

RETOS PLANTEADOS POR LA EPIDEMIA DEL VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2009

RETOS

planteados por la epidemia del VIH
en América Latina y el Caribe

2009



epidemia del VIH en Am

3407

Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009



Noviembre de 2009

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en fuente

Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009.

Intervenciones prioritarias: VIH/SIDA, Acceso Universal, América Latina

1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención, asistencia y tratamiento. 2. Respuesta al VIH. 3. Retos.

4. Acceso universal. 5. Poblaciones más vulnerables. 6. OPS, UNICEF, ONUSIDA

ISBN 978-92-75-33052-4

(Clasificación NLM: WC 503.4)

© **Organización Panamericana de la Salud 2009**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) colaboraron para producir este informe.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, esta publicación. Las solicitudes y preguntas deben dirigirse a Equipo de VIH/ITS, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, USA, donde se brindará con gusto la más reciente información acerca de cualquier cambio introducido al texto, planes respecto a nuevas ediciones, reimpresiones y traducciones ya disponibles. Este informe está a disposición en www.paho.org, www.unicef.org, así como en www.unaids.org.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud gozan de protección de derechos de autor de acuerdo a las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las designaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene esta publicación no implican juicio alguno de parte de la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, o del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en cuanto al estado de cualquier país, territorio, ciudad o zona o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras.

La Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en la presente publicación. No obstante, el material aquí publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita alguna. Corresponde al lector la responsabilidad por la interpretación y el uso que haga de este material. En ningún caso la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA se responsabilizan por los daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos no mencionados. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

Este documento no necesariamente representa las decisiones o las políticas de la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública con más de 100 años de experiencia de trabajo para mejorar el estado de salud y el nivel de vida de los pueblos de las Américas. Goza del reconocimiento internacional como parte del sistema de Naciones Unidas y sirve como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y como organización de salud del Sistema Interamericano. Por más información consultar en: www.paho.org.

Impreso en Lima, Perú.

ÍNDICE

Contribuciones	9
Prefacio	11
Introducción	
Acceso Universal: Avances y Retos Futuros en la Respuesta al VIH en América Latina y el Caribe	13
Capítulo 1	
por Carlos F. Cáceres	
Hombres que Tienen relaciones sexuales con Hombres y la Epidemia del VIH en América Latina y el Caribe	19
Capítulo 2	
por Diana Rossi	
VIH en Personas que Usan Drogas en América Latina y el Caribe	31
Capítulo 3	
por Francisco I. Bastos, Alexandra Argulo-Arreola y Mônica Malta	
Trabajo Sexual y VIH en América Latina y el Caribe: Retos y Respuestas	43
Capítulo 4	
por Arachu Castro	
Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe	57
Capítulo 5	
por Jesús M. García-Calleja, Marco Vitoria y James Fitzgerald	
Tratamiento antirretroviral en la Región de América Latina y el Caribe: Visión Panorámica y Retos para el Futuro	77
Capítulo 6	
por Giovanni Ravasi y Noreen Jack	
Fármacoresistencia y VIH en América Latina y el Caribe	91
Lista de Tablas	99
Lista de Gráficos	99
Lista de Recuadros	100
Lista de Acrónimos	100

CONTRIBUCIONES

Este documento fue desarrollado mediante un trabajo de colaboración entre la OPS, UNICEF y el ONUSIDA

Edición:

Arachu Castro

Revisión y coordinación técnica:

Mónica Alonso González

Paloma Cuchi

Jesús M. García-Calleja

Gottfried Hirschall

Vivian M. López

César A. Núñez

Grupo de revisión:

Mónica Alonso González

María Etelvina Barros

Bilali Camara

Sonja Calle

Paloma Cuchi

Bertha Gómez

Raúl González

Gottfried Hirschall

Noreen Jack

Vivian M. López

Paulo Lyra

Matilde Maddaleno

Rafael Mazin

Bremen de Mucio

César A. Núñez

María Dolores Pérez-Rosales

Matilde Pinto

Amalia del Riego

Keith Sabin

Cecilia Sánchez

Karen Sealey

Omar Sued

María Tallarico

Rebekah Thomas

Luis Villa

Autores:

Capítulo 1 "Hombres que Tienen relaciones sexuales con Hombres y la Epidemia del VIH en América Latina y el Caribe" Carlos F. Cáceres.

Capítulo 2 "VIH en Personas que Usan Drogas en América Latina y el Caribe" Diana Rossi.

Capítulo 3 "Trabajo Sexual y VIH en América Latina y el Caribe: Retos y Respuestas" Francisco I. Bastos, Alexandra Angulo-Arreola y Mônica Malta.

Capítulo 4 "Prevención de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis en América Latina y el Caribe" Arachu Castro.

Capítulo 5 "Tratamiento antirretroviral en la Región de América Latina y el Caribe: Visión Panorámica y Retos para el Futuro" Jesús M. García-Calleja, Marco Vitoria y James Fitzgerald.

Capítulo 6 "Farmacoresistencia y VIH en América Latina y el Caribe" Giovanni Ravasi y Noreen Jack.

PREFACIO

Este informe aparece más de tres años después de que los países de América Latina y el Caribe se comprometieran con la meta de acceso universal para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo de las personas con VIH, tal como se estableció en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2006. OPS, UNICEF y ONUSIDA le presentan Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009 con el fin de contribuir a lograr avances hacia dicha meta. El informe se centra en las características epidemiológicas del VIH en la región y brinda al lector una exposición de los principales retos que todavía enfrentan los países a medida que amplían sus programas nacionales de sida y los servicios de salud. El informe también indica las áreas donde aún se requiere una masa crítica de conocimiento, mayor énfasis y acciones focalizadas para superar dichos retos y apoyar a los países a alcanzar sus metas de acceso universal nacionales.

Al presentar evidencia, discutir los retos y proporcionar recomendaciones para la política y la programación, el informe prioriza varios temas integrales que se han seleccionados a partir de su importancia epidemiológica y programática para guiar las acciones de salud pública para el control del VIH en la región. Aunque esta publicación no sustituye a los informes epidemiológicos regionales ni tampoco brinda un panorama exhaustivo de todos los retos y prioridades que puedan existir, el informe presenta cómo utilizar el acceso universal como una brújula que guía los esfuerzos para reducir el número de nuevas infecciones, romper el ciclo de la epidemia y proporcionar tratamiento y atención integral a las personas con VIH. Al señalar las brechas actuales y los esfuerzos con más probabilidad de tener éxito, el informe contextualiza las áreas prioritarias elaboradas en la publicación reciente Acción conjunta para conseguir resultados: Marco de resultados de ONUSIDA —que representa la visión estratégica de ONUSIDA a través de la Secretaría de ONUSIDA y sus diez Copatrocinadores de Naciones Unidas—para guiar su trabajo durante los próximos dos años, reactivar el compromiso mundial, regional y nacional con el acceso universal y actuar como puente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las oficinas regionales de OPS/OMS, UNICEF y ONUSIDA publican este informe en un momento en el que se requiere de manera urgente reflexionar y tomar decisiones estratégicas para fortalecer y mantener la respuesta al VIH en América Latina y el Caribe, dado que enfrentamos múltiples retos de naturaleza política y económica a nivel mundial. Reafirmamos nuestro compromiso de trabajar lado a lado con personas interesadas de todos los sectores para ampliar la respuesta al sida en la región. Estamos seguros de que el presente documento contribuirá a informar y orientar esfuerzos futuros. Nuestros organismos aprovechan esta oportunidad para renovar su compromiso de prestar apoyo político y técnico a todos los países de América Latina y el Caribe para alcanzar nuestra mayor aspiración común: un mundo libre del VIH.

Mirta Roses
Directora, Organización Panamericana de la Salud

Bernt Aasen,
Director Regional, Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF

César A. Núñez
Director Regional, Equipo de Apoyo Regional de América Latina de ONUSIDA

Introducción

Acceso Universal: Avances y Retos Futuros en la Respuesta al VIH en América Latina y el Caribe

Panorama de la epidemia y respuesta al VIH en América Latina y el Caribe

En los últimos 25 años, los factores sociales individuales y colectivos han moldeado la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe (ALC), que sigue afectando de forma desproporcionada a las personas más vulnerables y con mayor riesgo de infección: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y sus compañeros varones y mujeres, las personas transgénero, los trabajadores sexuales (TS), las personas privadas de libertad, las personas usuarias de drogas inyectables (UDI) y sus compañeros o compañeras, jóvenes en circunstancias difíciles (adolescentes de sexo femenino, jóvenes en situación de calle y jóvenes fuera del sistema de enseñanza) y la descendencia de estas poblaciones—a través de la transmisión maternoinfantil (TMI). La vulnerabilidad al VIH es a menudo amplificada según el grupo étnico, el color de piel y la discapacidad, y prospera en contextos de pobreza, desigualdad social, violencia e inestabilidad política. Aunque existe gran variabilidad entre las poblaciones vulnerables en términos de localización geográfica y tasas de transmisión, la mayor parte experimenta descuido institucional, social y financiero.

La tendencia creciente en la prevalencia del VIH en la región desde sus comienzos resulta de una combinación de esperanza de vida más larga debido al incremento en el acceso al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TAR) y a la aparición continua de nuevas infecciones, a pesar de que los datos epidemiológicos actuales muestran que la epidemia del VIH se ha estabilizado en algunos países de ALC [1]. Los nuevos cálculos regionales del VIH para 2008 se publicarán en la Actualización Epidemiológica de 2009 de ONUSIDA en Diciembre de 2009 en torno al Día Mundial del Sida y varios países están trabajando en la actualidad en sus estimaciones nacionales específicas para 2008.

Las relaciones sexuales sin protección constituyen el principal modo de transmisión del VIH en toda la región de ALC, con una repercusión desproporcionada en las poblaciones más vulnerables. Se observan diferentes modos de transmisión en toda la región. En América Latina existen tasas altas de transmisión del VIH en HSH y en las personas con quienes tienen relaciones sexuales o con quienes comparten jeringas y, en menor medida, entre personas usuarias de drogas inyectables. Las relaciones sexuales heterosexuales sin protección son el principal vehículo de la transmisión del VIH en el Caribe y las relaciones sexuales sin protección entre hombres son también un factor significativo en varias epidemias. El sexo anal sin protección sigue siendo frecuente entre HSH y como resultado de ello se espera un número significativo de nuevas infecciones. A pesar de la alta tasa de transmisión del VIH en HSH, las respuestas al VIH con frecuencia desplazan de forma innecesaria la atención lejos de los grupos de HSH.

La transmisión del VIH como resultado del uso de drogas inyectables es prevalente en varios países de Sudamérica, en la zona fronteriza entre México y Estados Unidos, en Bermudas y en Puerto Rico. En términos generales, este modo de transmisión es responsable de un número menor de nuevas infecciones en la región que en años anteriores. En otros países, el uso de crack y otras drogas no inyectables constituye un factor de vulnerabilidad prominente para el VIH.

Las mujeres y, en particular, las mujeres jóvenes y las que viven en condiciones socio-económicas deficientes, son un grupo vulnerable fundamental en América Latina y el Caribe. La proporción de mujeres entre las personas con VIH en la región aumentó de forma rápida durante los años noventa, y en el último decenio se ha estabilizado en aproximadamente 34% de la población total con VIH en América Latina y 48% en el Caribe [1]. En términos generales, las mujeres contraen la infección con mayor frecuencia por relaciones sexuales con sus compañeros sexuales estables de sexo masculino — lo cual refleja el papel que juega la desigualdad socioeconómica y de género y la vulnerabilidad biológica de las mujeres como fuerzas promotoras de la epidemia. Esta vulnerabilidad a su vez incrementa el riesgo infantil de adquirir el VIH *in útero*, al nacer o durante la lactancia. A pesar de la cobertura prenatal relativamente alta en la mayoría de los países de ALC, la

cobertura de la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH sigue siendo baja: el porcentaje estimado de mujeres embarazadas con VIH que recibieron TAR o profilaxis antirretroviral (PAR) en 2008 fue el 54% en América Latina y el 52% en el Caribe [2]. Como resultado, la TMI sigue siendo una amenaza para miles de niños y niñas en la región [3]. La meta mundial para 2010 es una reducción del 50% en la proporción de niños y niñas menores de un año que se infectan con VIH con respecto a los datos estimados de 2001 y las metas propuestas incluyen una cobertura del 80% de los servicios que integran PTMI, diagnóstico, tratamiento y consejería para VIH durante la atención prenatal, así como atención y tratamiento integral longitudinal para las mujeres después del parto [4].

En la actualidad, varios países de América Latina y el Caribe están brindando acceso universal al tratamiento antirretroviral—definido como una cobertura de 80% o más. Se han observado importantes mejoras en el acceso al tratamiento antirretroviral en Argentina, Chile, Costa Rica y Brasil [1] debidas a la voluntad política manifestada por sus líderes y la movilización social en torno al acceso al tratamiento. No obstante, del tercio de países de ALC que han notificado datos referidos a las metas dispuestas por UNGASS, casi la mitad documentaron menos del 50% de cobertura para servicios de tratamiento durante el período 2007-2008. Varios países del Caribe tienen atrasos notables en relación con sus metas de tratamiento.

Surgen disparidades similares en los países en relación a la PTMI. A pesar de que un puñado de ellos, incluyendo Argentina, Barbados, las Bahamas y Cuba [1], ya proporcionan más del 80% de cobertura para servicios de PTMI, más de un tercio de los países de América Latina y el Caribe siguen ofreciendo una cobertura de menos del 50%.

Las barreras para lograr los cambios de comportamiento, en particular en los grupos de mayor riesgo, siguen obstaculizando los esfuerzos de prevención. Poco más de la mitad de los países han informado o cuentan con metas de prevención y pocos han establecido metas para aumentar el uso de condones, promover la reducción de daños o mejorar las pruebas y la cobertura de la prevención. Dada los altos niveles de transmisión sexual, el bajo nivel de uso de condones y su distribución inadecuada son causas de preocupación.

