

Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional

Interventions for HIV/STD prevention in Latin America and the Caribbean: a review of the regional experience

Carlos F. Cáceres ¹

Abstract

The HIV/AIDS epidemic has completed its second decade in Latin America and the Caribbean, the latter being the second most heavily affected region in the world. In UNGASS (2001), governments renewed their commitment to confront the epidemic with adequate prevention and care. This review begins by characterizing the regional epidemic as concentrated on vulnerable groups (except for certain areas of generalization). Subsequently, we summarize the prevention work with each target group and contrast it with the epidemiological profile, concluding that the epidemic was not addressed in either timely or sufficient fashion in vulnerable groups, all of which are linked to other population groups. We also point out conditions that could foster greater impact by prevention strategies and analyze ways by which prevention activities could be better integrated with impact/reduction measures. Finally, we analyze the available information on expenditures in prevention.

HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Sexually Transmitted Diseases

Introducción

Con 2 millones de personas viviendo con VIH/SIDA en América Latina y Caribe ¹, la epidemia está oficialmente cumpliendo dos décadas en la región. A pesar de que esta epidemia es heterogénea, el mayor contraste se da entre el Caribe y el conjunto de México, América Central y América del Sur. El Caribe es la segunda región más afectada en el mundo, con una epidemia generalizada que afecta a 430.000 personas, y con prevalencias por encima de 2,0% en la población general ¹. Los países de Mesoamérica y América del Sur alojan en conjunto 1.6 millones de personas viviendo con VIH/SIDA y, a excepción de América Central – donde existe una tendencia a la generalización, muestran epidemias predominantemente concentradas en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables (UDI) ^{1,2}.

Por la continuidad de la expansión de esta epidemia en la región, el SIDA ha sido y es un problema de importancia para las comunidades, y la mayor parte de los gobiernos ha comenzado a enfocarlo como problema nacional de salud pública ^{3,4,5}. Hasta mediados de los años noventa, la respuesta a la epidemia se concentraba en la prevención, ante la ausencia de opciones terapéuticas efectivas. Ante la evidencia de efectividad de la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA, de HAART, en inglés),

¹ Facultad de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Correspondencia

C. F. Cáceres
Facultad de Salud Pública,
Universidad Peruana
Cayetano Heredia,
Av. Armendáriz 445,
Miraflores, Lima 18, Perú.
ccaceres@upch.edu.pe

la *Declaración de la Sesión Especial sobre VIH/SIDA* de la Asamblea General de las Naciones Unidas (*Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002) concluyó que es vital un acceso amplio y equitativo tanto a la prevención como a la atención, bajo la convicción de que ambas dimensiones de la respuesta son inseparables⁶. Un número creciente de gobiernos regionales está ofreciendo la TARGA para toda persona que la requiere y no accede a ella de forma sostenible, y en otros países se ha logrado también acceso parcial al tratamiento. Sin embargo, la prevención continúa siendo fundamental en la acción contra el SIDA, porque hasta el momento la TARGA es costosa, debe recibirse de por vida, tiene efectos secundarios, y genera resistencia viral; además, un incremento de las prácticas de riesgo de infección, a consecuencia de un temor disminuido a la infección, podría revertir el ahorro de años de vida que resulta del acceso al tratamiento⁷. De otro lado, aunque la evidencia es aún insuficiente, la TARGA reduciría la infectividad y contribuiría a la prevención, por lo que ambas estrategias son sinérgicas⁸.

También el enfoque de la “prevención” ha variado con un mejor entendimiento de la realidad social. Las teorías comportamentales basadas en la toma racional de decisiones individuales que guiaron los programas iniciales comparten ahora un espacio con enfoques más estructurales que prestan atención a las normas socioculturales y, sobre todo, a las relaciones de poder que influyen en las interacciones entre las personas (incluyendo las sexuales), regulando su capacidad de controlar su experiencia individual⁹. Así, se reconoce que el VIH se concentra en poblaciones vulnerables, y que reducir esta vulnerabilidad, resultante de la exclusión social, es un elemento necesario en una estrategia integral de prevención y control de la epidemia a medio plazo².

Métodos

En esta revisión, partimos de una descripción de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y Caribe, basada en información sobre el perfil de la epidemia disponible en fuentes de acceso público – principalmente publicaciones de Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). A continuación, describimos la

experiencia en acciones de prevención implementadas en la región (con base en una revisión bibliográfica, con ayuda de buscadores de bases de datos de investigación, educación y salud en la Internet, además de las sugerencias por expertos regionales que actuaron como informantes clave); y contrastamos esta experiencia con el perfil epidemiológico. También señalamos condiciones que harían posible un mayor impacto de las acciones preventivas, y analizamos formas en que las actividades de prevención pueden integrarse mejor a las de reducción del impacto (incluyendo atención y tratamiento). Finalmente, analizamos la información disponible sobre gastos en prevención frente a gastos totales en VIH/SIDA.

Esta tarea se enfrenta a dos limitaciones: la escasa disponibilidad de documentación oficial o de acceso público (particularmente de rigor adecuado) sobre los varios temas que son materia de análisis; y la dificultad de hablar de la región como un todo, no sólo por su clara heterogeneidad epidemiológica, 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.

El contexto de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y Caribe

Utilizando la tipología de epidemias de VIH recomendada por UNAIDS/FHI (*Meeting the Behavioural Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes. A Joint Impact/FHI/UNAIDS Workshop. Report and Conclusions*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Family Health International; 1998), se observan cuatro patrones regionales: (a) El Caribe (incluyendo Guyana y Surinam) y América Central (excepto Nicaragua y Costa Rica) presentan epidemias con un incipiente nivel de *generalización*, con cifras de prevalencia de VIH en gestantes que varían entre 1,0 y 2,0%; (b) México, el área andina (excepto Bolivia), Costa Rica, Nicaragua, Paraguay y Chile, con epidemias concentradas en poblaciones de HSH (en las cuales las prevalencias varían entre 5,0 y 20,0% en grandes ciudades), y cifras inferiores a 1,0% en la población general adulta; (c) Brasil, Argentina y Uruguay, con epidemias concentradas tanto en UDI como en HSH; y (d) Bolivia y Cuba, con epidemias incipientes

1,2,10 (US Bureau of the Census. *HIV/AIDS Prevention Database*. <http://www.census.gov/ipc/www/hivaids.html>, accesado el 28/Jul/2004). La Tabla 1 muestra las actuales tendencias de la epidemia en América Latina y Caribe.

El paradigma actualmente dominante para explicar la diseminación de la epidemia es el de la vulnerabilidad basada en condiciones de exclusión social, y ha ampliado la visión inicial de los riesgos como fundamentalmente individuales, resultantes de opciones desinformadas, de falta de motivación o responsabilidad, así como la posterior idea de que serían significados socioculturales inadecuados los que obstaculizan la generalización de prácticas preventivas⁹. Aunque se trata de una epidemia fundamentalmente sexual, con un componente en usuarios de drogas en la parte sureste del continente, muestra crecientemente una conexión con la configuración de la vulnerabilidad social². En áreas de concentración en HSH y UDI (poblaciones de por sí excluidas), la pobreza y situaciones de super-exclusión (por ejemplo, la condición de *travesti* entre los HSH¹¹, o el color de piel "negro" entre los UDI¹²), guardan relación con mayores prevalencias de infección. En áreas de generalización de la epidemia, las trabajadoras sexuales muestran también mayores prevalencias¹³, así como grupos de jóvenes que recurren a transacciones de sexo por dinero o bienes para aliviar su pobreza o mejorar sus oportunidades. Los contextos de vulnerabilidad guardan directa relación con factores estructurales en torno de clase social, género, diferencia sexual, y etnicidad.

Pobreza

Los grupos socialmente vulnerables, particularmente en edad 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 negociable con postores disponibles¹⁴, como muestran las aproximaciones a los casos de Haití^{15,16}, Brasil¹⁷ y Perú¹⁸. 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, muchos de los cuales ofrecen con frecuencia transacciones sexuales o tienen relaciones sexuales en condiciones que no permiten asumir conductas preventivas. Independientemente de su modo de ingreso en cada país, la epidemia se termina trasladando hacia grupos en pobreza, como se ha visto en Brasil¹⁹; de modo que las prevalencias de ITS suelen ser mayores entre los más pobres, como, para trabajadoras sexuales, muestran estudios sobre HSV-2 en la Ciudad de México²⁰, o sobre VIH en São Paulo, Brasil²¹. Las intervenciones preventivas en poblaciones en pobreza deben facilitar la adopción de prácticas seguras en ellas. Se ha ofrecido, por ejemplo, el acceso gratuito o subvencionado a preservativos y a servicios de salud, incluyendo el tratamiento de las ITS, a poblaciones de bajos recursos, con éxito parcial²².

Tabla 1

Tendencias de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y Caribe*.

Sub-áreas de la región	Heterosexuales	HSH	UDI	Observaciones
América Central	++ (79,0%)	+++ (14,0%)	- (0,9%)	Más generalizada en Honduras y Belice; más concentrada en HSH en Costa Rica y Nicaragua
Área Andina	+ (48,0%)	+++ (48,0%)	- (0,2%)	Incipiente en Bolivia
Brasil	+ (36,0%)	+++ (35,0%)	+++ (24,0%)	
Caribe Latino	++ (76,0%)	+++ (14,0%)	- (3,0%)	Incipiente en Cuba
Caribe no Latino	++ (80,0%)	++ (12,0%)	+ (0,7%)	
Cono Sur	+ (25,0%)	+++ (33,0%)	+++ (34,0%)	En Paraguay y Chile no afecta UDI
México	+ (39,0%)	+++ (55,0%)	+ (0,8%)	

* Los símbolos señalan los niveles referenciales de seroprevalencia: - (población pequeña y ausencia de datos de seroprevalencia) a + (< 1,0%), ++ (1,0-5,0%) y +++ (> 5,0%). Las cifras entre paréntesis indican las proporciones de casos notificados a la Organización Panamericana de la Salud clasificados como debidos a transmisión heterosexual, homosexual masculina o por uso de drogas inyectables (según Cáceres⁹⁸).
HSH = hombres que tienen sexo con hombres; UDI = usuarios de drogas inyectables.

