillo@usaid.gov
Chun, Helen	DOD/ EE.UU.	Helen.Chun@med.navy.mil
Cronk, Bradley	USAID/Guatemala	bcronk@usaid.gov
de Jesus, Beto	PACT/Brasil	rjesus@pactbrasil.org
de Leon, Alma	REDCA/Guatemala	almadeleon9@gmail.com
Galindo Arandi, Cesar	UVG-CDC/Guatemala	cgalindo@GT.CDC.GOV
Garcia, Ilcia	Programa Nacional de sida/Guatemala	ilciareb@gmail.com
Garcia, Pilar	Cuerpo de Paz/Nicaragua	pgarcia@ni.peacecorps.gov
Guardado, Maria Elena	Tephinet-CDC /El Salvador	mguardado@GT.CDC.GOV
Kittle, Bonnie	USG/Guatemala	bonnieleekittle@hotmail.com
Lainez, Haydée	REDTRASEX/El Salvador	helc5@yahoo.com
Lentini, Nena	USAID/Brasil	nlentini@usaid.gov
Leon, Laura	Capacity Project/Guatemala	lauraleonnoriega@gmail.com

Nombre	Organización	Email
Magis, Carlos	CENSIDA/México	carlos.magis@salud.gob.mx
Melendez, Giovanni	USAID/Guatemala	gmelendez@usaid.gov
Miller, William	UVG-CDC/Guatemala	wmiller@GT.CDC.GOV
Morales, Sonia	UVG-CDC/Guatemala	smorales@GT.CDC.GOV
Murillo, Margarita	MINSA/Panamá	mmurillo@sexoamoryvida.com
Negroni, Mirka	Futures Group/México	mnegroni@futuresgroup.com
Nurick, Karen	USAID/Guatemala	knurick@usaid.gov
Pacheco, Jorge	ASICAL/Colombia	pacheco@ligasida.org
Padilla, Mark	University of Michigan/ EE.UU.	padillam@umich.edu
Palma Lopez, Luis	UNFPA/El Salvador	lpalma@unfpa.org
Paz-Bailey, Gabriela	Tephinet-CDC/Guatemala	gpaz@GT.CDC.GOV
Peña-Salabarría, Yamir	CDC/ EE.UU.	ycs8@cdc.gov
Postigo, Diego	OPS/Panamá	postigod@pan.ops-oms.org
Ramos, Karelía	OPS-OMS/Guatemala	ramoskar@gut.ops-oms.org
Rivera, Patricia	ONUSIDA/Guatemala	riverascott@unaids.org
Rodríguez de Villagran, Leyda	Sanidad Militar-COPRECOS/Guatemala	leydadedevillagran@yahoo.com
Ruiz, David	ONUSIDA/Guatemala	david.ruiz@undp.org.gt
Saavedra, Jorge	AIDS Healthcare Foundation/Holanda	jorge.saavedra@aidshealth.org
Saleh-Ramírez, Aysa	AIDSTAR-One/ EE.UU.	asaleh@jsi.com
Scholl, Ed	AIDSTAR-One/ EE.UU.	escholl@jsi.com
Simbaqueba, Juan	REDLA+/Colombia	jsimbaquebav@yahoo.com
Stout, Isabel	USAID/Guatemala	istout@usaid.gov
Stewart, Lindsay	USAID/ EE.UU.	lstewart@usaid.gov
Tinajeros, Freddy	TEPHINET-CDCHonduras	ftinajeros@GT.CDC.GOV
Tinoco, Jorge	COPRECOS/Nicaragua	jsubdirep_cmm@ejercito.mil.ni
Toro Alfonso, Jose	Universidad de Puerto Rico/ EE.UU.	jtoro@uprrp.edu
Torres, Ivette	DHHS-SAMHSA/CSAT/ EE.UU.	ivette.torres@samhsa.hhs.gov
Valladares, Ricardo	Proyecto Diálogo para la Inversión Social/Guatemala	rvalladares@proyectodialogo.org
Van Damme, Wendy	Cuerpo de Paz/Guatemala	wvandamme@gt.peacecorps.gov
Ventura, Gisela	DIGECITSS/República Dominicana	giselaventura@hotmail.com
Vides, Carolina	USAID/Guatemala	cvides@usaid.gov
Vieto Piñeres, Adrian	MS-DTRS/Costa Rica	avieto@gmail.com
Villatoro, Sabrina	Cuerpo de Paz/Guatemala	svillatoro@gt.peacecorps.gov

Para más información, por favor visite aidstar-one.com.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: aidstarone-info@jsi.com

Internet: aidstar-one.com