Retos transversales para lograr el acceso universal en América Latina y el Caribe

En 2006 los países de todo el mundo reconocieron las tendencias alarmantes epidemiológicas y la deficiente respuesta mundial al VIH y se comprometieron a realizar un esfuerzo integral para reforzar los programas existentes del VIH con el doble objetivo de alcanzar el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento para 2010 (véase Recuadro 1) y cumplir con las metas descritas por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En concreto se refieren a los objetivos de detener y revertir la epidemia del VIH, mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en la niñez. La urgencia para alcanzar los ODM torna necesaria la innovación, el compromiso sostenido y los recursos necesarios para superar los cuellos de botella en la ejecución y asegurar la repercusión y sostenibilidad de las estrategias nacionales.

Recuadro 1: Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/sida 2001

En la Sesión Especial en la Asamblea General de las Organizaciones Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS), en el 2001, los Estados Miembros de Naciones Unidas fortalecieron la respuesta al Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 suscribiendo en forma unánime la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Esta Declaración contiene compromisos sujetos a un cronograma establecido para generar acciones cuantificables y progreso concreto en la respuesta contra el VIH. Al examen quinquenal de la ejecución de la Declaración de Compromiso en el 2006, los Estados Miembros de Naciones Unidas reafirmaron las promesas realizadas en la Reunión Extraordinaria de 2001. Además, en la Declaración Política sobre el VIH/sida, se comprometieron con la toma de medidas extraordinarias para acercarse al acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en materia de VIH para el 2010.

Aunque los países de América Latina y el Caribe se han comprometido a alcanzar el acceso universal para 2010, los avances son desparejos. Esta publicación, *Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009*, busca explicar las diferencias en los avances logrados por los diferentes países y contextualizar los obstáculos propios de cada país que impiden el logro de las metas de acceso universal. En todo este informe se identifican cinco desafíos transversales que deben ser afrontados.

Reto 1: Compromiso económico para responder de forma continua al VIH

El primer reto se refiere a asegurar sostenibilidad financiera a partir de fuentes nacionales e internacionales para seguir apoyando los logros y atender a las necesidades que surgen en las respuestas nacionales al sida. La escasez de fondos, la fragilidad de los sistemas de salud, los altos costos de los antirretrovirales (específicamente los fármacos de segunda y tercera línea), la escasez de fármacos y equipos, así como la capacidad insuficiente de los recursos humanos son algunas de las limitaciones que afectan a los países de bajos y medios ingresos de América Latina y el Caribe. Los países de ALC tienen que asegurar una proporción significativa de recursos de sus propios presupuestos nacionales y del financiamiento disponible a través de los mecanismos de financiación mundiales, específicamente a través del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM). Además, la región debe generar evidencia para mostrar los beneficios a largo plazo, la rentabilidad y los ahorros futuros que podrían lograrse con inversiones inmediatas.

Reto 2: Estigma, discriminación y violaciones a los derechos humanos

El segundo reto se relaciona con los adelantos limitados en la promoción y defensa de los derechos humanos relacionados con el VIH y la equidad de género, así como el estigma y la discriminación generalizados en América Latina y el Caribe. Las violaciones a los derechos humanos, el estigma y la discriminación han impedido de forma sostenida el progreso para tratar el VIH en la región y han deteriorado la eficacia de la respuesta al VIH. La creación de una cultura de temor y silencio en torno a esta respuesta ha socavado los esfuerzos para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH. Este tipo de ambiente promueve la intolerancia, fomenta la ignorancia, crea dudas respecto a la prevención y la autoprotección e impide la difusión de los datos básicos acerca de la transmisión y la prevención del VIH.

Es necesario emprender dos esfuerzos principales. Primero, los gobiernos de ALC deben lograr que sus sistemas legales respondan mejor eliminando leyes, políticas y prácticas punitivas que bloquean las respuestas eficaces al VIH—incluyendo en el área del trabajo sexual, las restricciones de viajes, la homofobia y la criminalización de la transmisión del VIH—, confiriendo protección frente a la violencia—incluyendo la violencia de género—, aceptando la diversidad, haciendo cumplir el derecho al empleo de las personas con VIH y creando políticas sobre uso de drogas ilícitas que sean coherentes con las estrategias de prevención del VIH y que incluyan intervenciones de reducción de daños. Segundo, los países de América Latina y el Caribe deben generar datos relacionados con el VIH y las violaciones a los derechos humanos y registrar de forma sistemática y notificar cómo el estigma y la discriminación afectan a las personas con VIH y a sus familias y compañeros y compañeras. Un mejor conocimiento, así como la notificación y la difusión de evidencia, conducirán a mejorar los programas, la abogacía y la concientización.

Para la sociedad civil organizada, debe garantizarse su mayor liderazgo y función en la toma de decisiones en la respuesta al VIH y de este modo apoyar los derechos humanos y enfrentar el estigma y la discriminación. La gran cantidad de redes de personas con VIH existentes en América Latina y el Caribe que tienen mucho que aportar serán indispensables para manejar el estigma y la discriminación y alcanzar las metas de acceso universal en colaboración con los gobiernos. Por otra parte, deben estar mejor representadas en los procesos nacionales de toma de decisiones y mecanismos de coordinación (incluidos los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial). Otro paso necesario es la reunión de representantes nacionales de personas con VIH, jóvenes, mujeres y organizaciones que representan a las minorías sexuales—como lesbianas, gays, bisexuales y transgénero—para tratar los asuntos vinculados con el VIH dentro de los programas nacionales y locales. Las consultas nacionales sobre acceso universal han dado a los países una oportunidad y una plataforma para comenzar tal diálogo y han conducido a una conferencia regional de profesionales del sexo sobre cómo ampliar a escala el acceso universal y garantizar la protección de sus derechos humanos.

Reto 3: Aumentar la prevención del VIH

En América Latina y el Caribe existe la necesidad urgente de atender a las necesidades de prevención para poder reducir el número de nuevas infecciones y centrar la respuesta en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad —una prioridad reconocida por la mayor parte de los países de la región. El fortalecimiento de la prevención en los lugares en los que la transmisión tiene más probabilidad de ocurrir es fundamental para revertir la epidemia del VIH y así reducir su repercusión sobre la población y recortar los costos de atención y tratamiento del VIH. El desafío de reducir el número de nuevas infecciones en la región de América Latina y el Caribe exige que los países aumenten su compromiso y recursos para ampliar a escala las intervenciones de prevención, concentrando los esfuerzos de prevención y ampliando los servicios de pre- y post-consejería y de pruebas. También se requiere fortalecer el acceso a la prevención, atención y tratamiento—con independencia del sexo, la edad, la orientación sexual, el estado socioeconómico, la ubicación geográfica o las creencias—para crear un ambiente capaz de llegar a los grupos de población más difíciles de alcanzar.

Reto 4: Respuesta del sector salud y acceso a la atención y el tratamiento del VIH

Asegurar equidad en la distribución de la atención en salud para todas las personas en América Latina y el Caribe plantea un reto significativo para la región. Dado que la atención primaria en salud (APS) ha sido reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de salud eficaz y equitativo [5] y la prestación de atención integral para el sida tiene una amplia repercusión sobre la atención en salud en general, la descentralización e integración de los servicios de VIH en el sistema de salud asegurará retornos más amplios y sostenidos. El fortalecimiento de la APS es la estrategia más eficaz para incluir a los grupos de población más vulnerables y difíciles de alcanzar.

Un buen ejemplo es la integración de la PTMI con la prevención de la sífilis congénita—que también conduce a mejor atención general de salud materna y neonatal. La integración de la PTMI en los programas de salud sexual y reproductiva conduce a mayor acceso a la atención en salud para las mujeres, incluida la salud materna y neonatal. La armonización de los servicios para tuberculosis (TB) y VIH es otro buen ejemplo. Dado que una de cada cuatro muertes por tuberculosis en el mundo está relacionada con el VIH [6], es esencial incrementar la integración del VIH y los servicios de atención en salud para tuberculosis—en vez de gestionar dos servicios como programas separados—para reducir la carga de la tuberculosis en las personas con VIH. Los esfuerzos deberían incluir mayor financiamiento, mejor capacitación del personal, investigación encaminada a mejorar el tamizaje y prevención de tuberculosis en las personas con VIH, mayor promoción de las causas e iniciativas de concientización pública sobre la coinfección de tuberculosis y VIH y la colaboración entre el gobierno y la sociedad civil para asegurar que las acciones gubernamentales están apoyadas por las comunidades. Aunque ha habido un aumento de las pruebas de detección del VIH en las personas con tuberculosis, el informe acerca del *Control Mundial de la Tuberculosis 2009* de la OMS establece que sólo 2% de las personas que saben que tienen VIH han sido tamizadas para la TB [6]. Dado que sólo 20% de los 33 millones de personas con VIH conocen su sero-estatus [1], esta cifra resulta alarmantemente pequeña.

Uno de los retos para la atención y el tratamiento del VIH son la demanda creciente y el costo elevado de los antirretrovirales de primera, segunda y tercera línea, del diagnóstico del VIH y de los medicamentos para la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas asociadas. Además, los países tendrán que estar preparados para iniciar el tratamiento antirretroviral de forma más precoz dado que las nuevas investigaciones señalan la necesidad de iniciar el tratamiento antes. Las directrices para el tratamiento en contextos de recursos limitados están en proceso de revisión y se espera poder contar con recomendaciones actualizadas durante 2009.

Reto 5: Uso de la información y la investigación estratégica sobre el VIH

El quinto reto transversal abarca la necesidad de utilizar la información e investigación estratégica para optimizar los resultados y la repercusión. La falta de información y la subutilización de los datos disponibles tornan ineficaces las estrategias de prevención y tratamiento, un tema recurrente en todos los capítulos del presente informe. Existen cuatro aspectos específicos de gran importancia para superar este reto. Primero: los países deben mejorar la vigilancia de segunda generación del VIH y fortalecer los sistemas de información con la clara finalidad de recopilar de forma sistemática datos fidedignos y realizar el análisis, la interpretación y la difusión de los datos de manera orientada a los resultados. La segunda prioridad consiste en traducir esta información en políticas de salud pública y acciones programáticas, con un énfasis especial en la vigilancia conductual de las tendencias en poblaciones clave para priorizar esfuerzos donde ocurre la transmisión del VIH. Tercero, los países deben fortalecer sus sistemas de monitoreo y evaluación para recopilar los datos estratégicos e informar acerca de las estrategias exitosas de prevención, atención y tratamiento. En general, faltan datos sobre prevención y esto es en particular válido para las poblaciones de mayor riesgo. Y, cuarto, los países y regiones de América Latina y el Caribe deben emprender y promover la investigación operativa, incluida la investigación de estrategias innovadoras y apropiadas para alcanzar a las personas en mayor riesgo de adquirir el VIH y con menor acceso a la atención en salud y a las oportunidades económicas.

Introducción a los capítulos

Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009 refleja la colaboración en curso entre OPS, UNICEF y ONUSIDA para responder al VIH en la región. Para proveer los contextos social y epidemiológico del VIH en América Latina y el Caribe, encargamos algunos de los capítulos a personas expertas destacadas que trabajan en América Latina y el Caribe en el campo de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, uso de drogas, trabajo sexual y transmisión maternoinfantil.

El Capítulo 1 brinda una visión panorámica de la epidemia en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trata la magnitud de la epidemia entre HSH y personas transgénero, así como los factores sociales e individuales que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Este capítulo también trata sobre la creciente inquietud acerca de la transmisión en poblaciones de personas transgénero, un grupo en el cual el VIH se está volviendo más prevalente a diario y dónde, entre otros temas, se amplifican todos los factores que por lo habitual incrementan la vulnerabilidad en los HSH—como estigma, discriminación y desaprobación.

El Capítulo 2 se centra en la relación entre el VIH y el uso de drogas inyectables y en las prácticas que aumentan el riesgo individual y colectivo de infección, llamando la atención hacia el papel creciente del uso de drogas no inyectables sobre la epidemia. Este capítulo también se refiere a la coinfección del VIH y hepatitis y a las asociaciones entre uso de drogas y trabajo sexual.

El Capítulo 3 trata sobre el trabajo sexual en mujeres y varones y su relación con el VIH y la conexión entre el trabajo sexual, el abuso de sustancias y otras condiciones sociales que contribuyen a la vulnerabilidad, tal como la pobreza, marginación y violencia. .

El Capítulo 4 trata sobre cómo la alta cobertura de la atención prenatal en la región brinda una oportunidad fundamental para ampliar a escala las intervenciones para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Este capítulo también muestra porqué la integración de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de la sífilis en la atención maternoinfantil es una prioridad urgente de salud pública.

El Capítulo 5 describe el progreso hacia el acceso universal del tratamiento antirretroviral alcanzado en los países de América Latina y el Caribe y las variaciones en la cobertura entre países y trata sobre retos clave como el aumento de la demanda y el costo del tratamiento antirretroviral y los fármacos para prevenir y tratar infecciones oportunistas y la necesidad de mejorar la eficacia de los fármacos y fortalecer la infraestructura de los laboratorios.

El Capítulo 6 trata sobre la aparición y la transmisión de la fármacoresistencia del VIH en América Latina y el Caribe y la amenaza que ello plantea a la eficacia del tratamiento antirretroviral y la prevención.

Los desafíos transversales planteados en los seis capítulos deben ser afrontados con urgencia por los gobiernos y las comunidades con políticas, planes, financiación e intervenciones estratégicas adecuadas dirigidas a lograr el acceso universal, que ofrece una extraordinaria oportunidad para alterar el curso de la epidemia del VIH y alcanzar los ODM. Alcanzar el acceso universal, guiado por el Marco de resultados de ONUSIDA [7], exige el apoyo inquebrantable de los objetivos de prevención, atención y tratamiento y requiere la superación de los obstáculos al logro de los derechos humanos, la igualdad y el conocimiento. Asegurar la sostenibilidad de los programas nacionales de sida mucho más allá de dicha fecha atendiendo las necesidades futuras de coordinación de las respuestas nacionales exige priorizar de forma continua los aspectos financieros de fuentes nacionales e internacionales para cubrir las necesidades actuales y futuras a partir de evidencias y resultados. La creación de un entorno favorable brinda la oportunidad a todas las personas de estar protegidas del VIH y obtener acceso a los servicios y programas que necesitan. Además, es fundamental fortalecer la capacidad de investigación en América Latina y el Caribe y priorizar la investigación de estrategias innovadoras y apropiadas para alcanzar a las personas con mayor riesgo. El éxito de estas iniciativas requiere mayor apoyo político y una asignación de fondos apropiada —incluso ante la crisis financiera mundial actual—al mismo tiempo que exige una respuesta sostenida y duradera frente a la epidemia del VIH y frente a las generaciones futuras.