Género

Los mandatos de género contribuyen a la vulnerabilidad frente al VIH tanto de las mujeres como de los hombres, aunque de formas diferenciadas. El uso de condón, central en la prevención, está bajo el control masculino. La tradición cultural iberoamericana se caracterizó por una forma de sexismo que extrema la valoración de lo masculino y subordina a ello lo femenino²³, imponiendo patrones rígidos y contrastantes de masculinidad y feminidad. Según este guión tradicional, actualmente en transformación, las mujeres deben inhibirse de evidenciar conocimientos sobre sexualidad, discutir conductas sexuales o sugerir el uso de condones, lo que reduce sus opciones de negociación²⁴ y se aúna a las brechas educativas y de autonomía económica como factores de su vulnerabilidad. Las mujeres jóvenes se enfrentan, además, a la negación de su sexualidad pre-matrimonial y a un limitado acceso a consejería o preservativos sin permiso parental. Los hombres, a su vez, deben demostrar habilidad sexual y sostener encuentros sexuales con varias compañeras^{25,26}, lo que también afecta su vulnerabilidad y la de sus parejas estables. En el Caribe de habla inglesa y holandesa, la ausencia de restricciones tan marcadas sobre la sexualidad femenina (incluyendo la de las adolescentes), en un contexto de pobreza y ausencia de oportunidades, así como la valoración de la juventud en las mujeres, contribuye a una diversidad de formas de sexo transaccional, particularmente involucrando a mujeres jóvenes y hombres mayores con capacidad económica²⁷, lo cual ha contribuido a la progresiva generalización de la epidemia de VIH en el Caribe. Toda estrategia preventiva debe incluir elementos que ofrezcan a mujeres y hombres instrumentos para prevenir la infección, aun cuando para hacerlo deban ir en contra de normas tradicionales de género, como sugieren los compromisos de UNGASS (*Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS; 2001). A corto plazo, ello puede implicar, por ejemplo, intervenciones legales-normativas, campo aún muy poco estudiado²⁸. Merson et al.²⁹ sólo pudieron encontrar dos referencias de intervenciones estructurales evaluadas, ambas sobre la exitosa adopción del uso obligatorio de condones en prostíbulos tailandeses³⁰. Sería de utilidad evaluar el impacto de leyes contra la violencia sexual sobre la capacidad de las mujeres para negociar el sexo seguro; o el de las leyes que amplían el acceso de jóvenes de ambos sexos a los preservativos y a los

servicios de salud, o el papel de los medios de comunicación como vehículo de campañas para confrontar estereotipos de género.

Diferencia sexual

Siendo las relaciones entre varones centrales en la configuración de la epidemia a nivel regional, las representaciones sociales dominantes de la homosexualidad, y su impacto en las conductas sexuales, son fundamentales. En la cultura hegemónica la masculinidad debe ser constantemente confirmada, y lo que simbólicamente la amenaza es estigmatizado. La exclusión social de lo homosexual (tipificada por la *homofobia*) es aún dominante, aunque tiende a disminuir debido a la creciente difusión de valores globales acerca del respeto a la diversidad sexual. El sistema de salud es aún ejemplo de esta forma de discriminación, pues convierte un estigma cultural en una clara barrera de acceso a los servicios³¹. Existen formas alternativas de entender lo homosexual^{32,33}; y en los entornos urbano-populares, donde se ha tendido a mantener una visión tradicional de lo homosexual basada en papeles de género (según Herdt³⁴), los homosexuales son vistos como hombres que renuncian a su masculinidad y buscan la compañía sexual de varones, los cuales pueden otorgarla a cambio de compensaciones, sin ver su masculinidad amenazada^{32,35,36}. Este modelo resulta en prevalente conducta bisexual en hombres que no se identifican como bisexuales. Problemas adicionales son la baja popularidad del preservativo y el frecuente uso de alcohol. Las estrategias preventivas en la región deben considerar esta diversidad sexual, e incluir tanto programas dirigidos a hombres con identidades *gay* (los cuales han sido implementados en muchas ciudades capitales de la región, aunque a escala pequeña) como programas que lleguen a otros HSH no identificados como *gay* (programas que han sido muy escasos). Debe también considerarse la prostitución masculina, tanto la viril como la ofrecida por personas transexuales, las cuales, en especial las últimas, comportan una elevada vulnerabilidad³⁷.

Etnicidad y exclusión geográfica

La diseminación del virus se ha acelerado en entornos urbanos, progresivamente más pobres y, según los patrones de mestizaje dominantes en la región, más "oscuros". Los hombres y mujeres de poblaciones indígenas pueden tener menores oportunidades de educación y empleo, lo que los lleva hacia los márgenes

nes de la sociedad y los impulsa al trabajo sexual, al uso de drogas o a ayudarse mutuamente a través de actividades ilegales². Hace algunos años, el Programa Nacional de DST e AIDS de Brasil halló que, aunque su población indígena no estaba mostrando aún una epidemia debido a su relativo aislamiento, se evidenciaba el ingreso del virus a la misma, el cual tenía un potencial de rápida diseminación debido a las características de su cultura sexual, que incorporaba la poligamia³⁸, por lo que planeaba una estrategia preventiva seria. Una investigación en Belice demostró que, aunque la entrada del VIH en una población de gestantes era aún incipiente, la pertenencia al grupo étnico garífuna era un factor de riesgo para infecciones por hepatitis B, también sexualmente transmitida³⁹. Pese al carácter urbano de la epidemia en buena parte de Sudamérica, espacios rurales que experimentan migración intensa en contextos de pobreza, con separación de parejas, suelen experimentar crecimientos en la prevalencia de VIH, como Bronfman et al.⁴⁰ han demostrado en América Central y México. Hasta la fecha, el papel de la diversidad étnica y las migraciones ha sido casi obviado en las políticas para la prevención.

Experiencias en prevención de VIH/SIDA en la región

Las experiencias en prevención del VIH/SIDA han sido diversas en la región, debido en parte a su diversidad epidemiológica, 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, en los niveles de prioridad asignados a la epidemia, y en los paradigmas dominantes para explicarla y responder a ella. Estos últimos incluyen, esquemáticamente, un modelo individual basado en opciones informadas; un modelo culturalista basado en barreras culturales; y un modelo estructural basado en nociones de exclusión social⁹. En general durante la última década se ha tendido a ir desde los modelos más individualistas hacia los estructurales.

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 (OMS)⁴¹, que incluye el nivel (alto, medio, limitado) de evidencia de impacto disponible a nivel mundial, esquematizamos los tipos de intervenciones preventivas implementados en América Latina y Caribe.

Programas enfocados en población "general"

Pese a que en buena parte de América Latina (no así del Caribe) existía evidencia de la concentración de la epidemia en HSH y UDI, la mayor parte de los programas emprendidos ha estado dirigida a la población general, asumida como heterosexual y homogénea.

Los programas de consejería y tamizaje voluntario (CTV, o VCT en inglés) han ganado importancia recientemente^{42,43,44} al asociarse a una reducción de la incidencia de VIH o ITS, particularmente en quienes obtienen resultados positivos. En la región, la mayor parte de países ha organizado o auspiciado centros de CTV, en ocasiones gratuitos, y normalizado la consejería pre- y post-test en establecimientos públicos. La mayor parte de los programas han funcionado a demanda, en tanto no se ha promovido activamente la opción del público general por la CTV como una intervención en sí misma. La literatura consigna dos estudios que involucran a la región: el multicéntrico realizado en Trinidad juntamente con Kenya y Tanzania⁴⁵, que demostró su efectividad en la reducción de conductas de riesgo con parejas no primarias, y el realizado en Haití⁴³, según el cual la CTV en ambos miembros de parejas discordantes incrementaba el uso de condón, y disminuía la incidencia de VIH.

Programas fortalecidos de tratamiento de infecciones de transmisión sexual: aunque cierto nivel de inconsistencia empírica en su efectividad para reducir la incidencia de VIH ensombreció su popularidad^{46,47}, suficiente evidencia observacional y plausibilidad biológica sostienen la importancia de estos programas, implementados en el mundo de formas diversas a través de entrenamiento ampliado en manejo etiológico o sindrómico, o aplicación de tratamiento masivo. En la región, algunos gobiernos con desarrollo más incipiente en sus estrategias, y con menores recursos, establecieron programas de manejo sindrómico, 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 centrados en farmacias, pues una gran fracción de personas con ITS acude a éstas dispuesta a comprar lo que el personal les aconseje. Según un ensayo clínico controlado⁴⁸, sin embargo, no hubo diferencia en la calidad del diagnóstico o tratamiento sugeridos entre farmacias con personal entrenado y farmacias sin tal entrenamiento, aunque

en las primeras se ofreció consejería más frecuentemente. Por otro lado, en trabajadoras sexuales seronegativas en Bolivia a las que se ofreció tratamiento de ITS y condones se logró un incremento auto-informado del uso de condones y disminuciones en la prevalencia de ITS⁴⁹. Se reconoce dificultad para establecer la relación costo-efectividad de estos programas⁴¹.