Referencias

1. UNAIDS. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS; 2008.
2. WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA. Children and AIDS: Third Stocktaking Report. New York: UNICEF; 2008.
4. WHO. Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children. Geneva: World Health Organization; 2007.
5. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. WHO. Global Tuberculosis Control 2009: Epidemiology, Strategy, Financing. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. UNAIDS. UNAIDS Outcome Framework 2009-2011: Joint Action for Results. Geneva: UNAIDS; 2009.

Capítulo 1

Hombres que Tienen Relaciones Sexuales con Hombres y la Epidemia del VIH en América Latina y el Caribe

Introducción

En los últimos años se ha hecho patente la reemergencia del interés internacional en el papel de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en la epidemia mundial del VIH. Al menos tres revisiones y artículos de fondo publicados recientemente han recalcado la importancia de concentrar de nuevo el trabajo de prevención en estas poblaciones de un modo más sensible [1-3]. Es muy probable que esto se deba a una combinación de razones que incluyen: (a) datos alarmantes de países de ingresos altos donde se observa una nueva ola del VIH en HSH, en particular en aquellos de menor edad [2]; (b) un número creciente de estudios realizados en países de ingresos bajos y medios, donde la alta carga del VIH en HSH es un hallazgo común [1]; y (c) un mayor reconocimiento de la función de la exclusión y discriminación social en la determinación de las dificultades de acceso a una prevención y atención adecuadas del VIH y, en términos más generales, la creciente vulnerabilidad al VIH en hombres que tienen relaciones sexuales de forma habitual u ocasional con otros hombres [4], con independencia de su modo de identificación personal y social. La mayor atención prestada a este asunto ha resultado en la emergencia de nuevos lugares de discusión y toma de decisiones políticas: nuevas publicaciones, foros y otras redes a nivel mundial y regional, la posibilidad de abordar este tema de forma más amplia dentro del sistema de Naciones Unidas (ONU), así como también nuevas iniciativas en entidades financiadoras.

En contraste con lo que ocurre en la mayor parte de los países del mundo de ingresos bajos y medios, desde el inicio de la epidemia se reconoció que los HSH en América Latina y el Caribe (ALC) constituían una población sumamente vulnerable—resultado de las altas concentraciones del VIH en HSH en la mayor parte de la región [5]. Los estudios indican una prevalencia de más del 5% en la mayoría de las ciudades más grandes: 7% en Buenos Aires, 13% en Asunción y en otras ciudades de Paraguay, 17% en Montevideo, 20% en Bogotá, 21% en La Paz y Santa Cruz y 22% en Lima [6].

Aproximadamente 50% de todas las infecciones en ALC resultan de relaciones sexuales sin protección entre hombres [7]. Según los datos disponibles, esta proporción es mayor en Chile, Ecuador, México y Perú, e inferior en Centroamérica y el Caribe. Sin embargo, un análisis más cuidadoso de la información de Centroamérica y el Caribe indica que la epidemia puede estar siendo subestimada en los HSH [7], en particular debido al hecho de que una mayor proporción de HSH son también sexualmente activos con mujeres y/o están unidos a mujeres, hecho importante que a menudo se pasa por alto [8-11]. Aunque el VIH se extiende de forma gradual de los HSH que también tienen relaciones sexuales con mujeres a sus compañeras sexuales o de HSH que usan drogas inyectables a las personas con quienes comparten jeringas, las políticas públicas en la región de América Latina y el Caribe no deben dejar de prestar atención al grupo demográfico de los HSH [12].

Limitaciones metodológicas y disponibilidad de datos

La investigación y la vigilancia sobre el VIH y las relaciones sexuales entre hombres se enfrentan con muchos retos metodológicos y sociales. Aunque el uso de la categoría HSH subraya los aspectos comunes de hombres biológicos que tienen relaciones sexuales con otros hombres biológicos—con independencia de identidades sexuales y de género—también eclipsa su diversidad y obstaculiza la planificación adecuada de su prevención y atención [13]. Por otro lado, el término 'HSH' cuenta con al menos dos usos adicionales específicos, aunque opuestos, que contribuyen a su mala interpretación: (a) algunos planificadores usan HSH como un descriptor técnico de hombres gay o que se identifican como homosexuales; (b) otros lo usan sólo para referirse a los hombres que no se identifican como gay.

En gran parte del mundo, la mayoría de los HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres y la baja prevalencia del uso de condones entre HSH durante las relaciones sexuales tanto con sus compañeras como con sus compañeros puede conducir a una subestimación de la transmisión de los hombres a sus compañeras [14]. Otra dificultad proviene

del hecho de que los datos de prevalencia de la infección por el VIH se calculan por lo general a partir de muestras de HSH seleccionados de redes sexuales de alto riesgo y por consiguiente pueden no representar a la población más amplia de HSH [15]. De manera análoga, la existencia de personas transgénero de hombre a mujer requiere el uso de un marco más complejo para describir las relaciones sexuales entre hombres, con consecuencias sobre el modo en el que pueden realizarse e interpretarse en las encuestas las preguntas acerca de las relaciones sexuales, lo cual es mucho más importante debido a la mayor prevalencia del VIH observada en las personas transgénero [15]. Por otro lado, los marcos legales que tipifican al comportamiento sexual entre personas del mismo sexo como delito o fomentan su rechazo, discriminación y violaciones de sus derechos humanos plantean retos particulares para la ampliación a mayor escala de intervenciones y servicios dirigidos al acceso universal así como a la validez de la vigilancia y la investigación [16].

Aunque América Latina ha producido una cantidad considerable de datos sobre las poblaciones de HSH en las dos últimas décadas [15], la generación de datos de calidad ha descendido en los últimos años con la excepción de unos pocos países [17]. Por otra parte, los datos sobre HSH del Caribe—con la excepción de República Dominicana y Cuba—siguen siendo tan escasos como antes. La información existente es limitada y refleja una mala comprensión de estas poblaciones y gran parte de los datos recopilados siguen siendo subutilizados debido a la falta de análisis sistemáticos—en particular en relación a variables conductuales.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, ¿quiénes son y cuántos hay?

La organización social de la sexualidad entre hombres en América Latina y el Caribe

La organización social de las prácticas sexuales entre hombres de sexo biológico en América Latina (incluyendo el Caribe hispano-parlante), con independencia de las identidades sexuales y de género, está descrita de manera amplia [18-21]. En términos generales, la sexualidad de hombre a hombre cubre una amplia gama de arreglos sociales que pueden coexistir en cualquier ubicación particular. En los arreglos habitualmente asociados con niveles educativos más altos y mayor asimilación de las visiones culturales que surgen del norte mundializado, las categorías médico-sociales de orientación sexual—tales como homosexual o bisexual—y de culturas sexuales alternativas—gay y queer— predominan en HSH que muestran versatilidad de forma simultánea—que desempeñan tanto la función insertiva como receptiva en el sexo con penetración. Sin embargo, una proporción significativa de hombres en esta situación se comportan como hombres bisexuales que se identifican como heterosexuales o bisexuales y eligen aparecer como heterosexuales y esconder sus encuentros con otros hombres. Algunos de estos últimos pueden ser hombres que deciden conformarse con la norma heterosexual debido a la importante presión que ejercen sus familias o pares, mientras que otros pueden ser hombres que escogen explorar la relaciones sexuales con otros hombres sin interrogar sus arreglos familiares de tipo heterosexual [15]. Estos hombres no son un componente habitual de las redes homosexuales y no están dispuestos a ser considerados por los servicios de salud orientados a HSH.

En otros contextos, las relaciones de hombre a hombre reflejan un modelo de género donde un varón desempeña la función insertiva con un compañero receptivo. El compañero que desempeña la función insertiva habitualmente se identifica como heterosexual y a menudo cuenta con una compañera y no contempla su actividad sexual con hombres gay de tipo femenino y travestis como algo que cuestione su masculinidad, en especial cuando se obtiene una compensación pecuniaria [22, 23]. Por el contrario, el compañero receptivo con frecuencia se identifica como hombre gay de tipo femenino, travesti, o transgénero [24, 25]. Los estilos de vida travesti que en otra época fueron un estereotipo de la homosexualidad, en la actualidad son considerados como una expresión de identidad de género. Con la emergencia de la nueva identidad política de este grupo—como transgénero, o sencillamente *trans*—son y exigen ser considerados como un grupo separado por fuera de la denominación HSH.

Por otra parte, casi no existen estudios acerca de la diversidad sexual en el Caribe anglo-parlante —hecho que refleja el aún prevalente supuesto según el cual este grupo es muy pequeño en dicha región. Una suposición semejante en África al sur del Sáhara, en gran parte derivada del estigma de la homosexualidad como práctica o vicio “occidental”, impidió el estudio de las poblaciones de HSH y sus epidemias del VIH durante mucho tiempo hasta que su importancia se hizo evidente [26].

Aunque estas culturas sexuales evolucionan rápidamente, en particular después del advenimiento de Internet, los modelos tradicionales y modernos coexisten en la región y no hay que subestimar su importancia. Ahora bien, el hecho de que apenas una minoría de HSH se auto identifique—o sea identificada socialmente por otras personas—como parte de un grupo no-heterosexual constituye un obstáculo clave para las estrategias de prevención del VIH orientadas a HSH que sólo se canalizan a través de redes comunitarias homosexuales. La gran cantidad de HSH que de modo ocasional y secreto

pueden mantener relaciones sexuales con otros hombres al tiempo que mantienen una vida heterosexual habitual puede por tanto ser totalmente pasada por alto por los esfuerzos de prevención. Esto debe ser considerado con cuidado por los programas de prevención, dado que alcanzar a los HSH que no se identifican como hombres gay es un reto y algo a tener en cuenta en la respuesta integral a las epidemias que se concentran en torno a los HSH [27].

Estimación del número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Aunque la estimación del tamaño de la población de hombres adultos que tienen relaciones sexuales con hombres es un asunto epidemiológico y demográfico importante, los estudios de base poblacional tales como las encuestas demográficas y de salud han pasado por alto esta investigación. La Tabla 1.1 muestra algunos estudios recientes realizados en el período 2003-2007 que abordan esta preocupación. Es probable que las respuestas a esta pregunta difieran según el período de referencia—curso de vida vs. los últimos *n* meses—o tipo de práctica sexual—oral vs. anal vs. cualquier tipo de práctica sexual. En América Latina, la prevalencia de cualquier práctica sexual con otros hombres durante el curso de la vida notificada entre hombres adultos cubre un rango que varía entre 3 y 20%, mientras que las cifras para el año anterior para este mismo indicador varían entre 1 y 14%. Según una revisión que cubrió un período más largo [15], la prevalencia durante el curso de la vida varió entre 6 y 20%, mientras que la prevalencia para el año anterior fue de aproximadamente la mitad de dicha cifra (6 a 7%). En cualquier caso, dichos números sugieren que la actividad sexual entre hombres no es un acontecimiento poco frecuente si se toma el curso de vida total. Sin embargo, estos estudios no preguntaron acerca de la identidad sexual.

Tabla 1.1: Proporción de hombres que han notificado haber tenido relaciones sexuales con otros hombres en América Latina y el Caribe, 2003-2007

	Número de estudios y rango de prevalencia de sexo con hombres, alguna vez	Número de estudios y rango de prevalencia de sexo con hombres, el año pasado	Referencias
América Latina (datos agrupados)	4 (3-15%)	2 (1-14%)	[8-11]
Argentina	1 (4%)	ND	[10]
Perú	2 (15%)	ND	[8,11]
Brasil	1 (10,6%)	ND	[9]
Caribe	ND	ND	

ND: no disponible

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y sus relaciones y prácticas sexuales con mujeres

Los estudios que exploran las prácticas heterosexuales en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres muestran cuán equívoca es la suposición según la cual los HSH desempeñan prácticas homosexuales de manera exclusiva. De forma sistemática, entre uno y dos tercios de los HSH, según los datos para cada país, informaron haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez, cifras que son algo inferiores para los dos últimos meses. Como se muestra en la Tabla 1.2, una proporción considerable de los HSH informó estar casado con mujeres. De nuevo, estos cálculos proporcionan una base para no considerar la actividad sexual entre hombres como definitoria de una población diferenciada sino como una característica de muchos hombres que se reconocen socialmente como parte de la población en general.

Tabla 1.2: Relaciones sexuales heterosexuales y relaciones sexuales entre hombres HSH en América Latina y el Caribe, 2003-2007

	Prevalencia de sexo heterosexual en HSH, alguna vez	Número de estudios y rango de prevalencia de sexo con hombres, el año pasado	Prevalencia de matrimonio en HSH	Referencias
El Salvador	34%	31,4%	1,7%	[28-32]
Nicaragua	32%	20,5%	10,1%	[28-32]
Perú	34%	29%*	ND	[33]
Republica Dominicana	78%	ND	41%	[34]

*Últimos 3 meses.

ND: no disponible

La Tabla 1.3 resume los cálculos de prevalencia por país del VIH en HSH y personas transgénero. Se brindan cálculos específicos por país debido a la amplia variación de las cifras y el número de estudios realizados en cada uno. En general, la prevalencia del VIH en las personas transgénero es mayor que en HSH, lo cual indica el mayor riesgo y marginación de este grupo. Sólo un estudio, realizado en Perú en 2002, notifica una incidencia del VIH en HSH que realizan prácticas de alto riesgo de 5,1 casos (95%, IC: 3,1 a 8,3) por 100 años-personas observados [35].