Las *campañas preventivas en medios masivos* son efectivas para desarrollar una conciencia de la existencia del SIDA y nociones sobre su prevención, pero no para instalar conductas preventivas^{50,51}. Se les considera intervenciones estructurales en el ambiente social²⁹. En los inicios de las epidemias en la región éstas fueron comunes, en gran medida dada la necesidad política de demostrar acción frente al SIDA. Actualmente, se las emplea de forma esporádica para lanzar nuevos conceptos en prevención o para reforzar las normas sociales preventivas.

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^{52,53}, dado que su calidad es muy diversa, y la mayoría de ellos suele seguir formatos pedagógicamente tradicionales. Parecen ser más útiles los programas especiales, generalmente basados en pares, para jóvenes vulnerables^{54,55}. Pese a la oposición de actores conservadores en algunos casos, el establecimiento de programas de educación sexual, tanto incorporados en el currículo oficial por el sector educación, como promovidos por ONG's, el sector salud o municipios, ha sido bastante común en América Latina. La mayor parte de ellos ha seguido formatos tradicionales, y usualmente, mientras más masivos eran, más difícil era asegurar la calidad de los mensajes finales. Los programas más participativos, que involucran a los jóvenes incluso en la gestión del programa, han sido generalmente experiencias piloto a pequeña escala, o foco de estudios de intervención^{56,57}. También se han desarrollado experiencias integradas, como las de República Dominicana, combinando una campaña en medios con entrenamiento a docentes, o de Haití, con *servicios amigables* con los jóvenes, familias y maestros⁵⁸. Dos ensayos comunitarios controlados en la región, realizados en Brasil⁵⁹ y en Nicaragua⁶⁰, mostraron reducción de conductas de riesgo en mujeres (y no en los varones). Los enfoques de trabajo con jóvenes considerados más efectivos incluyen los programas de pares (escolares o comunitarios), los servicios amigables con los jóvenes, y el mercadeo social⁸.

Las *intervenciones en hombres heterosexuales* son consideradas eficaces, aunque de efectos modestos (Machekano R, McFarland W, Mzezewa V. *Peer Education Intervention Reduces HIV Infection Among Factory Workers in Zimbabwe*. <http://www.retroconference.org/abstracts/session6/15.htm>, accesado el 28/Jul/2004). Típicamente utilizan el centro de trabajo como base. En América Latina se han dado sobre todo en las instituciones militares y policiales⁴, aunque no han sido evaluadas. Por tratarse de grupos que suelen ser aislados de sus familias por períodos largos, y por sus mayores frecuencias de uso de servicios sexuales y de relaciones homosexuales, suelen mostrar prevalencias de infección algo mayores a las de la población general⁶¹; las intervenciones orientadas a ellos se han dirigido a promover el uso del condón y seleccionar las parejas sexuales. También debe citarse el trabajo con varones privados de libertad⁶², los cuales no sólo provienen de subpoblaciones con mayor prevalencia de infección, sino que su experiencia en reclusión, usualmente en un contexto de negación de la existencia de uso de drogas inyectables⁶³, prostitución o relaciones homosexuales⁶⁴, conlleva la transmisión continuada del VIH entre reclusos. Por realizarse en instituciones complejas como los sistemas carcelarios, para tener éxito, estos programas deben reconocer la existencia de UDI y relaciones homosexuales, e incluir preservativos y acciones de reducción de daños.

Programas enfocados en trabajadoras sexuales

Las intervenciones de pares con trabajadoras sexuales son reconocidas por su elevada capacidad para motivar la adopción y mantenimiento de las conductas preventivas entre ellas, reduciendo la incidencia de VIH y otras ETS entre éstas. Según Merson et al.²⁹, la evidencia más abundante de intervenciones efectivas se centra en aquéllas dirigidas a poblaciones vulnerables, particularmente trabajadoras sexuales. No hay, en cambio, experiencia importante en intervenciones orientadas hacia varones clientes de éstas⁶⁵. Sus mayores limitaciones derivan de que buena parte del trabajo sexual es clandestino, lo que incrementa su vulnerabilidad y hace difícil a los agentes de salud pública señalar el número, localización y necesidades de muchas trabajadoras sexuales. Además, estas tienen gran movilidad⁵⁸. En América Latina, la experiencia de trabajo sexual femenino, además de estar regida por una legislación diversa, que varía entre el prohibicionis-

mo y la legalización fiscalizada, aunque con vacíos legales que permiten arbitrariedades ⁶⁶ suele implicar un fuerte estigma social ⁶⁷. Como demostraron Lurie et al. ²¹, dentro de una misma localidad puede existir diversidad en el riesgo.

En la región han sido comunes intervenciones en trabajadoras sexuales desde los gobiernos y las ONG's, aunque no existen publicaciones al respecto. Mientras inicialmente predominaron programas informativos básicos con promoción del uso de condones, e incluso enfoques represivos, luego el clima político ha favorecido el reconocimiento del trabajo sexual como una actividad laboral que se ejerce en particulares condiciones de vulnerabilidad. Así, los programas orientados a esta población, incluyendo los gubernamentales, han ido incorporando visiones más integradoras de salud, y concibiendo a los trabajadores sexuales como sujetos de derecho. El modelo más común ha sido el de intervenciones de pares, más suministro de condones, exámenes médicos periódicos, y tratamiento de ETS, con apoyo de vigilancia centinela de la prevalencia de VIH. La mayoría de los pocos estudios publicados se enfoca en programas de pares, aunque con distintos énfasis: mientras algunos sólo difundieron información preventiva (Welsh et al. ⁶⁸ se enfocaron en explorar el nivel de difusión de la misma entre ciudades), otros desarrollaron un programa que promovió la prevención del VIH dentro de una concepción de salud integral y derechos ciudadanos ⁵⁸. Un estudio en Nicaragua mostró la utilidad del suministro de condones en moteles en donde se llevan a cabo encuentros de trabajo sexual para lograr un incremento en su uso ⁶⁹. Otro estudio demostró una elevada aceptabilidad del condón femenino entre las trabajadoras sexuales ⁷⁰.

Programas enfocados en HSH

Siendo ésta la población más uniformemente afectada por la epidemia en la región (representando un 35.0% de los casos notificados ⁷¹), ha recibido relativamente escasa atención por parte de los gobiernos, particularmente hasta mediados de los noventa, en principio porque primó la presunción de que ya otros actores habían invertido en prevención en estos grupos, y de que, en todo caso, la epidemia en ellos ya estaba adecuadamente controlada. Esta presunción se debería al inadecuado entendimiento de los comportamientos sexuales de los HSH entre los funcionarios de salud en la región, así como a la idea de que el papel del Estado es la prevención en la población general (pues no se

concibe a esta población como sujetos de derechos) ¹⁰.

Hacia fines de los años noventa un conjunto de actores contribuyó a plantear la importancia epidemiológica del grupo, y apoyó iniciativas especiales en políticas, investigación, y trabajo entre Estado y sociedad civil ^{10,72}, 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 etiqueta de "HSH" ("MSM", en inglés), unificó bajo una definición comportamental tanto a los hombres con identidad homosexual o gay como a los varones que no se consideraban homosexuales pero tenían sexo con otros hombres, y facilitó en entornos burocráticos el trabajo con una población tradicionalmente estigmatizada. Aunque numerosos desde mediados de los ochenta, los programas dirigidos a HSH en países de ingresos bajos o medios han sido evaluados en muy pocas ocasiones.

Las *intervenciones con pares* incluyen sobre todo "outreach" (contacto breve en lugares públicos para entrega de material educativo o información sobre servicios), líneas informativas especializadas, y el trabajo en sesiones en grupos pequeños. En Estados Unidos típicamente han tratado de cambiar las normas sociales sobre prevención ⁷³ o promover la organización comunitaria para la reducción del impacto de la enfermedad ⁷⁴, y han mostrado cierta evidencia de éxito. Prácticamente no hay información sobre evaluación de este tipo de programas en la región, aunque éstos han sido implementados en varios países, inicialmente sólo por organizaciones de la sociedad civil, y hacia fines de los noventa también por gestión de varios gobiernos ⁷⁵. En Brasil se midió el impacto del mercadeo social de condones en esta población, supuestamente incrementando su uso en la relación sexual previa de 21,0 a 76,0% ⁷⁶. No hay estudios sobre *programas de CTV* como modelo de intervención activa en HSH en el mundo en desarrollo. Un amplio número de ONG's han implementado programas de CTV para hombres gay en la región, usualmente con personal de la comunidad y en espacios amigables, aunque usualmente limitados a los hombres con identidad homo/bisexual en las ciudades capitales. No hay casos de programas de promoción activa de CTV, excepto los que se ejecutaron en estudios de prevalencia e incidencia ⁷⁵. Tampoco existen datos de programas, o ensayos clínicos, de *manejo mejorado de ITS* para reducir la transmisión de VIH, aunque algunos estudios están en marcha en la región dada la evidencia de asociación especial entre las epidemias de HSV-2 y VIH ⁷⁷. Se presu-

me 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 ⁴¹.

Las *campañas en medios* sirven para instalar el tema del SIDA y su prevención pero, como con la población general, no para cambiar conductas. Algunas ONG's han realizado pequeñas campañas en medios de la comunidad ⁷⁵: en Chile una ONG desarrolló un programa de advocacy en derechos sexuales en micromedios para disminuir la homofobia, y así contribuir a la prevención ⁷⁸. Algunas campañas fueron solicitadas por los gobiernos, como la que lanzó recientemente el gobierno de Brasil (Teixeira P, comunicación personal).