Tabla 1.3: Prevalencia del VIH en HSH y personas transgénero en América Latina y el Caribe, 2003-2007

	Número de estudios y rango de prevalencia de 1 VIH en HSH	Número de estudios y rango de prevalencia de 1 VIH en personas transgénero	Referencias
Argentina	5 (9 - 51%)	ND	[36-40]
Bolivia	(21%)	ND	[38]
Colombia	1(19,7)	ND	[38]
México	1(15%)	ND	[41]
Paraguay	1(13%)	ND	[38]
Perú	3 (9,6 - 22,3%)	1 (32%)	[33, 42, 43]
Uruguay	1(22%)	ND	[38]
Centroamérica	1(8-15%)	1 (24%)	[32]
República Dominicana	1(11%)	ND	[34]

ND: no disponible

La Tabla 1.4 muestra las estimaciones, según datos reportados por HSH, de prevalencia de uso del condón, tales como uso de condones en la última relación de sexo anal con un hombre, uso habitual de condones para el sexo anal con un hombre el año pasado y nunca haber utilizado un condón con un hombre. Alrededor del 40 al 60% de los HSH informan de forma sistemática el uso de condones para las relaciones sexuales anales con compañeros sexuales, con quienes las estimaciones son más altas o más bajas—cuando se hace la distinción—según se refieran a compañeros casuales o estables, respectivamente. Estas cifras sugieren que los esfuerzos de prevención en HSH basados en la promoción de los condones han sido parcialmente exitosos, pero que queda mucho por mejorar y probablemente también para focalizarse en la sustentabilidad de las prácticas preventivas—tomando en cuenta las tendencias mundiales de menor uso del condón en HSH. Las cifras también muestran que, al igual que los demás hombres, los HSH distinguen entre compañeros sexuales habituales y casuales—lo cual refleja que los lazos emocionales y de confianza justifican con frecuencia la toma de riesgo en muchos HSH. Los esfuerzos de prevención deben tomar en cuenta estos hechos y no sólo condenar la falta de uso del condón con ciertos compañeros, así como reconocer la autonomía de las culturas gay en el desarrollo de estrategias complementarias de prevención. Algunos ejemplos de este tipo de prácticas de sexo seguro negociado se han descrito principalmente en Australia [44, 45]. Por otro lado, la tendencia hacia un menor uso del condón observada en HSH en países de ingresos más altos [46] también debiera apoyar la vigilancia de las prácticas sexuales en HSH en la región de América Latina y el Caribe para evaluar si esta tendencia se repetirá y por qué y para desarrollar una práctica creativa para responder a la misma.

Tabla 1.4: Prevalencia del uso de condones en América Latina y el Caribe, 2003-2007

	Uso de condones en la última relación sexual anal con un hombre (%)	Uso habitual de condones en el sexo anal con hombres, año pasado (%)	Nunca utilizó condones durante las relaciones sexuales (%)	Referencias*
Argentina	91	ND	ND	[47]
Centroamérica	47 (compañero estable) 61 (compañero casual) 47-83	ND	ND	[32, 47]
Chile	29			[47]
Colombia	80			[47]
Ecuador	63			[47]
México	79	64	24	[41, 47]
Panamá	86			[47]
Perú	54 (compañero estable) 56 (compañero casual) 47	ND	ND	[33, 42, 43, 47]
Cuba	55			[47]
República Dominicana	77-79	54	ND	[34, 47]
Trinidad y Tobago	47			[47]

*Los cálculos de referencia [1] en esta tabla se basan en el Indicador de UNGASS 19, 2007 (Anexo 2, pág. 319).

La Tabla 1.5 muestra datos para otras infecciones de transmisión sexual (ITS). En América Latina siete estudios notificaron la prevalencia de sífilis en HSH, mostrando variaciones entre el 5 y el 29%, con las cifras más altas en Argentina (17%) y Perú (29%) [28-31, 42, 48, 49]. La reinfección con sífilis también ha demostrado ser frecuente [50]. Estas cifras altas justifican la realización de estudios más detallados de la epidemiología de la sífilis en HSH en América Latina, aprovechando los esfuerzos existentes para eliminar la sífilis materna y congénita.

Sólo unos pocos estudios publicados en América Latina y el Caribe incluyen estimaciones de prevalencia de clamidia y gonorrea en HSH. Un estudio en Honduras indica un 12% de clamidia y un 9% de gonorrea [29] y otro ofrece cifras para Tegucigalpa, San Pedro y La Ceiba (ver Tabla 1.5) [51]. Un estudio de Perú indica un 2,4% de clamidia y un 0,0% de gonorrea [42]. La infección por herpes tipo-2 fue notificada en ocho estudios (Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Perú), con una prevalencia que varía entre el 21 y el 72 % [32, 42, 43]. Dos estudios realizados en Argentina evaluaron la infección por hepatitis B (con cifras entre 22 y 38 %) [36, 49].

Tabla 1.5: Prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual en América Latina y el Caribe, 2003-2007

	Prevalencia de sífilis en HSH, número de estudios % (Rango)	Prevalencia de clamidia en HSH, número de estudios % (Rango)	Prevalencia de gonorrea en HSH, número de estudios % (Rango)	Referencias
América Latina	7 (5-29)	2 (2-12)	2 (0-9)	[28-32, 42, 43, 48, 49]
Argentina	17	ND	ND	[49]
Honduras	5 4,4 (Tegucigalpa), 11,3 (S. Pedro Sula), 0,3 (Ceiba)	12 6 (Tegucigalpa), 2,8 (S. Pedro Sula); 1,7 (Ceiba)	9 (Tegucigalpa); 2,0 (S. Pedro Sula), 0,3 (Ceiba)	[29, 32, 51]
Perú	2 (12-29)	2	0	[43,50]

Facilitadores sociales de la vulnerabilidad al VIH

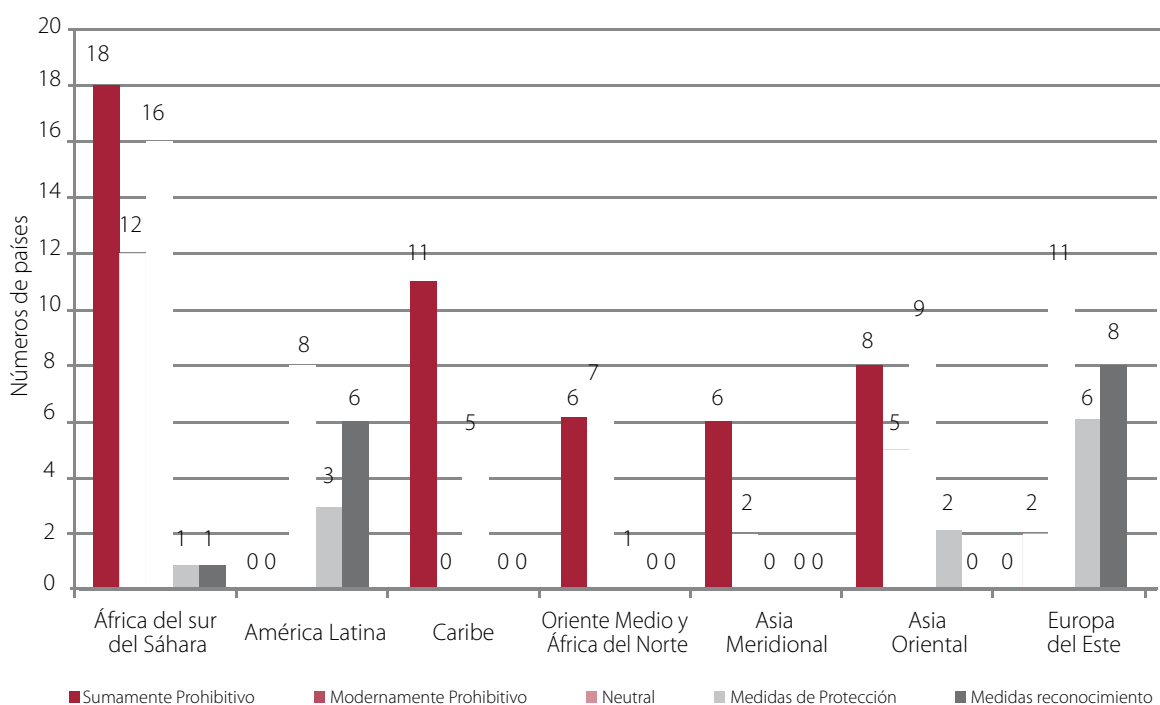
La medida en que los HSH y personas transgénero se ven afectados por la epidemia del VIH refleja su gran vulnerabilidad, que se considera dependiente de tres conjuntos de factores [4]: (a) la afiliación a redes sexuales —grupos o subculturas— con una mayor prevalencia del VIH y mayor frecuencia de prácticas asociadas con alta probabilidad de transmisión, tales como sexo anal; (b) factores sociales y del entorno de alto nivel—tales como leyes, políticas y normas culturales—que configuran un entorno hostil; y (c) calidad y cobertura inferiores—en números totales y en términos de grupos de población cubiertos—de servicios y programas.

Aspectos legales, derechos humanos, estigma y discriminación

Más allá del nivel individual, la dimensión más inclusiva de facilitadores sociales de la epidemia del VIH se relaciona con el entorno legal y de derechos humanos—con tres elementos distintivos pero interrelacionados: marcos jurídicos, prácticas estatales referidas a los derechos humanos y prácticas sociales que pueden o no conducir a la discriminación. Mientras que algunos países están adoptando medidas legales protectoras y afirmativas relacionadas con la diversidad sexual, muchos otros sistemas jurídicos son neutrales—a pesar de la homofobia desenfadada—y la discriminación obstaculiza el acceso a la prevención y la atención [4].

Un estudio realizado junto con ONUSIDA en 2008 [52] evaluó el estatuto legal de la diversidad sexual en países de ingresos bajos y medios. Los marcos jurídicos fueron clasificados en cinco categorías: sumamente prohibitivo, moderadamente prohibitivo, neutral, con medidas de protección en vigor y con medidas de reconocimiento en vigor. El Gráfico 1.1 muestra la cantidad de países en cada región del mundo con los marcos jurídicos correspondientes para cada una de esas cinco categorías. La columna en rojo indica marcos jurídicos sumamente prohibitivos, que habitualmente significan la muerte o encarcelamiento de por vida —que constituyen la versión más grave de las leyes de sodomía.

Gráfico 1.1: Marcos jurídicos referidos a la diversidad sexual en países de ingresos bajos y medios



Fuente: [51].

Cinco países del Caribe sobre un total de 16 cuentan con marcos jurídicos neutrales a la diversidad sexual. Sin embargo, 11 países del Caribe, junto con 18 en África al sur del Sáhara, seis de Oriente Medio y Norte de África, seis en Asia Meridional y ocho de Asia Oriental tienen implantados marcos jurídicos sumamente prohibitivos. No cabe sorprenderse al observar los informes perturbadores que surgen en algunos países sobre la imposibilidad de iniciar el trabajo de prevención de la infección por el VIH en HSH y su correlación con una importante discriminación contra la diversidad sexual—que conlleva a la invisibilidad jurídica de las personas pertenecientes a minorías sexuales. La pregunta que surge es, ¿qué tipo de prevención del VIH ofrecer a los HSH si en primer lugar resulta ilegal ser HSH?

En contraste, la homosexualidad es legal en todos los países de América Latina [5]. Sobre un total de 17 países, 8 cuentan con sistemas jurídicos neutrales a la diversidad sexual—no la mencionan—, 3 cuentan con algunas medidas protectoras y 6 ya han adoptado medidas de reconocimiento tales como la igualdad de derechos en parejas del mismo género. Sin embargo, de acuerdo con el mismo informe, estos marcos positivos por lo general no pueden evitar la perpetuación de la discriminación y de los abusos de los derechos humanos. La mayor parte de los países reconoce la necesidad de dirigir acciones hacia comunidades de HSH para incluirlos dentro del marco jurídico, pero los logros son desiguales. En América Latina, a pesar de la ausencia de leyes de sodomía e incluso con ciertas medidas protectoras, predomina la heteronormatividad ligada al temor de ser blanco de prácticas homofóbicas, que incluyen la violencia y la discriminación directa. Más aún, es probable que la inexistencia de la opción de contar con un compañero estable con reconocimiento jurídico y social en la mayor parte de la región sea un facilitador adicional de la mayor frecuencia de relaciones sexuales casuales. La naturaleza clandestina de muchas prácticas sexuales también genera obstáculos para la prevención. De hecho, la epidemia del VIH ha jugado un papel en el reconocimiento de los derechos, pero es apenas un punto de inicio para el trabajo que debiera conectarse con otras perspectivas, incluyendo las de derechos humanos.

En América Latina y en especial en el Caribe se necesita una respuesta clara para mejorar el entorno jurídico y de derechos humanos que afecta a la diversidad sexual fundada en los avances logrados en el programa internacional de derechos humanos y para lograr cambios desde una perspectiva de salud pública y desarrollo. Deben realizarse esfuerzos multisectoriales para mostrar el daño social que causan las leyes y prácticas homofóbicas y generar iniciativas conducentes a cambios positivos. Por ejemplo, dada la asociación entre marcos jurídicos prohibitivos y el derecho consuetudinario en el Caribe y en otras partes del mundo, serían en particular útiles todos los esfuerzos que se realicen en la Mancomunidad Británica de Naciones para promover los cambios del marco jurídico reflejando las estrategias desarrolladas en el Reino Unido, Canadá y Sudáfrica.

Acceso a la prevención y atención para el VIH

Sigue siendo acuciante la necesidad de obtener indicadores precisos de acceso a la prevención y la atención para el VIH en HSH y en otras poblaciones clave. Sólo unos pocos países de América Latina y el Caribe proporcionan estimaciones de indicadores relacionados con HSH en los informes de UNGASS [52]. Estas cifras de UNGASS no resultan de demasiada utilidad dado que estos mismos países son los más receptivos a las epidemias en HSH.

Los recursos asignados a los países para ofrecer servicios de prevención y atención del VIH en HSH en general no están alineados con sus necesidades, en particular cuando se los compara con las de otros grupos poblacionales [53]. En algunos países de América Latina se han documentado ejemplos de proyectos de salud dirigidos a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, pero muy pocos de estos programas han recibido seguimiento y evaluación. La estrategia de prevención del VIH del Ministerio de Salud del Perú incluye a pares que actúan como promotores de salud para estimular a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a participar en tamizajes periódicos para el VIH y otras ITS. Los resultados preliminares obtenidos en un estudio realizado en 2007 en consultorios de ITS a cargo de HSH en 5 ciudades revelaron que 55% de los que participaban habitualmente en chequeos médicos habían sido derivados por pares que actuaban como promotores de salud [53]. No existen, sin embargo, datos acerca de la eficacia de estos programas, y siguen manifestándose quejas que señalan que las únicas prioridades de salud del sistema de salud dirigidas a las poblaciones de HSH son para el VIH y otras ITS y que la respuesta sigue siendo excesivamente medicalizada [54]. Es necesario realizar esfuerzos para responder a las diversas necesidades sanitarias de la igualmente diversa población de HSH, que van más allá de las preocupaciones por el VIH y las ITS [12, 55, 56]. La prestación de servicios no debiera limitarse a los servicios de salud pública y deben aprovecharse las capacidades de las organizaciones de salud comunitaria para fortalecer las comunidades y disminuir su vulnerabilidad [12].