La *movilización comunitaria* integra las intervenciones con un enfoque de promoción de ciudadanía, que consolida la comunidad y, paulatinamente, reduce la experiencia homosexual clandestina y culpable. Algunos programas de esta índole se han gestado en la región ⁷⁹, aunque sin una evaluación de impacto incluida. Una reciente experiencia de trabajo de grupos comunitarios conjuntamente con los gobiernos para el desarrollo de planes estratégicos fue un buen ejemplo del primer paso para, al mismo tiempo, fortalecer organizaciones con trabajo en SIDA y, promover en los gobiernos el desarrollo de planes frente a la compleja epidemia entre HSH ⁸⁰. Estos programas no funcionan automáticamente con hombres sin identidad gay, grupo difícil de alcanzar por la frecuente clandestinidad de su vida sexual, que requiere de intervenciones discretas en lugares de encuentro sexual ³⁷.

Programas enfocados en la transmisión perinatal

Sin profilaxis, la transmisión madre-niño ocurre en 25,0-50,0% de madres portadoras de VIH que dan de lactar, debiéndose a la lactancia aproximadamente la mitad de tales infecciones ^{81,82}. Por la disponibilidad de una tecnología preventiva efectiva y no dependiente del usuario, y por el relativo pequeño número de mujeres embarazadas con VIH en la región (0,1-2,0% según la vigilancia epidemiológica ⁷¹), la adopción de programas preventivos de transmisión perinatal se dio tempranamente en muchos países de la región, particularmente con base en antirretrovirales. Sin embargo, ésta es un área de cambios rápidos, debido a la expansión del acceso a la TARGA, y la probabilidad de que

la profilaxis afecte la futura respuesta de la madre a la misma ⁸³.

La *profilaxis de gestantes con regímenes cortos de zidovudina y/o nevirapina* ha demostrado reducir la transmisión perinatal en 37,0-50,0% en países de ingresos bajos ⁸¹ y, con menos de US\$ 100 por año de vida saludable ganado, es considerada efectiva para el costo ⁸⁴. Al implementar esta estrategia, Bahamas reportó una disminución del 60,0% (de 28,0% a 10,0%) de transmisión perinatal ². Actualmente, la combinación de zidovudina más nevirapina es también una opción ⁸⁵. Hacia 1998 ya un número significativo de países había adoptado el suministro de zidovudina en cursos cortos como esquema profiláctico ⁸⁶, y otros fueron adoptando dicho régimen o sucedáneos en años posteriores. No existen, sin embargo, datos detallados sobre cobertura por país de la región en la actualidad; aunque el acceso al servicio varía de forma importante según la prevalencia de la infección por VIH en gestantes, el acceso general a la salud por parte de las mujeres seropositivas, y la fortaleza del componente de prevención de transmisión perinatal dentro de los programas de SIDA y materno-perinatales.

Según demostró un ensayo clínico en Kenya ⁸², la *substitución de lactancia materna* en madres seropositivas redujo la transmisión de VIH en 44,0%, y condujo a un 21,0% de mayor supervivencia infantil libre de VIH después de los 2 años. La substitución de lactancia materna fue adoptada desde mediados de los años noventa por un número creciente de países de la región ⁸⁶. Un grupo de expertos convocado por la OMS ⁸⁵ reafirmó la importancia de la estrategia, cuyo uso debe acompañarse de medidas de apoyo que eviten el surgimiento de problemas nutricionales en el niño.

Programas enfocados en usuarios de drogas inyectables

La epidemia entre UDI en la región se centra sobre todo en el Cono Sur y Brasil, donde representa el 34,0% y el 20,0% de casos notificados, respectivamente ⁸⁷. La mayor parte de UDI en la región (75,0-83,0%) se inyecta cocaína, la que promueve mayor frecuencia de inyección que la heroína, y así mayores opciones de infección. No se ha realizado muchos estudios de prevalencia en estas poblaciones en la región, pero los pocos realizados señalan que estas varían entre 25,0% y 75,0% en Brasil, entre 30,0 y 45,0% en Puerto Rico, y alrededor de 57,0% en Argentina ². Aunque en la mayoría de países de la región no hay restricciones tan se-

rias al acceso a jeringas, la cultura del consumo (por ejemplo, la experiencia colectiva), así como factores económicos, contribuyen al intercambio de estas. Aunque los programas hacia esta población no se han enfrentado a mayores controversias legales, el estigma que pesa sobre el consumo de drogas hace difícil la implementación de estas intervenciones ^{88,89}.

Los programas de reducción de daños han demostrado impacto sobre la epidemia entre los UDI (Institute for Health Policy Studies, University of California San Francisco. *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusion and Recommendations*. <http://www.caps.ucsf.edu/capsweb/publications/needle-report.html>, accesado el 28/Jul/2004). En América Latina, programas exitosos han sido organizados en Brasil, Argentina, Uruguay y México ^{2,87}, usualmente con el concurso de organizaciones no gubernamentales. En Brasil, en el marco de una ley de acceso universal a la salud ⁹⁰, el concepto de reducción de daños se va enriqueciendo con la inclusión de servicios de prevención de hepatitis y de sobredosis, prevención de la transmisión sexual y acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral ^{91,92}. Estrategias como las de intervenciones de pares han sido incorporadas en el marco de programas integrales ⁹¹ (Guedes R. *Integrated Pilot Project for Prevention of STDs and HIV/AIDS among Rio's Low-income Population, Brazil*. <http://www1.worldbank.org/education/adult-outreach/Doc/JC-SummBook1-1-F.pdf>, accesado el 28/Jul/2004).

Frente a situaciones problemáticas poco conocidas, los diagnósticos rápidos orientados a la acción son de utilidad. En Brasil, la aplicación de RAR (“rapid assessment and response”, o *diagnóstico y respuesta rápidos*) para analizar la situación de VIH entre UDI evidenció que estos carecían de información sobre programas y servicios de prevención y atención de SIDA en la comunidad y, aunque conocían de transmisión y prevención, consideraban muy difícil el sexo seguro. Ilustró así la necesidad de intervenciones novedosas ⁹³.

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 ochenta, antes del pleno establecimiento de políticas de tamizaje más o menos universales (aunque con calidad y cobertura variables: los servicios más rurales y orientados a poblaciones más pobres tienen procedimien-

tos de tamizaje menos completos y menos efectivos). 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 ⁷¹. Se han implementado 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, para reducir riesgos ocupacionales e infecciones iatrogénicas. La autoexclusión de donantes según factores de riesgo ha sido también una práctica habitual, 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 ⁹⁴, aunque, por incidir en preguntas de historia personal referidas a la “pertenencia a grupos de riesgo”, ha sido vista por algunos como violadora de derechos ⁹⁵.

Brechas entre epidemiología y prevención, y opciones para afrontarlas

Como criterios para priorizar intervenciones preventivas en SIDA, actualmente se recomienda ⁴¹: (1) considerar poblaciones centrales en la epidemia y que están vinculadas a las vías de transmisión más importantes, funcionando en algunos casos como puentes entre grupos; (2) optar por los programas que mayor impacto pueden tener sobre las poblaciones accesibles en las condiciones existentes, según evidencias de efectividad ^{8,29}, incluyendo aquí las intervenciones estructurales, que actúan sobre los obstáculos estructurales a la prevención persuasiva (v.g., la obligatoriedad de uso de condón en los prostíbulos fue muy efectiva en Tailandia ³⁰); y (3) considerar la relación efectividad-costo según los recursos disponibles (por ejemplo, las campañas de medios tienen alto costo para su modesta efectividad, mientras la CTV, aunque cara por ser intensiva en personal, resulta más efectiva para el costo).

Un análisis de las actividades preventivas desarrolladas en la región frente a la situación epidemiológica sugiere que, además de haberse instalado medidas de bioseguridad y, según la cobertura de control prenatal y atención de parto institucional, acciones para la prevención de transmisión perinatal, se ha priorizado a la “población general” como foco de atención para los programas. Por el contrario, los grupos

más vulnerables epidemiológica y socialmente en la región están sub-atendidos, y las condiciones que determinan su vulnerabilidad no han sido abordadas. El caso más notable es el de las poblaciones de HSH, aunque esta exclusión se observa en UDI, privados de libertad, inmigrantes, y trabajadores sexuales varones, particularmente *travestis*, grupos que requieren enfoques programáticos sensibles a sus condiciones de vida e incluyentes socialmente.

A pesar de que se han implementado programas orientados a trabajadoras sexuales, estos han dejado de lado a las más vulnerables: las llamadas "clandestinas". Aunque han utilizado enfoques participativos como los de promoción por pares, lo han hecho instrumental e impositivamente, sin buscar la promoción de su salud integral o, menos aún, su integración social. Los programas orientados a sus clientes, que tienen el control del uso del condón, han sido muy escasos. En cuanto a los programas orientados a los jóvenes, estos han adoptado perspectivas moralmente conservadoras, basadas sobre todo en la entrega de información preventiva y en persuadir para la postergación del inicio sexual o para la abstinencia, sin facilitar el acceso a herramientas para la prevención en el marco de una práctica autónoma e informada de protección de la salud sexual (y de la salud integral). Finalmente, los programas orientados a la población general han sido poco eficientes, entre otras razones, porque privilegiaron medios caros, poco participativos y poco específicos para casos individuales, y sin conexión con otros aspectos de la salud sexual. También han sido poco efectivos, porque subutilizaron la investigación o la teoría para desarrollar mejores enfoques; y no adaptaron adecuadamente los mensajes a una epidemia en evolución en cada ciudad o país; por ejemplo, no ajustaron los mensajes conforme se fue entendiendo que no se trataba de una epidemia explosiva, lo cual les restó credibilidad. Debe decirse, para terminar, que es muy incipiente la conciencia de barreras a la prevención que están más allá de las decisiones individuales, requiriendo *intervenciones estructurales* (leyes, programas, transformaciones del entorno).