Algo de esperanza en el horizonte

Una perspectiva esperanzadora ayudará a comprender que es posible avanzar. Los marcos jurídicos prohibitivos ya han sido eliminados en los países de América Latina. Las organizaciones de derechos humanos, así como las oficinas nacionales del Defensor

del Pueblo están considerando la inclusión de la protección de los derechos humanos de las minorías sexuales como parte de su misión y las comunidades lesbianas, gay, bisexual y transgénero (LGBT) se hacen cada vez más visibles y notorias. En el contexto de las respuestas al VIH, el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal (GCTH)—un mecanismo de cooperación de los programas nacionales de sida y redes comunitarias de América Latina y el Caribe—ha asumido una posición abiertamente antihomofóbica y, junto con la OPS y ONUSIDA, ha desarrollado las **Directrices para la acción estratégica contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género** [57], un plan estratégico contra la homofobia y directrices para los servicios orientados a HSH [58]. Las redes de organizaciones de HSH y personas transgénero forman parte del Comité Directivo del GCTH y han realizado campañas antihomofóbicas patrocinadas por los gobiernos de cuatro países—Argentina, Brasil, Colombia y México [59]. La 1ª Conferencia Nacional LGBT tuvo lugar en Brasil en 2008 con apoyo del presidente brasileño [60]. Por otra parte, durante la Conferencia Internacional sobre Sida de la Ciudad de México en 2008 se firmó una Declaración Ministerial regional para la aplicación obligatoria de educación sexual inclusiva de la diversidad y se realizó la primera marcha contra la homofobia durante una conferencia de la Sociedad Internacional de Sida [61]. En la región de América Latina y el Caribe existe gran potencial para el progreso y de mayor magnitud que en la mayor parte de los países de ingresos bajos y medios—pero sigue habiendo mucho camino por recorrer.

Retos y recomendaciones

A pesar de que varios estudios señalan la alta prevalencia de actividad sexual con otros hombres en la población de hombres adultos de América Latina en al menos algún momento de su vida, existe una necesidad urgente de mejorar la vigilancia y los datos de investigación referidos a HSH. La información disponible en la actualidad refleja una serie de problemas que incluyen: un número insuficiente de estudios, la falta de un plan de muestreo repetible, el trabajo insuficiente sobre las definiciones—por ejemplo, preguntas acerca de “relaciones sexuales con otros hombres” sin tener en cuenta la interpretación que se hayan hecho los participantes sobre su propia actividad sexual, preguntas acerca de cualquier actividad sexual vs. actividades de alto riesgo, o preguntas acerca de actividad sexual con otros hombres alguna vez vs. Actividad más reciente.

Los datos prueban que, lejos de participar en redes sexuales aisladas, los HSH con frecuencia tienen relaciones sexuales con mujeres o están unidos a mujeres. Por consiguiente, los esfuerzos de prevención en HSH importan por la alta carga del VIH y porque los HSH son a menudo indistinguibles de la población en general y no hay que suponer que se trata de una población homogénea, sino más bien comprender su diversidad y así tratar unas necesidades que muy probablemente son igualmente diversas. Esto no sólo resulta importante cuando se considera la situación de hombres bisexuales que no se identifican como gay, sino también al recalcar las necesidades más específicas de las personas transgénero—quienes ya no deberían ser consideradas como parte del colectivo de HSH.

Dado los altos niveles de sexo con penetración y sin protección entre HSH, los programas de prevención del VIH deben permanecer atentos a los cambios en las culturas sexuales, incluyendo aquellos que derivan del aumento de sobrevida a la enfermedad por el VIH en las personas que reciben tratamiento antirretroviral y trabajar junto con la comunidad para encontrar nuevos mensajes preventivos y respuestas que contrarresten las tendencias potenciales de incremento de las relaciones sexuales sin protección. Es necesario comprender mejor la función que cumplen los nuevos modelos de consumo de drogas recreativas y las nuevas tecnologías—en particular el internet. La falta de datos adecuados acerca de la eficacia de los programas de prevención para HSH constituye otra dificultad que debemos superar a través de una práctica establecida de programación basada en la evidencia y en la evaluación de programas.

Según una consulta mundial reciente sobre la función del sector salud en relación con los HSH, existe una gran necesidad de acceso a una atención en salud adecuada e integral para las poblaciones sexualmente diversas más allá del modelo medicalizado restringido a las pruebas del VIH y el control de las ITS. Una respuesta fortalecida no sólo debe considerar otras necesidades de salud de la población de HSH sino, y en la medida que corresponda, también debe incluir organizaciones comunitarias fortalecidas en la evaluación de necesidades y en la atención en salud.

Por último, una respuesta honesta a la epidemia del VIH en las poblaciones sexualmente diversas ya no puede pasar por alto el hecho de que el entorno legal y de derechos humanos resulta crucial para una prevención y una atención adecuadas. Se requieren acciones concertadas—a nivel local, regional y mundial—para terminar con los marcos jurídicos prohibitivos y con los abusos de los derechos humanos, así como para promover la inclusión social mediante el desarrollo de una cultura de respeto por la diferencia. Ello resulta tanto más importante por cuanto se trata de una causa de salud pública y de derechos humanos y los avances en este área probablemente tendrán efectos importantes sobre el VIH y sobre la calidad de vida y dignidad de un número significativo de seres humanos.

Referencias

1. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. **Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review.** *PLoS Med* 2007;4:e339.
2. Ja e HW, Valdiserri RO, De Cock KM. **The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men.** *JAMA* 2007;298:2412-2414.
3. Laurence J. **Men who have sex with men: a new focus internationally.** *AIDS Read* 2007;17:379-380.
4. Amnesty International. **Sexual Minorities and the Law: A World Survey.** London: Amnesty International; 2007.
5. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009.** Geneva: World Health Organization; 2009.
6. UNAIDS, WHO, UNICEF. **Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS 2008.** Geneva: UNAIDS/WHO/UNICEF; 2008.
7. Estrada J. **Invisibles y excluidos: la infección por VIH/SIDA entre hombres que tienen sexo entre hombres en América Latina.** *Rev de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2004;22:107-120.
8. Clark JL, Cáceres CF, Lescano AG, Konda KA, León SR, Jones FR, et al. **Prevalence of same-sex sexual behavior and associated characteristics among low-income urban males in Peru.** *PLoS ONE* 2007;2:e778.
9. de Almeida Neto C, McFarland W, Murphy EL, Chen S, Nogueira FA, Mendrone A, Jr, et al. **Risk factors for human immunodeficiency virus infection among blood donors in Sao Paulo, Brazil, and their relevance to current donor deferral criteria.** *Transfusion* 2007;47:608-614.
10. Kornblit A. **Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en población general. Informe para el establecimiento de la línea de base.** Buenos Aires: UNDP, GFATM; 2005.
11. Nelson A, Press N, Bautista CT, Arevalo J, Quiroz C, Calderon M, et al. **Prevalence of sexually transmitted infections and high-risk sexual behaviors in heterosexual couples attending sexually transmitted disease clinics in Peru.** *Sex Transm Dis* 2007;34:344-361.
12. Cáceres CF, Aggleton P, Galea JT. **Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS.** *AIDS* 2008;22 Suppl 2:S45-55.
13. Young RM, Meyer IH. **The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse.** *Am J Public Health* 2005;95:1144-1149.
14. UNAIDS. **Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. Toward Universal Access.** Geneva: UNAIDS; 2007.
15. Cáceres C, Konda K, Pecheny M, Chatterjee A, Lyerla R. **Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries.** *Sex Transm Infect* 2006;82 Suppl 3:iii3-9.
16. Ottoson D. **State Homophobia A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults.** Stockholm: Södertörn University; 2007.
17. Cáceres CF, Konda K, Segura ER, Lyerla R. **Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003-2007 estimates.** *Sex Transm Infect* 2008;84 Suppl 1:i49-i56.
18. Bianco M, Pagani L, Re M, Correa C. **Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/Sida en el gran Buenos Aires. Estudios e Informes Serie especial No. 18.** Paris: División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural, UNESCO; 2003.
19. Fernández-Dávila P, Maiorana A, Salazar X, et al. **Construcción social de la sexualidad en dos grupos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de barrios pobres de dos ciudades del Perú.** New York: The Center for Lesbian and Gay Studies; 2007.
20. Kendall T, Herrera C, Caballero M, Campero L. **HIV prevention and men who have sex with women and men in Mexico: findings from a qualitative study with HIV-positive men.** *Cult Health Sex* 2007;9:459-472.
21. Montijo J, Gottsbacher M. **Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/Sida en México y Centroamérica. Estudios e Informes Serie Especial No. 21.** Paris: División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural, UNESCO; 2004.
22. Fernández-Dávila P, Maiorana A, Salazar X, et al. **Compensated Sex and Sexual Risk: Sexual, Social and Economic Interactions between Homosexually- and Heterosexually-Identified Men of Low Income in Two Cities of Peru.** *Sexualities* 2008;11:352-374.
23. Parker R, Cáceres C. **Alternative sexualities and changing sexual cultures among Latin American men.** *Cult Health Sex* 1999;1:201-206.
24. Guajardo G. **Contexto sociocultural del sexo entre varones.** In: *SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Edited by C. Cáceres MPaVT. Lima: UPCH/ONUSIDA; 2002:57-79.
25. Toro-Alfonso J. **Vulnerabilidad de hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) frente a la epidemia del VIH/SIDA en América Latina: La otra historia de la masculinidad.** In: *SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción.* Edited by Cáceres C, Pecheny M, Terto V. Lima: UPCH/ONUSIDA; 2002:81-102.
26. Kajubi P, Kanya MR, Raymond HF, Chen S, Rutherford GW, Mandel JS, McFarland W. **Gay and bisexual men in Kampala, Uganda.** *AIDS Behav* 2008;12:492-504.
27. Pecheny M. **La investigación sobre SIDA y HSH en América Latina y el Caribe: Políticas públicas y derechos humanos.** In: *XXII International Congress of the Latin American Studies Association.* Hyatt Regency, Miami; 2000.
28. Grajales-López B. **Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia del VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Panamá (EMC).** Panama: Ministerio de Salud de Panamá, Programa Nacional de ITS/SIDA and Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP); 2003.

29. Padilla I, Soto R. **Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia del VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Nicaragua (EMC)**. Managua: Ministerio de Salud de Nicaragua, Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. CEPRESI, TESIS, Fundación Xochiquetzal y Cruz Roja Nicaragüense; 2003.
30. Pinzón Z, Soto R, Aguilar S. **Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia del VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen sexo con otros hombres en Guatemala (EMC)**. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA, OASIS, ASI; 2003.
31. Román M, Soto R. **Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia del VIH/ITS y Comportamientos en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Nicaragua (EMC). Estudio Multicéntrico Centroamericano (EMC)**. Managua: Ministerio de Salud de Nicaragua Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA. CEPRESI, TESIS, Fundación Xochiquetzal y Cruz Roja Nicaragüense; 2003.
32. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, Mayorga R, Tapia KA, Astete SG, et al. **Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46:101-111.
33. Sánchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, et al. **HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;44:578-585.
34. Toro-Alfonso J. **Proyecto Delta: Identificación y descripción de conocimiento, actitudes, creencias y comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH en población de homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana**. In. Santo Domingo: CONECTA-USAID; 2005.
35. Lama JR, Sanchez J, Suarez L, Caballero P, Laguna A, Sanchez JL, et al. **Linking HIV and antiretroviral drug resistance surveillance in Peru: a model for a third-generation HIV sentinel surveillance**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42:501-505.
36. Avila M, Marone R, Pando Pateiro M, Segura M, Duranti R, Weissenbacher M. **Monitoring for HIV-1 infection and other sexually-transmitted infections (STIs) in a cohort of men who have sex with men (MSM) in Buenos Aires, Argentina**. Poster WePpC2069. *XV International AIDS Conference*. Bangkok 2004.
37. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. **Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en la ciudad de Buenos Aires, 2002**. Buenos Aires: Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2003.
38. Montano SM, Sanchez JL, Laguna-Torres A, Cuchi P, Avila MM, Weissenbacher M, et al. **Prevalences, genotypes, and risk factors for HIV transmission in South America**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;40:57-64.
39. Pando M, Maulen S, Weissenbacher M, Marone R, Duranti R, Peralta LM, et al. **High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection**. *Int J Epidemiol* 2003;32:735-740.
40. Pando Pateiro M, Segura M, Marone R, Bibini M, Sosa-Estani S, Olson J, et al. **Risk factors associated with high HIV seroincidence in men having sex with men (MSM) from Buenos Aires City**. Poster ThPeC7382. *XV International AIDS Conference*. Bangkok 2004.
41. García-Abreu A, Nogueira I, Cowgill K. **HIV/AIDS in Latin American Countries: The Challenges Ahead**. Washington: World Bank; 2003.
42. Cáceres CF, Konda KA, Salazar X, Leon SR, Klausner JD, Lescano AG, et al. **New populations at high risk of HIV/STIs in low-income, urban coastal Peru**. *AIDS Behav* 2008;12:544-551.
43. Lama JR, Lucchetti A, Suarez L, Laguna-Torres VA, Guanira JV, Pun M, et al. **Association of herpes simplex virus type 2 infection and syphilis with human immunodeficiency virus infection among men who have sex with men in Peru**. *J Infect Dis* 2006;194:1459-1466.
44. Prestage G, Jin F, Zablotska I, Grulich A, Imrie J, Kaldor J, et al. **Trends in agreements between regular partners among gay men in Sydney, Melbourne and Brisbane, Australia**. *AIDS Behav* 2008;12:513-520.
45. Race KD. **Reevaluation of risk among gay men**. *AIDS Educ Prev* 2003;15:369-381.
46. Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson AM. **Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men**. *Sex Transm Infect* 2004;80:236-240.
47. UNAIDS. **2008 Report on the global AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS; 2008.
48. Palma-López L, Soto R. **Estudio multicéntrico Centroamericano de prevalencia VIH/ITS y Comportamiento en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en El Salvador (EMC)**. San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA; 2003.
49. Pando MA, Bautista CT, Maulen S, Duranti R, Marone R, Rey J, et al. **Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), treponema pallidum, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina**. *Sex Transm Dis* 2006;33:307-313.
50. Long CM, Klausner JD, Leon S, Jones FR, Giron M, Cuadros J, et al. **Syphilis treatment and HIV infection in a population-based study of persons at high risk for sexually transmitted disease/HIV infection in Lima, Peru**. *Sex Transm Dis* 2006;33:151-155.
51. Secretaría de Salud de Honduras. **Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres**. Tegucigalpa: Secretaría de Salud de Honduras; 2008.
52. UNAIDS. **Legal Frameworks, Human Rights and Stigma and Discrimination in Relation to Sexual Diversity in Lower and Middle Income Countries**. Geneva: UNAIDS; 2009.
53. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008**. Geneva: World Health Organization; 2008.