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 capacitación para el trabajo con poblaciones vulnerables. Adicionalmente, es frecuente una limitada capacidad para generar y usar evidencia epidemiológica para guiar acciones y programas pre-

ventivos. Se requiere conformar equipos multidisciplinarios tanto en los niveles de coordinación como en los de ejecución programática, y asegurar una capacitación adecuada en aspectos clínico-asistenciales (incluyendo situaciones frecuentes en las poblaciones más afectadas), aspectos socioculturales, y planificación y evaluación de programas. Finalmente, una política de colaboración adecuada con la sociedad civil, incluyendo las organizaciones de personas viviendo con VIH, es crucial para facilitar la implementación de programas, y constituir un grupo que respalde al sector salud para asegurar el presupuesto para estas acciones.

Finalmente, es importante recalcar el marco planteado por UNGASS (*Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002), en torno a la inseparable conexión entre prevención y atención para una adecuada respuesta a la epidemia. La declaración compromete a los gobiernos a fortalecer los sistemas de atención de salud y facilitar el logro de los mejores niveles posibles de éstos, incluyendo la prevención, el tratamiento antirretroviral y el de las infecciones oportunistas (citando el párrafo 55 de *Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002). 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 nivel de gastos. Mientras en algunos países estas fueron mínimas, en otros como Argentina fueron más significativas, dada la tradición de la práctica sanitaria en ese país, en contraposición con las reducidas y poco efectivas acciones preventivas⁹⁶. 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 con un lenguaje de vanguardia y un enfoque integral, pero la ejecución del programa se centró, con el tiempo, en las dimensiones de vigilancia epidemiológica, laboratorio y control de ITS, mientras la de reducción del impacto social nunca fue desarrollada de forma adecuada⁴.

El gasto en VIH/SIDA

Existe también gran diversidad en los montos gastados en el enfrentamiento de la epidemia en la región, que responden en parte a epidemias de distinta magnitud y configuración, y en parte a países de distinto nivel de desarrollo relativo y de prioridad política asignada al tema. Igualmente, el gasto en SIDA experimentó, dentro de cada país, variaciones en el tiempo, según la evolución de cada epidemia particular y cambios internos y externos. Resulta de interés revisar los costos vinculados a SIDA para evaluar en qué medida los compromisos de la Declaración de UNGASS (*Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS; 2001) sobre la integración de los esfuerzos de prevención, atención y tratamiento se reflejan en el gasto; y para analizar la composición de los costos de prevención, atención y tratamiento. La Tabla 2 presenta una selección de la información consignada en un *Estudio de Indicadores Financieros de las Respuestas Nacionales al VIH/SIDA*⁹⁷ en quince países de la región en 1999-2000. Aunque estos datos han ido variando, no hay nuevos datos disponibles en esta magnitud.

Entre los indicadores de contexto, es relevante considerar el gasto *per capita* en SIDA (en dólares con paridad de poder de compra). Este varía entre los \$ 8-10 de Honduras (con una epidemia generalizada), y Uruguay y Argentina (con epidemias grandes en UDI y cobertura universal de terapia antirretroviral) y los niveles muy bajos de Bolivia (con una epidemia incipiente). Brasil tiene una cifra mediana, pese a contar con un programa de tratamiento antirretroviral universal y una epidemia importante. Por otro lado, la proporción Gasto de Personal/Gasto Total en SIDA, que indica el nivel de desprotección económica de los afectados para afrontar los gastos de la enfermedad, es mayor a 75,0% en Perú y varía entre 40,0 y 60,0% en Uruguay, Paraguay, Honduras y República Dominicana, mientras es menor a 25,0% en Argentina, Brasil, Costa Rica, México, El Salvador, Panamá y Guatemala.

El gasto *per capita* en condones indica, de alguna manera, el gasto en prevención de la transmisión sexual, y puede ser comparado con el gasto *per capita* en antirretrovirales. Como vemos, el primero varía desde montos muy pequeños (\$ 0,02 en Panamá, \$ 0,06 en El Salvador, \$ 0,08 en Chile) hasta montos altos (\$ 2,26 en Uruguay, \$ 1,9 en Argentina, \$ 1,75 en Nicaragua). El segundo varía entre un gasto nulo (El Salvador, Nicaragua) o muy bajo (Perú, \$ 0,11

hasta montos elevados (sobre \$ 3,00 en Argentina, Uruguay, Panamá; entre \$ 2,00 y \$ 3,00 en Brasil, Costa Rica y Honduras). En Bolivia, Perú, Paraguay, El Salvador y Nicaragua el gasto *per capita* en condones sobrepasa el gasto *per capita* en antirretrovirales. Ahora bien, la *composición del gasto en SIDA* muestra un claro predominio del gasto en atención en todos los países estudiados, excepto en Bolivia y Nicaragua, países con epidemias incipientes. Ello muestra, entonces, que gastos elevados en atención de salud (por ejemplo, \$ 82,4 millones en Perú, lo que hace un 88,0% del gasto total en SIDA) pueden estar en una medida muy pequeña orientados a antirretrovirales (en Perú, los \$ 3,3 millones gastados en este concepto forman un 4,0% del gasto en atención por causas relacionadas a SIDA). Por el contrario, de los \$ 653 millones que Brasil gasta en atención (72,5% de su gasto total en SIDA), \$ 461 millones (70,0%) son utilizados en antirretrovirales. Aunque no es fácil, entonces, obtener conclusiones directas, estas cifras sugieren que el programa de tratamiento universal está permitiendo a Brasil reducir otros gastos de atención, además de indicar que dicho país está cumpliendo más claramente los compromisos asumidos en UNGASS.

No existe información sobre financiamiento o costo-efectividad de programas en prevención de la transmisión sexual en poblaciones específicas (por ejemplo, población general, trabajadoras sexuales, jóvenes, HSH), disponiéndose sólo de datos genéricos de gasto en IEC, condones, y tratamiento de ITS. Sí se cuenta, en cambio, con datos específicos sobre inversión en prevención de la transmisión parenteral y perinatal. Lamentablemente, este estudio parece haber enfrentado la dificultad de que la información sobre costos tiene grados de precisión y detalle muy diversos en cada país, siendo administrativas más que técnicas las categorías más comunes de clasificación de gasto, impidiendo la evaluación de lo correspondiente a prevención, sin mencionar la sub-clasificación de gastos de prevención según tipo de estrategia o población meta.

Conclusiones

La distribución epidemiológica de la infección por VIH y SIDA en la región es heterogénea, aunque sigue un patrón de epidemias concentradas en poblaciones de HSH (muchos de los cuales tienen uniones estables con mujeres), y en el sureste del continente, en UDI. En el Caribe y ciertas áreas de América Central se observa una tendencia a la generalización pero

Tabla 2

Flujos financieros y gasto en VIH/SIDA para países seleccionados de América Latina, 2000.