54. Cáceres CF, Mendoza W. **The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: accomplishments and gaps—a review.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009;51 Suppl 1:S60-66.
55. Cáceres C, Girón J, Leon S, Salazar X, Konda K, Olivos F, Rosasco A, Salvatierra J, Cuadros J. . **Vulnerable men who have sex with men and women in Lima: Feasibility of new strategies to reach them for prevention, care and research.** *XVII International AIDS Conference.* Mexico City 2008.
56. WHO, UNAIDS, UNDP. **Final Report, Global Consultation on Men who Have Sex with Men in the Health Sector.** Geneva: WHO/UNAIDS/UNDP; 2009.
57. UNAIDS, CICT, HTCG. **Guía de Acciones Estratégicas para Prevenir y Combatir la Discriminación por Orientación Sexual e Identidad de Género.** Rio de Janeiro: UNAIDS; 2006.
58. PAHO, UNAIDS, GTCH. **Draft Report of the Strategic Plan Against Homophobia and Guidelines for MSM-Oriented Services.** Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2006.
59. PAHO. **Campañas contra la homofobia en Argentina, Brasil, Colombia y México.** Available at: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/homofobia.pdf>. Washington: PAHO; 2006.
60. PFLAG. **President of Brazil Steps Up for LGBT Rights.** Available at: <http://pflag.blogspot.com/2008/09/president-of-brazil-steps-up-for-lgbt.html> 2008.
61. PAHO. **The Mexico City Declaration. First Meeting of Ministers of Health and Education to Stop HIV/AIDS in the Americas.** Mexico City: PAHO; 2008.

Capítulo 2

VIH en Personas que Usan Drogas en América Latina y el Caribe

Introducción

El uso compartido de material de inyección para el uso de drogas se ha descrito como una práctica de riesgo de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de otras infecciones. Uno de cada diez casos nuevos de infección por el VIH en el mundo se produce entre personas que se inyectan drogas [1]. Para estas personas, las medidas de reducción de daños incluyen diferentes intervenciones de salud pública, tales como los programas de distribución e intercambio de jeringas, los tratamientos de sustitución, las pruebas y el asesoramiento para el VIH, las pruebas para la hepatitis, la prevención y el tratamiento de las diversas infecciones de transmisión sexual (ITS) y de la tuberculosis, así como el acceso a la asistencia primaria en salud y al tratamiento antirretroviral (TARV).

Estas estrategias han demostrado una eficacia probada para disminuir la transmisión del VIH entre las personas que usan drogas [2-6] y han sido recomendadas de forma insistente por académicos, funcionarios y activistas, así como por diversas agencias de las Naciones Unidas [7-9]. Sin embargo, los programas de distribución e intercambio de jeringas alcanzan a menos del 10 % del número estimado de personas que se inyectan drogas en Europa del Este y en Asia Central [2-5, 10]. Existe evidencia de que la cobertura también es muy baja en América Latina y el Caribe (ALC) para esta población tan vulnerable [9] y alejada de los servicios de asistencia en salud [2-5]. La vulnerabilidad de las personas usuarias de drogas inyectables (UDI) no está circunscrita al uso compartido de material de inyección, sino que en la mayoría de los UDI se relaciona con las características de diversas prácticas de riesgo en las redes sexuales o de consumo de drogas en las que interactúan y en las que a su vez intervienen procesos económicos y sociales más amplios [11, 12].

Entre estos procesos, las desigualdades de género, de edad, de barrio o de ciudad en que viven los UDI contribuyen a su vulnerabilidad [13-19]. El menor poder de las mujeres y la homofobia ha incidido en que las mujeres UDI que tienen sexo con mujeres sean una población con mayor nivel de infección que otros grupos de UDI [20], lo que también ha ocurrido entre hombres UDI que tienen relaciones sexuales con hombres. Ser una UDI joven o que comienza a inyectarse con su pareja UDI, o ser pobre o vivir en barrios pobres, son factores que aumentan la fragilidad para gestionar prácticas de cuidado y evitar la transmisión del VIH [21]. Las crisis político-económicas también incrementan las condiciones de vulnerabilidad de toda la población al provocar el aumento del desempleo (que induce a la movilidad o a la emigración), la destrucción o disminución de organizaciones sociales que atienden y defienden diversas necesidades y derechos y el aumento de los niveles de violencia en las poblaciones más afectadas [11].

Las crisis económicas y políticas sucesivas, así como la pobreza y la gran desigualdad social en América Latina y el Caribe [22, 23], conllevan a una falta de acceso a los servicios de salud, educativos y sociales, en particular para las personas usuarias de drogas que viven en situación de pobreza. Al estigma y a la discriminación que padecen los usuarios de drogas ilegales por sus prácticas, se le agrega la intervención del sistema penal, inducida por la legislación que criminaliza al usuario de drogas siguiendo la política de “guerra contra las drogas” predominante en la región [24-27].

Situación regional y tendencias

En América Latina, la mayor cantidad de personas usuarias de inyectables se han estimado en Argentina, Brasil y México, mientras que Puerto Rico es el territorio con mayor número de UDI en el Caribe [28, 29]. En Colombia, Paraguay y Uruguay existe evidencia de uso de inyectables, así como en otros países de Sudamérica, Centroamérica y del Caribe de habla hispana [30, 31].

En 1992, el 26,4 % de los casos reportados de sida en América Latina y el Caribe se atribuyeron al uso de drogas inyectables. Desde entonces, se ha observado una tendencia decreciente hasta llegar en 2007 a representar el 4,2 % de los casos notificados de sida. Este fenómeno de descenso del porcentaje de casos debidos a UDI entre el total de casos reportados de sida se observa de forma repetida en todos los países más afectados por el uso de drogas inyectables. Por ejemplo, en el conjunto de países que conforman el Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), se observa un descenso de 37,6 % en 1992 a un 7,8 % del total de casos reportados en 2007. El único país que no ha sufrido un descenso tan marcado es Uruguay, en donde la cifra de casos de sida reportados y categorizados como uso de drogas inyectables se ha situado de forma más constante en torno a un 25 %, con variaciones entre el 19,1 y el 32,1 % entre los años 1990 y 2006 [32]. Con respecto a los nuevos casos del VIH en la región de ALC, el porcentaje de casos categorizados como vía de transmisión UDI fue el 1,6 % en 2006 y el 1,2 % en 2007. Argentina y Uruguay son los países con mayores porcentajes atribuidos a la categoría de UDI, con 5,4 % y 10,6 % en 2006 respectivamente [32].

Las estimaciones del número de personas usuarias de drogas inyectables en la región de ALC muestran una gran variación según el método empleado y el año en que se realizaron [33-36]. El Grupo de Referencia de Naciones Unidas en VIH y Uso de Drogas publicó una estimación de 580.500 personas en América Latina y 24.000 en el Caribe que se inyectan drogas y son seropositivas al VIH. En cuanto a personas UDI, se estimaron 65.829 en Argentina en 1999, 29.130 en Puerto Rico en 2002 y 800.000 en Brasil en 2003 [33-36]

El uso inyectable de cocaína es frecuente en diversas ciudades de Brasil, en especial en el sur [37, 38] y en las principales ciudades de Argentina, Paraguay y Uruguay [39-41]. En cambio, el uso inyectable de heroína es más común en la frontera entre México y los Estados Unidos de América, en Colombia y en Puerto Rico [42-45]. Este patrón de uso tan regionalizado, heroína en el norte y cocaína en el sur, muestra la relación que existe entre el consumo y el mercado de drogas, que incluye las tres fases de cultivo—producción—comercialización (ver Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1: Regiones de uso inyectable de heroína y cocaína en América Latina y el Caribe.



Fuente: D. Rossi, 2008

La movilidad y la emigración, muy características de todos los países de América Latina y el Caribe, han sido identificadas como circunstancias que pueden favorecer la vulnerabilidad al VIH. [46, 47]. Diversos estudios presentan evidencia de la alta prevalencia del VIH en personas UDI que migraron entre México, Puerto Rico y Estados Unidos. [48-50]. En fronteras extensas, como la del Brasil o la triple frontera de Argentina, Brasil y Paraguay, existen interacciones entre el tráfico de drogas y las prácticas de riesgo de redes UDI con la diseminación de las epidemias del VIH, la tuberculosis o la malaria [51].

Otro aspecto todavía poco visibilizado en relación con la epidemia del VIH es el papel del uso de drogas no inyectables en la transmisión de infecciones, que se ha descrito en diferentes ciudades de las Américas [2, 52-54]. El alcohol, la sustancia

legal más consumida en la región, produce desinhibición, que puede conducir a prácticas sexuales sin protección [55, 56]. Aunque los cambios de vía de administración de drogas han sido más estudiados entre personas usuarias de heroína que entre las usuarias de cocaína [2], en Brasil se han realizado algunos estudios que muestran una tendencia al reemplazo de la cocaína inyectada por el crack fumado [57, 58]. Las tasas de seroprevalencia y seroincidencia del VIH entre fumadores o inhaladores de cocaína en la región latinoamericana y caribeña son altas [30, 59, 60]. El crack, que es popular en diversas ciudades brasileñas [61-63], explica la transmisión del VIH cuando está relacionado con prácticas sexuales sin protección, como se ha documentado en diversos países del Caribe [64-66]. La pasta base de cocaína, llamada bazuco en Colombia o paco en Argentina, también se utiliza en Bolivia, Chile, Ecuador y Perú y su uso ha crecido desde mediados de la década de los noventa en los principales centros urbanos de Argentina y Uruguay [33-36]. La prevalencia del VIH y del virus de la hepatitis B halladas en fumadores de crack de diferentes ciudades de Brasil sugiere el papel importante que la transmisión sexual del VIH supone para usuarios de drogas no inyectables [38, 67, 68].

En América Latina y el Caribe, la investigación sobre el uso inyectable de drogas se ha desarrollado a partir de la década de los noventa y se ha concentrado en las prácticas de riesgo y en la prevención de la transmisión del VIH y de otras infecciones [69, 70]. Muchos de los estudios se han desarrollado sobre los UDI de Buenos Aires y Rosario en Argentina, de São Paulo, Porto Alegre, Salvador y Río de Janeiro en Brasil, de Bogotá en Colombia, de Tijuana y Ciudad Juárez en México, de Asunción en Paraguay, de San Juan en Puerto Rico, o de Montevideo en Uruguay. Algunos de estos procesos de investigación favorecieron el desarrollo de programas de reducción de daños, mientras que otros se apoyaron en ese tipo de servicios para llegar a los UDI en su contexto de uso de drogas. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones no han consistido en estudios sistemáticos que se repiten de forma periódica para aportar información que permita valorar cómo los cambios en el mercado de drogas y en los patrones de uso pueden generar nuevas prácticas de riesgo para la transmisión de infecciones (Tabla 2.1).

Aunque existe abundante evidencia internacional que señala a los usuarios de drogas inyectables como una población puente para la transmisión al resto de la población [71], en la región aún son muy pocos los estudios que han recolectado información sobre las parejas sexuales y los hijos de las personas UDI entrevistadas. En Uruguay existe evidencia que muchas mujeres se infectan a partir de sus parejas UDI, lo cual es una de las razones para explicar el aumento de casos del VIH en mujeres [72]. Tanto entre usuarios de drogas inyectables como no inyectables, se ha documentado que el intercambio de sexo por dinero, drogas u otras mercancías es una de las maneras en las que la transmisión sexual de infecciones puede ocurrir, en especial en mujeres, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o en las personas usuarias de drogas más pobres [2, 5, 21].

Es todavía muy incipiente el desarrollo de estudios en colaboración entre organizaciones académicas, gubernamentales y no gubernamentales para comprender mejor el vínculo entre la infección por el VIH y el uso de drogas en diferentes grupos sociales, en particular en personas vulnerables, como trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero. Una mayor comprensión de la multiplicidad de prácticas de cuidado y riesgo en las redes sexuales y sociales permitiría mejorar también la prevención de la transmisión heterosexual del VIH.

Tabla 2.1: Selección de estudios con población UDI y no UDI de Sudamérica, 1998-2007

	Población	Período	Ciudades	Tamaño muestral	Seroincidencia de VIH*	Prevalencia de VIH (%)	Prevalencia de hepatitis B (%)	Prevalencia de hepatitis C (%)	Financiador
Brasil	• UDI • ex-UDI	1998	Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Itajaí (Santa Catarina), São José do Rio Preto, São Paulo, Apta y Sorocaba (São Paulo)	284	52,5	-	-	52,4	Ministerio de Salud de Brasil
	• UDI • ex-UDI • No UDI	1999-2001	Rio de Janeiro	659	7,9	-	4,3 ⁱ	16,6	OMS
	• UDI • ex-UDI	2000	Salvador (Bahía), São José do Rio Preto (São Paulo), Florianópolis e Itajaí (Santa Catarina), Porto Alegre y Gravataí (Rio Grande do Sul)	853	36,5	-	2,3 ⁱ	56,4	Ministerio de Salud de Brasil
Argentina	• UDI • ex-UDI	2000-2001	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	174	44,3	0,0	42,5	54,6	ONUSIDA
	• UDI cocaína no inyectada	2002-2003	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	504	6,3	3,1	9	7,5	OPS/ Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
	• UDI pasta base de cocaína	2006-2007	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	170	2,9	-	3,5 ⁱⁱ	2,4	OPS
	• UDI • UD cocaína, heroína, anfetaminas	2006-2007	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	358	6,7	3,02	-	-	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
Uruguay	• UD cocaína no inyectada	2002-2003	Montevideo	367	9,5	4,4	19,5	21,5	OPS/ Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)
	• UDI • ex-UDI	2003	Montevideo	200	18,5	10,3	11,7	10,1	ONUSIDA/ ONUDD
Paraguay	• UDI • ex-UDI	2006	Asunción y ciudades suburbanas	164	3,7	-	10,9	9,8	OPS

ⁱ antígeno HbsAg; ⁱⁱ anticuerpo HbC

UDI: usuario de droga inyectable; UD: usuario de drogas

*** Para la estimación de incidencia anualizada, los casos con serología del VIH positiva fueron analizados con la prueba de seroconversión reciente (STARSHS).**

Las políticas públicas y los programas para usuarios de drogas y la epidemia del VIH

Los gobiernos de América Latina y el Caribe no siempre han empleado la evidencia científica y las mejores prácticas para el diseño de las políticas dirigidas a las personas usuarias de drogas [73]. Por ello, algunas políticas públicas de drogas o de salud sexual y reproductiva pueden estar contribuyendo a la diseminación del VIH o al fracaso del tratamiento antirretroviral [74]. En el caso de las drogas ilegales, las políticas que castigan de forma penal la tenencia de drogas han contribuido a potenciar el alejamiento de las personas usuarias de drogas del sistema de salud [75]. En muchos casos fueron las mismas personas UDI quienes adoptaron medidas de prevención mucho antes de que existieran iniciativas de salud pública disponibles [11].

En América Latina, con el apoyo de las agencias de Naciones Unidas, se ha desarrollado una cooperación regional para la multiplicación de intervenciones de reducción de daños que incluye la investigación y la abogacía para los derechos de las personas usuarias de drogas. El Proyecto regional de prevención del VIH en usuarios de drogas inyectables del Cono Sur comenzó en el año 2000 con financiación de ONUSIDA y tuvo dos fases más que recibieron apoyo de la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) (Tablas 2.2 y 2.3).

Tabla 2.2: Presupuestos para la prevención del abuso de drogas y del VIH en los países del Cono Sur, 2002-2003. (US\$)

UNODD	94,393
Argentina	267,015
Chile	125,160
Paraguay	57,435
Uruguay	70,245
TOTAL	614,270

Tabla 2.3: Presupuestos para el fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH en los países del Cono Sur, 2004-2006. (US\$)

UNODD Brasil	159,900
Argentina	153,000
Chile	47,300
Paraguay	50,500
Uruguay	69,300
TOTAL	480,000

En este proceso ha sido clave la participación de las organizaciones no gubernamentales que, en la mayoría de los países de la región, son las que han sostenido de manera persistente la inclusión del tema en la agenda pública. Intercambios Asociación Civil en Argentina, Caleta Sur en Chile, Parejas en México, Prever en Paraguay o IDES en Uruguay son algunas de las organizaciones no gubernamentales que empezaron a desarrollar programas de reducción de daños y a colaborar con funcionarios gubernamentales y con académicos desde fines de la década de los noventa [11]. Además, las organizaciones no gubernamentales han iniciado programas de distribución e intercambio de jeringas en la mayoría de los países de la región, con la excepción de Brasil, país cuyo Ministerio de Salud respaldó este tipo de programas desde fines de la década de los noventa [11].

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también ha contribuido al proceso de construcción de instrumentos para el desarrollo de estudios comparables entre diferentes países de la región [76], como el cuestionario de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo. Este cuestionario está diseñado para utilizar con inyectores o consumidores de drogas por otras vías y en diversos contextos: calle u otros “ambientes naturales”, programas de tratamiento de la dependencia, programas de reducción de daños y prisiones.

En el Caribe, Puerto Rico fue el territorio que comenzó más temprano a desarrollar intervenciones de reducción de daños, aunque estos programas fueron tan controvertidos como en los Estados Unidos [51, 77]. La Coalición Caribeña de Reducción de Daños, creada en el año 2000 [78], ha trabajado el enfoque de la reducción de daños en usuarios de drogas no inyectables, en particular crack, en Las Bahamas, República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad [30]. Desde 2001, el Instituto Caribeño de Investigación sobre Abuso de Drogas (*Caribbean Drug Abuse Research Institute* o CDARI), ubicado

en Santa Lucía, se dedica al estudio del uso de drogas y de sus consecuencias médicas en el Caribe y se ha encargado de visibilizar la transmisión del VIH entre fumadores de crack [79]. Dicho enfoque se centra en un conjunto de medidas para reducir las consecuencias negativas del uso de drogas, partiendo desde el uso más seguro de drogas, pasando por el uso controlado, hasta llegar a la abstinencia. La estrategia de reducción de daños se propone alcanzar al usuario de drogas en el lugar donde esté usándolas, para trabajar tanto las condiciones del uso como el uso de drogas en sí mismo [78]. El Marco Estratégico Regional del Caribe comenzó a dar prioridad al estudio de la relación entre el uso de crack no inyectable y la transmisión del VIH en 2005 y se ha incorporado como área estratégica para el período 2008-2012.

Las dificultades que provocan la segregación y la criminalización de las personas usuarias de droga ha requerido la participación de la sociedad civil. La coalición informal que se denomina Red de Redes, cuyo objetivo es que la acción de la sociedad civil articulada en diferentes redes tenga mayor impacto internacional, está integrada por diversas organizaciones internacionales y regionales de reducción de daños, como Intercambios Asociación Civil en Latinoamérica, la Coalición Caribeña de Reducción de Daños (*Caribbean Harm Reduction Coalition* o CHRC), la Asociación Internacional de Reducción de Daños y la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (*International Network of People Who Use Drugs* o INPUD), entre otras. Las redes de reducción de daños han considerado las brechas que existen entre la costo-efectividad de las acciones de reducción de daños y la falta de apoyo para desarrollarlas a mayor escala a nivel internacional. Una iniciativa reciente de esta coalición fue la presentación de un documento con recomendaciones para la Conferencia de Donantes en Reducción de Daños, que se celebró en Amsterdam en enero de 2009.

Acceso, asistencia y tratamiento para personas usuarias de drogas inyectables

En América Latina y el Caribe la mayor parte de los tratamientos para usuarios de drogas contemplados dentro de las políticas públicas están orientados al abandono del consumo. Los tratamientos de sustitución por metadona o buprenorfina existen casi de forma exclusiva en Puerto Rico y en México [80] (Tabla 2.4). En muy escasas ocasiones los gobiernos de la región han desarrollado sistemas de evaluación para conocer los resultados de los tratamientos por drogas y es casi inexistente la información acerca de cómo se garantiza la protección de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas mientras están recibiendo tratamiento en centros públicos o privados de la región [81].

Tabla 2.4: Países que apoyan medidas de reducción de daños en América Latina y el Caribe.

	Apoyo explícito a la reducción de daños en los documentos de las políticas públicas	Programas de distribución e intercambio de jeringas en desarrollo	Tratamiento de sustitución por opiáceos en desarrollo	Sitios de consumo controlado de drogas	Programas de intercambio de jeringas en prisiones	Tratamiento de sustitución por opiáceos en prisiones
AMÉRICA LATINA						
Argentina	X	X				
Brasil	X	X				
México	X	X	X			
Paraguay		X				
Uruguay	X	X				
CARIBE						
Puerto Rico		X	X			

Fuente: [30]

Las prácticas policiales represivas, que en algunas ciudades han inducido a la creación de “picaderos” (como en las ciudades de Ciudad Juárez y Tijuana, ambas en la frontera de México con Estados Unidos), son una barrera importante para expandir la prevención del VIH y acercar el tratamiento a las personas que se inyectan drogas [82]. Llamadas *shooting galleries* en inglés, suelen ser poco comunes en los países en los que los estimulantes representan el principal consumo inyectable.

Muchas personas usuarias de drogas y pequeños traficantes fueron encarcelados como producto de la “guerra contra las drogas” [83] y del incremento de la población carcelaria que se inició a partir de los años noventa en todos los países de

América Latina y el Caribe. La alta prevalencia del VIH y la presencia de UDI en las prisiones generan una cuestión clave para la salud pública [84, 85]. Las violaciones de los derechos humanos básicos, que suceden en las prisiones de todos los países de la región, se suman a la superpoblación carcelaria y a la falta de servicios preventivos, como la distribución de condones, o del tratamiento antirretroviral [82]. Aunque Brasil es el país que cuenta con el mayor número de programas de reducción de daños en la región, todavía un número muy escaso funciona en las prisiones del país [86, 87].

Desde fines de los años noventa se han desarrollado intervenciones preventivas dirigidas a usuarios de drogas inyectables y no inyectables en ALC, aunque muchos de los programas han sido poco sistemáticos, han tenido escasa cobertura y no se han replicado en la medida de lo necesario [24]. Los programas de intercambio de jeringas y otras iniciativas comunitarias los han desarrollado las agencias gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de base, con Brasil y Argentina liderando ese proceso en América Latina [57, 88, 89] (Tabla 2.4).

A pesar de la existencia de tratamiento antirretroviral en los países de América Latina y el Caribe, el acceso a terapia tardío al tratamiento es frecuente, en especial para los usuarios de drogas inyectables [90, 91]. Una de las principales barreras es la actitud negativa de los trabajadores de la salud hacia las personas usuarias de drogas, a quienes muchas veces se les considera "irresponsables en cuanto al cuidado de su salud" [92]. Aún con acceso universal al tratamiento antirretroviral, la adherencia al tratamiento sólo se conseguirá si estos servicios se acompañan con acceso a la asistencia psicológica, social y al tratamiento por uso de drogas [93].

Desafíos y recomendaciones

Un desafío muy importante para la región de América Latina y el Caribe es conseguir un mejor acceso de las personas usuarias de droga inyectable y de drogas no inyectables a los recursos preventivos y a la asistencia en salud, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis, de la tuberculosis y del VIH.

Otro desafío es la necesidad de desarrollar información estratégica de forma sistemática. Esta información permitiría establecer comparaciones y desarrollar tendencias para documentar las intervenciones de reducción de daños dirigidas a personas usuarias de drogas y su impacto en la prevención de infecciones de transmisión sanguínea y sexual. Sistematizar y difundir el conocimiento aprendido de las epidemias del VIH entre UDI de los centros urbanos más afectados en la región puede ser muy útil para prevenir epidemias similares en otros países de América Latina y el Caribe.

Un desafío fundamental para la sociedad civil es fomentar que las agendas de los gobiernos contemplen los efectos negativos en la salud pública de la legislación relacionada con la "guerra contra las drogas" y que articulen políticas públicas de las áreas de salud con las de las áreas de justicia y seguridad. Las políticas de control de la oferta y de la demanda de drogas que promueven las agencias multilaterales requieren aún de mayor armonización con los principios de salud pública y de derechos humanos.

Para acercar a los usuarios de drogas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es necesario que la estrategia de reducción de daños reciba mayor asistencia de los donantes de fondos dedicados al VIH, quienes en la actualidad destinan sólo el 1% del total de esos fondos. Se trata de una condición necesaria para aumentar el impacto y el alcance de las organizaciones de base comunitaria y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que desarrollan programas focalizados y llegan a poblaciones de usuarios de drogas todavía muy acotadas.

A fin de alcanzar las metas de los acuerdos internacionales en relación con la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe, estas recomendaciones son prioritarias:

1. Identificar y describir el impacto de los cambios económicos y sociales en los cambios de comportamiento para la transmisión de infecciones y, más importante aún, analizar cuáles son las intervenciones más apropiadas para evitar su propagación en la región. Para tal fin se debería favorecer la cooperación entre grupos de investigación, funcionarios del gobierno y activistas para diseñar estudios multicéntricos que monitoreen de forma periódica las prácticas de riesgo en el uso de drogas en diferentes grupos vulnerables.
2. Expandir y favorecer la colaboración entre equipos que desarrollan programas de reducción de daños de diferentes países de la región.

3. Promover la capacitación y la abogacía con las áreas gubernamentales de salud, seguridad y derechos humanos para incorporar el enfoque de la reducción de daños en las políticas públicas. Para ello se requiere favorecer procesos de capacitación e intercambio entre diferentes áreas de gobierno encargadas de los problemas relacionados con las drogas, en especial sobre los efectos negativos de la criminalización de las personas usuarias de drogas.
4. Incentivar el debate de las políticas de control de la oferta y de control de la demanda de drogas tendiente a generar políticas más integradas y coherentes a fin de garantizar el acceso a la salud de los usuarios de drogas.
5. Incrementar los esfuerzos para mejorar el acceso de los usuarios de drogas, de sus parejas y de sus hijos a la prevención y asistencia del VIH y la hepatitis y a la obtención de los recursos sociales necesarios para acompañar los procesos de adherencia a los tratamientos, incluyendo en particular a los usuarios de drogas privados de su libertad. Es necesario dedicar mayores esfuerzos entre actores gubernamentales y no gubernamentales para desarrollar medidas de reducción de daños asociados al consumo de drogas tanto en las instituciones carcelarias como en otras instituciones de encierro de la región.

Agradecimientos

Agradezco en particular las sugerencias para este capítulo de Graciela Touzé, Pablo Cymerman, Marcelo Vila, Gonzalo Ralón y Francisco I. Bastos, así como los comentarios de las y los organizadores y revisores de esta publicación.