Tabla 2a

Sudamérica

Indicador	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Perú	Uruguay	Paraguay
Indicadores de contexto							
Población total (millones; 2000)	36,60	8,10	166,10	15,20	25,60	3,30	5,30
Gasto total en SIDA (miles US\$; 2000)	181.819,00	2.484,00	572.528,00	23.854,00	41.754,00	18.685,00	5.562,00
Gasto <i>per capita</i> en SIDA (US\$)	4,96	0,29	3,45	1,57	1,63	5,67	1,06
Gasto total en SIDA (miles US\$ PPC; 2000)	288.329,00	5.746,00	900.503,00	45.907,00	93.805,00	26.411,00	16.976,00
Gasto <i>per capita</i> en SIDA (US\$ PPC)	7,87	0,71	5,42	3,02	3,66	8,00	3,20
Indicadores de estructura y peso del gasto							
Gasto nacional en salud/PNB (%)	9,10	4,65	7,60	5,80	3,10	10,70	5,83
Gasto total en SIDA/Gasto nacional en salud (%)	0,69	0,92	1,26	1,09	2,60	0,81	1,23
Gasto público en SIDA/Gasto total en SIDA (%)	68,63	0,92	78,38	58,10	21,42	35,27	28,53
Gasto personal en SIDA/Gasto total en SIDA (%)	24,05	30,19	16,44	25,62	76,50	42,89	42,87
Gasto <i>per capita</i> en condones (US\$ PPC)	1,90	0,19	0,88	0,08	0,18	2,26	1,07
Gasto <i>per capita</i> en antirretrovirales (US\$ PPC)	3,58	0,12	2,77	1,39	0,11	3,22	0,73
Composición del gasto en SIDA							
Gasto en atención personal por SIDA (%)	71,00	33,70	72,50	76,90	87,80	67,50	58,20
Gasto en salud pública y prevención por SIDA (%)	29,00	66,30	27,50	23,10	12,20	32,50	41,80
Gasto en salud pública y prevención para SIDA	83.669,00	3.809,00	247.418,00	10.625,00	11.450,00	8.581,00	7.099,00
Gasto en vigilancia epidemiológica (miles US\$ PPC)	70,00	474,00	7.730,00	96,00	753,00	75,00	191,00
Gasto en IEC (miles US\$ PPC)	692.234,00	1.062,00	43.856,00	1.859,00	2.413,00	233,00	776,00
Gasto en condones (miles US\$ PPC)	69.829,00	1.584,00	147.653,00	1.217,00	4.926,00	7.477,00	5.784,00
Gasto en tratamiento de ETS (miles US\$ PPC)	nd	689,00	13.211,00	2.846,00	2.835,00	14,00	80,00
Prevención de transmisión madre-niño (miles US\$ PPC)	128,00	0,00	192,00	525,00	289,00	245,00	215,00
Distribución de jeringas y agujas (miles US\$ PPC)	nd	0,00	1.705,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bancos de sangre (miles US\$ PPC)	6.717,00	0,00	31.342,00	4.081,00	233,00	537,00	54,00
Gasto <i>per capita</i> en salud pública y prevención para SIDA	2,29	0,47	1,69	0,69	0,45	2,61	1,34
Gasto en atención de salud (SIDA)	204.660,00	1.938,00	653.085,00	35.282,00	82.356,00	17.829,00	9.878,00
Atención (hospital, ambulatorio, domiciliario, mitigación)	26.187,00	445,00	87.300,00	11.773,00	5.867,00	1.037,00	3.118,00
Servicios de apoyo (laboratorio, monitoreo, otros)	11.947,00	137,00	75.636,00	1.153,00	35.759,00	4.133,00	1.687,00
Gasto en drogas antirretrovirales (miles US\$ PPC)	131.435,00	1.092,00	460.572,00	21.218,00	3.298,00	10.744,00	4.028,00
Gasto en otras drogas (miles US\$ PPC)	35.091,00	263,00	23.859,00	1.138,00	26.207,00	1.915,00	790,00
Gasto en otros bienes no perecibles (miles US\$ PPC)	nd	0,00	5.718,00	0,00	11.225,00	0,00	255,00
Financiamiento por fuente							
Fondos gubernamentales (miles US\$ PPC)	147.237,00	53,00	705.880,00	15.002,00	10.204,00	9.188,00	2.689,00
Fondos de la seguridad social (miles US\$ PPC)	50.644,00	0,00	nd	11.671,00	9.895,00	130.038,50	2.155,00
Fondos de seguros privados y seguridad social privada	20.000,00	0,00	nd	4.931,00	nd	5.587,00	0,00
ONG's (miles US\$ PPC)	829,00	5,00	1.980,00	2.112,00	489,00	178.096,20	375,00
Gasto no personales (familias) (miles US\$ PPC)	69.346,00	1.735,00	148.105,00	11.763,00	71.769,00	11.327,00	7.279,00
Empresas (miles US\$ PPC)	249,00	0,00	41.718,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fuentes externas (miles US\$ PPC)	25,00	3.953,00	2.819,00	428,00	1.447,00	0,00	4.479,00

Tabla 2

Flujos financieros y gasto en VIH/SIDA para países seleccionados de América Latina, 2000.

Tabla 2b

México, Centroamérica y el Caribe

Indicador	Costa Rica	México	El Salvador	Nicaragua	Panamá	Guatemala	Honduras	República Dominicana
Indicadores de contexto								
Población total (millones; 2000)	3,90	97,40	6,20	5,00	2,80	11,30	6,30	8,20
Gasto total en SIDA (miles US\$; 2000)	10.249,00	157.661,00	3.853,00	5.684,00	8.997,00	12.806,00	23.531,00	10.867,00
Gasto <i>per capita</i> en SIDA (US\$)	2,62	1,62	0,63	1,14	3,21	1,13	3,73	1,33
Gasto total en SIDA (miles US\$ PPC; 2000)	21.583,00	261.182,00	8.231,00	27.679,00	15.464,00	28.637,00	64.493,00	28.916,00
Gasto <i>per capita</i> en SIDA (US\$ PPC)	5,54	2,68	1,32	5,54	5,53	2,54	10,16	3,52
Indicadores de estructura y peso del gasto								
Gasto nacional en salud/PNB (%)	6,70	5,60	8,00	7,90	9,00	5,30	4,50	4,80
Gasto total en SIDA/Gasto nacional en salud (%)	nd	0,60	1,87	2,96	0,91	1,25	8,89	nd
Gasto público en SIDA/Gasto total en SIDA (%)	67,78	88,86	83,96	40,02	88,31	78,32	26,00	50,00
Gasto personal en SIDA/Gasto total en SIDA (%)	21,97	10,20	4,08	22,16	5,97	15,00	55,66	47,45
Gasto <i>per capita</i> en condones (US\$ PPC)	1,22	0,28	0,06	1,75	0,02	0,18	0,88	0,29
Gasto <i>per capita</i> en antirretrovirales (US\$ PPC)	2,36	1,21	0,00	0,00	3,33	1,39	2,22	0,43
Composición del gasto en SIDA								
Gasto en atención personal por SIDA (%)	67,00	72,10	79,50	36,20	91,00	77,90	73,90	67,20
Gasto en salud pública y prevención por SIDA (%)	33,00	27,90	20,50	63,80	9,00	22,10	26,10	32,80
Gasto en salud pública y prevención para SIDA	7.117,00	72.822,00	1.691,00	17.659,00	1.387,00	6.342,00	16.841,00	9.481,00
Gasto en vigilancia epidemiológica (miles US\$ PPC)	24,00	523,00	906,00	279,00	146,00	109,00	761,00	219,00
Gasto en IEC (miles US\$ PPC)	1.743,00	4.176,00	19,00	4.508,00	131,00	701,00	5.842,00	2.501,00
Gasto en condones (miles US\$ PPC)	4.799,00	28.357,00	439,00	9.078,00	79,00	2.099,00	5.704,00	2.402,00
Gasto en tratamiento de ETS (miles US\$ PPC)	346,00	21.653,00	0,00	3.493,00	414,00	2.392,00	3.512,00	3.107,00
Prevención de transmisión madre-niño (miles US\$ PPC)	17,00	261,00	267,00	0,00	57,00	60,00	434,00	258,00
Distribución de jeringas y agujas (miles US\$ PPC)	0,00	728,00	0,00	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Bancos de sangre (miles US\$ PPC)	188,00	17.123,00	60,00	267,00	560,00	982,00	588,00	994,00
Gasto <i>per capita</i> en salud pública y prevención para SIDA	1,82	0,75	0,27	3,54	0,50	0,53	2,67	1,16
Gasto en atención de salud (SIDA)	14.467,00	188.360,00	6.540,00	10.019,00	14.077,00	22.296,00	47.652,00	19.435,00
Atención (hospital, ambulatorio, domiciliario, mitigación)	4.459,00	48.666,00	5.464,00	8.004,00	1.660,00	4.073,00	19.105,00	9.028,00
Servicios de apoyo (laboratorio, monitoreo, otros)	491,00	18.729,00	1.049,00	759,00	1.458,00	2.380,00	1.820,00	5.231,00
Gasto en drogas antirretrovirales (miles US\$ PPC)	9.230,00	118.605,00	27,00	217,00	9.527,00	15.829,00	14.279,00	3.530,00
Gasto en otras drogas (miles US\$ PPC)	286,00	2.361,00	0,00	82,00	718,00	13,00	11.764,00	1.646,00
Gasto en otros bienes no perecibles (miles US\$ PPC)	0,00	0,00	0,00	956,00	713,00	0,00	685,00	0,00
Financiamiento por fuente								
Fondos gubernamentales (miles US\$ PPC)	211,00	45.177,00	5.033,00	10.789,00	1.839,00	2.781,00	15.099,00	8.524,00
Fondos de la seguridad social (miles US\$ PPC)	14.420,00	186.925,00	1.878,00	290,00	11.818,00	19.648,00	1.667,00	3.321,00
Fondos de seguros privados y seguridad social privada	0,00	nd	0,00	0,00	0,00	0,00	1.774,00	0,00
ONG's (miles US\$ PPC)	839,00	1.613,00	414,00	205,00	211,00	226,00	3.511,00	1.127,00
Gasto no personales (familias) (miles US\$ PPC)	4.743,00	26.648,00	336,00	6.136,00	925,00	4.296,00	35.900,00	13.722,00
Empresas (miles US\$ PPC)	0,00	0,00	0,00	0,00	158,00	154,00	2.284,00	0,00
Fuentes externas (miles US\$ PPC)	1.371,00	820,00	572.448,00	10.255,00	512,00	1.534,00	4.258,00	2.223,00

Fuente: adaptado de Izazola & Valladares 97.

Nota: Algunas tasas *per capita* han sido calculadas por nosotros.

Leyenda: US\$ PPC = dólares ajustados por paridad de poder de compra; nd = no disponible.

con niveles de equilibrio bajos, aunque el Caribe es la segunda región más afectada por la epidemia en el mundo, después de África. En términos sociales, la epidemia de VIH ha tenido un impacto elevado, movilizándolo a gobiernos y comunidades. La mayor parte de países establecieron programas nacionales para enfrentarla, aunque su importancia política y presupuestos variaron considerablemente. Estos priorizaron acciones en prevención, sobre todo en la población general y dentro del sistema de salud (selección de sangre, profilaxis perinatal, manejo de ITS). Simultáneamente, muchas organizaciones comunitarias desarrollaron acciones con poblaciones vulnerables.

Los programas preventivos implementados en la región tuvieron principalmente un enfoque individual, sin una adecuada comprensión de factores que, ajenos a los individuos, determinan su vulnerabilidad. Es necesario promover intervenciones que, conservando adecuada factibilidad y simplicidad, incorporen más plenamente la concepción de cambios estructurales (por ejemplo, una visión de la necesidad de cambios profundos que, en un margen de tiempo razonable, permitan la reducción de la pobreza, las inequidades de género y la discriminación de minorías sexuales y étnicas, las cuales disminuyen el acceso a servicios de salud y educación, así como al ejercicio de los derechos ciudadanos), y responder efectivamente al estigma y la discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA y las poblaciones más vulnerables, pues estos contribuyen de manera importante a los costos sociales de la epidemia.

Debe priorizarse las intervenciones más efectivas y con mejor relación costo-efectividad en las poblaciones más afectadas y con mayor potencial de contribución a la expansión de la epidemia en nuevos grupos. Ello no se ha dado adecuadamente en la región, pues las poblaciones más afectadas, particularmente las de HSH y UDI, ambas con claras conexiones con otros grupos, han sido abordadas tardíamente y de manera insuficiente. Tampoco hubo una política sistemática de uso de evidencia sobre efectividad de intervenciones o relación costo-efectividad para el diseño e implementación de los programas. Es necesario, entonces, asegurar fuentes de información que permitan un entendimiento más cabal de la epidemia y de sus necesidades en el área de prevención, y complementar la capacitación de responsables de los programas de control de VIH/SIDA en aspectos sociales de la salud, comunicación en salud, planificación, monitoreo y evaluación de programas. Asimismo, debe asumirse seriamente los compromisos adqui-

ridos en UNGASS para integrar las acciones de prevención a las de atención, de modo que se aborde integralmente la epidemia, retomando una visión colectiva de los problemas de salud.

La información sobre montos, composición y financiamiento del gasto en SIDA, proveniente de un estudio regional en 15 países en el 2000, mostró gran diversidad en los patrones considerados, y reveló que, aunque en la mayor parte de países se gastaba más en atención que en prevención y salud pública, en algunos dicho gasto en atención era financiado en proporciones muy altas por las familias afectadas, con tendencia a que dicho gasto se concentrara en hospitalización y tratamiento de infecciones oportunistas, y no en una expansión del uso de antirretrovirales como tecnología terapéutica orientada a mejorar la calidad y tiempo de vida de las personas afectadas. El estudio confirmaba, como contraejemplo, que países con programas fuertes de tratamiento antirretroviral mantenían niveles moderados de gasto en atención por otros conceptos, pero no era posible analizar el gasto en prevención en subgrupos poblacionales. Es de gran importancia actualizar y mejorar las fuentes de información sobre gasto regional en SIDA, asegurando comparabilidad entre países, de modo que permita un análisis de la racionalidad económica de los esfuerzos preventivos implementados. Es igualmente importante asegurar procedimientos de medición del impacto de los programas, de modo que se permitan 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.

Resumen

La epidemia de VIH/SIDA ha cumplido dos décadas en América Latina y Caribe, siendo este último la segunda región más afectada en el mundo. En UNGASS (2001) los gobiernos renovaron su compromiso de enfrentar la epidemia con medidas de prevención y atención adecuadas. En esta revisión, partimos caracterizando la epidemia en la región como concentrada en grupos vulnerables (excepto algunas áreas de generalización). A continuación, reseñamos la experiencia en prevención en cada grupo objetivo, y contrastamos esta experiencia con el perfil epidemiológico para concluir que no se evidenció un abordaje oportuno y suficiente de la epidemia en grupos vulnerables, los cuales están vinculados a otros grupos. También señalamos condiciones que harían posible un mayor impacto de las acciones preventivas, y analizamos formas en que las actividades de prevención pueden integrarse mejor a las de reducción del impacto. Finalmente, analizamos la información disponible sobre gastos en prevención.

VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Enfermedades Sexualmente Transmisibles

Agradecimientos

Agradecemos los valiosos comentarios de Ernest Masiah a versiones iniciales de este trabajo, así como el apoyo de Percy Fernández en la búsqueda bibliográfica.

Partes de esta revisión fueron trabajadas por encargo del Banco Interamericano de Desarrollo.

Referencias

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2004.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Pan American Health Organization. HIV and AIDS in the Americas. An epidemic with many faces. Washington DC/Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Pan American Health Organization; 2001.
3. Galvão J. AIDS no Brasil. A agenda da construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Editora 34; 2000.
4. Cueto M. Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
5. Cahn P, Bloch C, Weller S. El SIDA en Argentina. Buenos Aires: Arkhetypo; 1999.
6. Farmer P. AIDS as a global emergency. Bull World Health Organ 2003; 81:699.
7. Blower S, Ma L, Farmer P, Koenig S. Predicting the impact of antiretrovirals in resource-poor settings: preventing HIV infections whilst controlling drug resistance. Curr Drug Targets Infect Disord 2003; 3:345-53.
8. Global HIV Prevention Working Group. HIV prevention in the era of expanded treatment access. Seattle: Global HIV Prevention Working Group; 2004.
9. Parker R. Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Editora 34; 2000.
10. Cáceres C, Pecheny M, Terto V. SIDA y sexo entre hombres en América Latina y el Caribe: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Lima: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2002.
11. Tabet S, Sánchez J, Lama J, Goicochea P, Campos P, Rouillon M, et al. HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. AIDS 2002; 16:1271-7.
12. Osemene NI, Essien EJ, Egbunike IG. HIV/AIDS behind bars: an avenue for culturally sensitive interventions. J Natl Med Assoc 2001; 93:481-6.
13. Ghys PD, Jenkins C, Pisani E. HIV surveillance among female sex workers. AIDS 2001; 15 Suppl 3:S33-40.
14. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. A complex comparative analysis of multi-site studies developing countries. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 1999.
15. Walton D, Farmer P, Lambert W, Leandre F, Koenig S, Mukherjee J. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: Lessons from Rural Haiti. J Public Health Policy 2004; 25:137-58.
16. Farmer P. AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame. Berkeley: University of California Press; 1992.
17. Zanetta DM, Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E, Menezes RX, et al. HIV infection and

- related risk behaviours in a disadvantaged youth institution of Sao Paulo, Brazil. *Int J STD AIDS* 1999; 10:98-104.
18. Cáceres C. Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. In: Izalola J, editor. *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. México DF: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/Fundación Mexicana para la Salud/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 1999. p. 217-46.
 19. Kerr-Pontes LRS, González F, Kendall C, Leão EMA, Távora FR, Caminha I, et al. Prevention of HIV infection among migrant population groups in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica* 2004; 20:320-8.
 20. Uribe-Salas F, Hernández-Ávila M, Juárez-Figueroa L, Conde-Glez CJ, Uribe-Zuniga P. Risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among female commercial sex workers in Mexico City. *Int J STD AIDS* 10:105-11.
 21. Lurie P, Fernandez M, Hughes V. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil. Instituto Adolfo Lutz Study Group. *AIDS* 1995; 9 Suppl 1:S31-7.
 22. Sweat M, Denison J. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS* 1995; 9 Suppl:S251-7.
 23. Fuller N. *Identidades masculinas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1997.
 24. Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori A. *Mujeres y el VIH/SIDA*. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997.
 25. Abarca H. Discontinuidades en el modelo hegemónico de masculinidad. In: Gogna M, compiladora. *Feminidades y masculinidades*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2000. p. 193-244.
 26. Bonino L. Hombres, género y salud mental: deconstruyendo la normalidad masculina. In: Segarra M, Carabí A, editores. *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria; 2000. p. 41-64.
 27. International Center for Research on Women. *Vulnerability and opportunity: adolescents and HIV/AIDS in the developing world results from the women and AIDS research program*. Washington DC: International Center for Research on Women; 1996.
 28. Parker R, Easton D, Klein C. Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. *AIDS* 2000; 14:S22-32.
 29. Merson M, Dayton J, O'Reilly K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS* 2000; 14 Suppl 2:S68-84.
 30. Hanenberg R, Rojanapithayhorn W, Junasol P, Sokal D. Impact of Thailand's HIV control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1994; 344:243-5.
 31. Guajardo G. *Homofobia cultural en Chile*. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 1998.
 32. Parker R. *Beneath the equator: cultures of desire, male homosexuality and emerging gay communities in Brazil*. New York: Routledge; 2000.
 33. Cáceres C, Rosasco A. The margin has many sides: sexual cultures and sexual risk among men show have sex with men in Lima. *Cult Health Sex* 1999; 1:261-75.
 34. Herdt G. *Same sex, different cultures*. Boulder: Westview Press; 1997.
 35. Motta A. El "ambiente": jóvenes homosexuales construyendo identidades en Lima. In: Panfichi A, Valcarcel M, editores. *Juventud: sociedad y cultura*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 1999. p. 429-69.
 36. Aggleton P, editor. *Men who sell sex*. London: UCL Press; 1999.
 37. Manzelli H, Pecheny M. Prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres. In: Cáceres C, Pecheny M, Terto V, editores. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: oportunidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002. p. 103-38.
 38. Pellegrini M, Brito I, Pimenta M. Challenge to prevent HIV/AIDS in the intercultural context: the Brazilian experience among indigenous people. In: XII International Conference on AIDS [CD-ROM]. Stockholm: International AIDS Society; 1998.
 39. Scott-Wright A, Hakre S, Bryian J. Hepatitis B virus, HIV-1 and syphilis among women attending prenatal clinics in Belize, Central America. *Am J Trop Med Hyg* 1997; 56:285-90.
 40. Bronfman M, Sejenovich G, Uribe P. *Migración y SIDA en México y América Central. Una revisión de la literatura*. México DF: Angulos del SIDA; 1998.
 41. Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization. *The evidence base for interventions to prevent HIV infection in low and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization; 2001. (CMS Working Papers Series, WG5:2).
 42. Higgins DL, Galavotti C, O'Reilly KR, Schnell DJ, Moore M, Rugg DL, et al. Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behaviors. *JAMA* 1991; 266:2419-29.
 43. Deschamps M, Pape J, Hafner A, Johnson Jr. W. Heterosexual transmission of HIV in Haiti. *Ann Intern Med* 1996; 125:324-30.
 44. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA* 1998; 280:1161-7.
 45. Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356:103-12.
 46. Grosskurt H, Mosha F, Todd J, Mwarabi E, Klokke A, Senkoro K, et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. *Lancet* 1995; 346:530-6.
 47. Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, Quinn TC, Paxton LA, Kiwanuka N, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. Rakai

- Project Study Group. *Lancet* 1999; 353:525-35.
48. García P, Gotuzzo E, Hughes, J, Holmes K. Syndromic management of STDs in pharmacies: evaluation and randomized intervention trial. *Sex Transm Infect* 1998; 74 Suppl 1:S153-8.
 49. Levine W, Revollo R, Jaune V. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. *AIDS* 1998; 12:1899-906.
 50. Ross MW, Rigby K, Rosser BR, Anagnostou P, Brown M. The effect of a national campaign on attitudes toward AIDS. *AIDS Care* 1990; 2:339-46.
 51. Alstead M, Campsmith M, Halley CS, Hartfield K, Goldbaum G, Wood R. Developing, implementing, and evaluating a condom promotion program targeting sexually active adolescent. *AIDS Educ Prev* 1999; 6:542-57.
 52. Moses S, Plummer FA. Health education, counseling and the underlying causes of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *AIDS Care* 1994; 6:123-7.
 53. Oakley A, Fullerton D, Holland J, Arnolds S, France-Dawson M, Kelley P, et al. Sexual health education interventions for young people: a methodological review. *BMJ* 1995; 310:158-62.
 54. O'Hara P, Messick BJ, Fichtner R, Parris D. A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. *J Sch Health* 1996; 66:176-82.
 55. Fox R. Tanzanian AIDS project works towards "good things for young people". *Lancet* 2000; 355:1703.
 56. Paiva V, Skinner S. Poor and young: the sexual scene and vulnerability to HIV in urban Brasil. In: XI International Conference on AIDS [CD-ROM]. Stockholm: International AIDS Society; 1996.
 57. Cáceres C. Salud sexual en una ciudad joven: un programa comunitario de salud sexual con y para los jóvenes. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/REDESS Jóvenes; 1998.
 58. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Enfoques innovadores en la prevención del VIH. Estudios de caso seleccionados. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2000.
 59. Antunes M, Stall R, Paiva V. Evaluating an AIDS sexual risk reduction program for young adults in public night schools in Sao Paulo, Brazil. *AIDS* 1997; 11 Suppl 1:S121-7.
 60. Pauw J, Ferrie J, Villegas R. A controlled HIV/AIDS-related health education programme in Managua, Nicaragua. *AIDS* 1996; 10:537-44.
 61. Ministério da Saúde. Relatório do I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2000.
 62. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. Geneva: UNAIDS Best Practice Collection; 1999.
 63. Burattini M, Massad E, Rosman M, Azevedo R, Carvalho H. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:431-6.
 64. Vásquez E. Placer y poder en un mundo de hombres: identidades sexuales e identidades de género en varones de una institución penitenciaria en Lima. In: Cáceres C, editor. *La salud sexual como derecho en el Perú de hoy – ocho estudios sobre salud, género y derechos sexuales entre los jóvenes y otros grupos vulnerables*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/REDESS Jóvenes; 2001. p. 149-80.
 65. Rivers K, Aggleton P. *Men and the HIV epidemic*. New York: United Nations Development Programme; 1999.
 66. Nencel L. *Ethnography and prostitution in Peru*. London/Sterling: Pluto Press; 2001.
 67. Castañeda X, Ortiz V, Allen B. Sex masks: the double life of female commercial sex workers in Mexico City. *Cult Med Psychiatry* 1996; 20:229-47.
 68. Welsh M, Puello E, Meade M. Evidence of diffusion from a targeted HVI/AIDS intervention in the Dominican Republic. *J Biosoc Sci* 2001; 33: 107-19.
 69. Egger M, Pauw J, Lopatzidis A, Medrano D, Paccaud F, Smith GD. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355:2101-5.
 70. Madrigal J, Schifter J, Feldblum PJ. Female condom acceptability among sex workers in Costa Rica. *AIDS Educ Prev* 1998; 10:105-13.
 71. Pan American Health Organization. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. Surveillance report (April). Washington DC: Pan American Health Organization; 2002.
 72. Saavedra J, Magis C. Costos y gastos en atención médica del SIDA en México. México DF: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA; 1998.
 73. Kelly J, Murphy D, Sikkema K. Randomised, controlled, community-level HIV prevention intervention for sexual risk behaviour among homosexual men in US cities. Collaborative Community HIV Prevention Research. *Lancet* 1997; 350:1500-5.
 74. Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. The Mpowerment Project: a community-level HIV prevention intervention for young men. *Am J Public Health* 1996; 86:1129-36.
 75. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/ Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA. Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. Bogotá: Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA; 1999.
 76. Family Health International. AIDS control and prevention project (1991-1997). Washington DC: Family Health International; 1997. (Final Report, v. 1).
 77. Corey L, Wald A, Celum CL, Quinn TC. The effects of herpes simplex virus-2 on HIV-1 acquisition and transmission: a review of two overlapping epidemics. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 35:435-45.
 78. Corporación Chilena de Prevención del SIDA. Informe final del proyecto de advocacy en derechos sexuales. Santiago de Chile: Corporación Chilena de Prevención del SIDA; 2002.
 79. Frasca T. Lecciones aprendidas de las actividades y programas para la prevención del SIDA entre hombres con prácticas homosexuales. In: Cáceres C, Pecheny M, Terto V, editores. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina: oportunidades, fortalezas y propuestas para la acción*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/Joint

- United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002. p. 139-65.
80. Meléndez G, Stanton J, Díaz A. HIV/AIDS strategic planning with gay men. In: XIII International Conference on AIDS [CD-ROM]. Stockholm: International AIDS Society; 2000.
 81. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries translating research into policy and practice. *JAMA* 2000; 283:1175-82.
 82. Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Oevrbaugh J, Mwachia A, et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283:1167-74.
 83. Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, Le Coeur S, Bowonwatanuwong C, Kantipong P, Leechanachai P, et al. Intrapartum exposure to nevirapine and subsequent maternal responses to nevirapine-based antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2004; 351:229-40.
 84. Soderlund N, Zwi K, Kinghorn A, Gray G. Prevention of vertical transmission of HIV: analysis of cost effectiveness of options available in South Africa. *BMJ* 1999; 318:1650-6.
 85. World Health Organization. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. Geneva: WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV; 2000.
 86. Izazola J, editor. Situación de la lactancia materna y la transmisión del VIH en América Latina. México DF: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/Fundación Mexicana para la Salud; 1998.
 87. Magis C, Marques F, Touze G. HIV and injection drug use in Latin America. *AIDS* 2002; 16 Suppl 3:S34-41.
 88. Pecheny M. Argentina: developing quality HIV treatment for injection drug users. In: Open Society Institute, editor. Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to injection drug users. New York: Open Society Institute; 2004. p. 66-79.
 89. Deslandes S, Mendonça E, Caiáffa W, Doneda D. The concepts of risk and prevention from the perspective of injecting drug users. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:141-51.
 90. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, Nemes M, Andrade T, Bueno R, et al. Brazilian response to the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among injection drug users. *Clin Infect Dis* 2003; 37 Suppl 5:S382-5.
 91. Inciardi J, Surrat H. Cross-cultural approaches to harm reduction research: some considerations on the Brazil experience. *Subst Use Misuse* 2001; 36:201-12.
 92. Mesquita F. Brazil: giving injection drug users access to highly-active antiretroviral treatment as a response to the HIV/AIDS epidemic. In: Open Society Institute, editor. Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to injection drug users. New York: Open Society Institute; 2004. p. 17-25.
 93. Mesquita F, Bueno R, Araujo P, Piconez D, Turienzo L, Haddad I. Rapidly responding to injecting drug use and HIV in Brazil: a field-report from São Vicente, São Paulo State. *Int J Drug Policy* 2000; 11:133-44.
 94. Schutz R, Savarit D, Kado JC, Batter V, Kone N, La Ruche G, et al. Excluding blood donors at high risk of HIV infection in a West African city. *BMJ* 1993; 307:1517-9.
 95. Terto V. La Salud de los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: desafíos para la tercera década de la epidemia de VIH/SIDA. In: Cáceres C, Pecheny M, Terto V, editores. SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia/ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002. p. 167-77.
 96. Bianco M. ETS y VIH/SIDA en Argentina: un problema de mujeres. In: Rico B, Vandale S, Allen B, Liguori A, editores. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. México DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 1997. p. 39-55.
 97. Izazola JA, Valladares R. La dimensión financiera de las respuestas nacionales frente al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. In: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe, editor. El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional. México DF: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe/Fundación Mexicana para la Salud/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002. p. 27-44.
 98. Cáceres C. HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: a hidden epidemic? *AIDS* 2002; 16 Suppl 3:S23-33.

Recibido el 02/Feb/2004

Versión final presentada el 03/Ago/2004

Aprobado el 09/Ago/2004