Referencias

1. Wodak A, McLeod L. **The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users.** *AIDS* 2008,22 Suppl 2:S81-92.
2. Bravo MJ. **Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas. Manual para profesionales de la salud.** Washington D.C.: Spanish Agency of International Cooperation, Ministry of Health of Spain, Pan American Health Organization; 2004.
3. Friedman SR, Curtis R., Neaigus A., Jose B., Des Jarlais D.C. **Social Networks, Drug Injectors' Lives, and HIV/AIDS.** New York: Kluwer/Plenum; 1999.
4. Normand J, Vlahov D, Moses L. **Preventing HIV transmission: The role of sterile needles and bleach.** Washington, D.C.: National Academy Press; 1995.
5. Stimson G, Des Jarlais D, Ball A. **Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses.** Geneva: World Health Organization; 1998.
6. WHO. **Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector.** Available at: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Donoghoe MC, Verster A, Pervilhac C, Williams P. **Setting targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (IDUs): towards consensus and improved guidance.** *Int J Drug Policy* 2008,19 Suppl 1:S5-14.
8. UNAIDS. **Usuarios de drogas inyectables.** Available at: <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/InjectDrugUsers/default.asp>; 2008.
9. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009.** Geneva: World Health Organization; 2009.
10. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling-up priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector. Progress Report 2008.** Geneva: World Health Organization; 2008.
11. Friedman S, Rossi D, Phaswana-Mafuya N. **Globalization and interacting large-scale processes and how they may affect the HIV/AIDS epidemic** In: *HIV/AIDS: Global Frontiers in Prevention/Intervention*. Edited by Pope C, White R, Malow R. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2009:491-499.
12. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. **The social structural production of HIV risk among injecting drug users.** *Soc Sci Med* 2005,61:1026-1044.
13. Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlis TE, Stimson G, Poznyak V. **HIV risk behaviors among female IDUs in developing and transitional countries.** *BMC Public Health* 2007,7:271.
14. Cruz MF, Mantsios A, Ramos R, Case P, Brouwer KC, Ramos ME, et al. **A qualitative exploration of gender in the context of injection drug use in two US-Mexico border cities.** *AIDS Behav* 2007,11:253-262.
15. Hacker MA, Friedman SR, Telles PR, Teixeira SL, Bongertz V, Morgado MG, Bastos FI. **The role of "long-term" and "new" injectors in a declining HIV/AIDS epidemic in Rio de Janeiro, Brazil.** *Subst Use Misuse* 2005,40:99-123.
16. Hacker MA, Leite I, Friedman SR, Carrijo RG, Bastos FI. **Poverty, bridging between injecting drug users and the general population, and "interiorization" may explain the spread of HIV in southern Brazil.** *Health Place* 2009,15:514-519.
17. Oliveira ML, Bastos FI, Telles PR, Hacker Mde A, Oliveira SA, Miguel JC, Yoshida CF. **Epidemiological and genetic analyses of Hepatitis C virus transmission among young/short- and long-term injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil.** *J Clin Virol* 2009,44:200-206.
18. Silva VN, d'Oliveira AF, Mesquita F. **Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis [Vulnerability to HIV among female injecting drug users].** *Rev Saude Publica* 2007,41 Suppl 2:22-30.
19. Tempalski B, McQuie H. **Drugscapes and the role of place and space in injection drug use-related HIV risk environments.** *Int J Drug Policy* 2009,20:4-13.
20. Young R, Friedman S, Case P, Asencio M, Clatts M. **Women injection drug users who have sex with women exhibit increased infection and risk behaviors.** *Journal of Drug Issues* 2000,30:499-523.
21. Caiaffa WT. **Incorporando los avances científicos a las políticas de drogas. Dilemas y posibilidades en la interacción e integración de las acciones de promoción, protección y restauración de la salud.** In: *Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Edited by Touzé G. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, University of Buenos Aires; 2008:91-98.
22. Farmer P. **AIDS as a global emergency.** *Bull World Health Organ* 2003,81:699.
23. Parker R. **The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health.** *Am J Public Health* 2002,92:343-346.
24. Rodríguez CM, Marques LF, Touzé G. **HIV and injection drug use in Latin America.** *AIDS* 2002,16 Suppl 3:S34-41.
25. Tempalski B, Friedman R, Keem M, Cooper H, Friedman SR. **NIMBY localism and national inequitable exclusion alliances: The case of syringe exchange programs in the United States.** *Geoforum* 2007,38:1250-1263.
26. Touzé G. **Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.** Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, University of Buenos Aires; 2008.
27. Youngers CA, E. R. **Drogas y Democracia en América Latina: El Impacto de la Política de Estados Unidos.** Buenos Aires: Biblos; 2005.
28. Aceijas C, Friedman SR, Cooper HL, Wiessing L, Stimson GV, Hickman M. **Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution.** *Sex Transm Infect* 2006,82 Suppl 3:iii10-17.

29. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, *et al.* **Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review.** *Lancet* 2008;372:1733-1745.
30. Cook C, Kanaef N. **Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-related HIV and Hepatitis C Epidemics.** London: International Harm Reduction Association; 2008.
31. García Abreu A, Nogueir I, Cowgill K. **HIV/AIDS in Latin American Countries. The challenges ahead.** Washington, D.C.: The World Bank; 2003.
32. PAHO. **LAC reported AIDS cases.** Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1609&Itemid=1409. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2009.
33. Castaño G. **Cocainas fumables en Latinoamérica.** *Adicciones* 2000;12:541-550.
34. Garibotto G, Calicchio L., Latorre L., Scarlatta L. **Mercado de pasta base de cocaína en Uruguay: Complejidad y prospectiva.** Available at: http://www.tni.org/detail_pub.phtml?know_id=34&username=guest@tni.org&password=9999&publish=Y. 2006.
35. Osimani ML, Latorre L. **Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y T. pallidum (sífilis) en usuarios de cocaína no inyectable.** Montevideo: IDES; 2003.
36. Rangugini V, Rossi D., Corda A. **Informe pasta base de cocaína.** Available at: http://www.tni.org/detail_pub.phtml?know_id=34&username=guest@tni.org&password=9999&publish=Y; 2006.
37. Caiaffa WT, Bastos FI, Freitas LL, Mingoti SA, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, *et al.* **The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects.** *Cad Saude Publica* 2006;22:771-782.
38. Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, Von Diemen L, Bumaguin DB. **HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil.** *Drug Alcohol Depend* 2006;82 Suppl 1:S109-113.
39. Inchaurrega S. **Drug use, harm reduction, and health policies in Argentina: obstacles and new perspectives.** *Clin Infect Dis* 2003;37 Suppl 5:S366-371.
40. Osimani ML, Guchin M. **Usuarios de drogas inyectables. Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por VIH, hepatitis B y hepatitis.** Montevideo: IDES; 2004.
41. Weissenbacher M, Rossi D, Radulich G, Sosa-Estani S, Vila M, Vivas E, *et al.* **High seroprevalence of bloodborne viruses among street-recruited injection drug users from Buenos Aires, Argentina.** *Clin Infect Dis* 2003;37 Suppl 5:S348-352.
42. Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, Ramos R, Fraga M, Perez SG, *et al.* **Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections.** *Drug Alcohol Depend* 2005;79:281-293.
43. Finlinson HA, Colón HM, Robles RR, Soto-López M. **An exploratory qualitative study of polydrug use histories among recently initiated injection drug users in San Juan, Puerto Rico.** *Subst Use Misuse* 2006;41:915-935.
44. Magis Rodríguez C. **Con el virus en las venas. Sida y drogas inyectables.** In: *Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.* Edited by Touzé G. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, University of Buenos Aires; 2008:233-244.
45. Ross T. **Using and dealing on Calle 19: a high risk street community in central Bogotá.** *Int J Drug Policy* 2002;13:45-56.
46. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. **Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action.** *AIDS* 2002;16 Suppl 3:S42-49.
47. McLean R. **Mobile populations, vulnerability, and HIV/AIDS in a Globalized World: The case of the English-Speaking Caribbean.** In: *HIV/AIDS: Global Frontiers in Prevention/Intervention.* Edited by Pope C, WRT, Malow R. New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2009:430-444.
48. Deren S, Kang SY, Colon HM, Andia JF, Robles RR, Oliver-Vélez D, Finlinson A. **Migration and HIV risk behaviors: Puerto Rican drug injectors in New York City and Puerto Rico.** *Am J Public Health* 2003;93:812-816.
49. Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P, Bronfman M. **Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37 Suppl 4:S215-226.
50. Strathdee SA, Lozada R, Ojeda VD, Pollini RA, Brouwer KC, Vera A, *et al.* **Differential effects of migration and deportation on HIV infection among male and female injection drug users in Tijuana, Mexico.** *PLoS ONE* 2008;3:e2690.
51. Bastos FI, Barcellos C, Lowndes CM, Friedman SR. **Co-infection with malaria and HIV in injecting drug users in Brazil: a new challenge to public health?** *Addiction* 1999;94:1165-1174.
52. Caiaffa WT, Osimani M.L., Martínez Peralta P., Radulich G., Latorre L., Muzzio E., Segura M., Chiparelli H., Russi J., Zocrato K.B.F., Rey J., Vázquez E., Cuchi P., Sosa Estani S., Rossi D., Weissenbacher M. **HIV and Hepatitis C virus among self declared non-injecting cocaine users (NICUs) in two countries in South America.** *XVI International AIDS Conference* 2006.
53. Des Jarlais DC, Arasteh K, Perlis T, Hagan H, Abdul-Quader A, Heckathorn DD, *et al.* **Convergence of HIV seroprevalence among injecting and non-injecting drug users in New York City.** *AIDS* 2007;21:231-235.
54. Gyarmathy VA, Neaigus A, Miller M, Friedman SR, Des Jarlais DC. **Risk correlates of prevalent HIV, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infections among noninjecting heroin users.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30:448-456.
55. Cohen H. **El alcoholismo en la región de las Américas.** In: *Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas.* Edited by Touzé G. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, University of Buenos Aires; 2008:61-71.

56. Pyne HH, Claeson M, Correia M. **Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean.** Washington, D.C.: World Bank; 2002.
57. Bastos FI, Caiaffa W, Rossi D, Vila M, Malta M. **The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America.** *Int J Drug Policy* 2007,18:99-106.
58. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ. **Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001,28:298-302.
59. Rossi D, Radulich G, Muzzio E, Naveira J, Sosa-Estani S, Rey J, et al. **Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina.** *Cad Saude Publica* 2008,24:965-974.
60. Vignoles M, Ávila MM, Osimani ML, de Los Angeles Pando M, Rossi D, Sheppard H, et al. **HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006,42:494-500.
61. Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K, Dourado I. **The Opening of South America's First Needle Exchange Program and an Epidemic of Crack Use in Salvador, Bahía-Brazil.** *AIDS and Behavior* 2001,5:51-64.
62. Blickman T. **Smokable cocaine and crack in Brazil: A quick scan of the market.** Available at: <http://www.tni.org/reports/drugs/brazilcrack.pdf>. 2006.
63. Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, Surratt HL, Inciardi JA, Kessler FH, et al. **Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil.** *AIDS Care* 2005,17 Suppl 1:S77-87.
64. Cleghorn FR, Jack N, Murphy JR, Edwards J, Mahabir B, Paul R, et al. **HIV-1 prevalence and risk factors among sexually transmitted disease clinic attenders in Trinidad.** *AIDS* 1995,9:389-394.
65. Gómez MP, Kimball AM, Orlander H, Bain RM, Fisher LD, Holmes KK. **Epidemic crack cocaine use linked with epidemics of genital ulcer disease and heterosexual HIV infection in the Bahamas: evidence of impact of prevention and control measures.** *Sex Transm Dis* 2002,29:259-264.
66. Hutchinson GA, Simeon DT. **HIV infection rates and associated factors in high risk patients admitted to a psychiatric hospital in Trinidad and Tobago.** *West Indian Med J* 1999,48:129-131.
67. Bastos FI, Lowndes CM, Castello-Branco LR, Linhares-de-Carvalho MI, Oelemann W, Bernier F, et al. **Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil.** *Int J STD AIDS* 2000,11:383-392.
68. Pechansky F, von Diemen L, Kessler F, Hirakata V, Metzger D, Woody GE. **Preliminary estimates of human immunodeficiency virus prevalence and incidence among cocaine abusers of Porto Alegre, Brazil.** *J Urban Health* 2003,80:115-126.
69. Montano SM, Sánchez JL, Laguna-Torres A, Cuchi P, Ávila MM, Weissenbacher M, et al. **Prevalences, genotypes, and risk factors for HIV transmission in South America.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005,40:57-64.
70. Oliveira ML, Yoshida CF, Telles PR, Hacker MA, Oliveira SA, Miguel JC, et al. **Trends in HCV prevalence, risk factors and distribution of viral genotypes in injecting drug users: findings from two cross-sectional studies.** *Epidemiol Infect* 2009:1-10.
71. Calleja JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. **Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region.** *AIDS* 2002,16 Suppl 3:S3-12.
72. UNAIDS. **2008 Report on the Global AIDS Epidemic.** Geneva: UNAIDS; 2008.
73. UNAIDS. **High Coverage Sites HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries. Case Studies.** Geneva: UNAIDS; 2006.
74. Friedman SR, Kippax SC, Phaswana-Mafuya N, Rossi D, Newman CE. **Emerging future issues in HIV/AIDS social research.** *AIDS* 2006,20:959-965.
75. Touzé G, Cattani H., Damin C. **Despenalización y Reducción de Daños. ¿Criminalización o abordaje desde la salud?** Buenos Aires: Asociación Civil Salud Ciudad and University Extension Secretariat of the School of Medicine of the University of Buenos Aires; 2008.
76. Bravo MJ, Mejía IE, Barrio G. **Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR). Herramientas básicas. Cuaderno 1: Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores, p. 79. Cuaderno 2: Manual de entrevista y aplicación del Cuestionario C-CODAR (VI-8) p. 68; Cuaderno 3: Cuestionario C-CODAR p. 113.** Available at: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/VIH_drogas.htm. Washington D.C.: Spanish Agency of International Cooperation, Ministry of Health of Spain, Pan American Health Organization; 2008.
77. Robles RR, Colón HM, Matos TD, Finlinton HA, Muñoz A, Marrero CA, et al. **Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users in Puerto Rico.** *Health Policy* 1998,45:209-220.
78. Caribbean Harm Reduction Coalition. Available at: <http://www.caribbeanharmreductioncoalition.htmlplanet.com>. 2009.
79. **Personal communication from Marcus Day.**
80. Gerlach R. **International Travel Regulations for Patients Participating in Drug Substitution Treatment: A guide designed to supply information on import regulations for substitute substances and on the possibilities of maintaining treatment abroad.** Available at: <http://www.indro-online.de/travreg.htm>. Münster, Germany: The Coordinating and Information Resource Center for International Travel by Patients Receiving Methadone and other Substitution Treatments for Opiate Addiction 2005.
81. Rossi D, Harris S, Vitarelli-Batista M. **The impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean In: At what cost? HIV and human rights consequences of the global "war on drugs".** New York: Open Society Institute - International Harm Reduction Development Program; 2009.

82. Miller CL, Firestone M, Ramos R, Burris S, Ramos ME, Case P, *et al.* **Injecting drug users' experiences of policing practices in two Mexican-U.S. border cities: public health perspectives.** *Int J Drug Policy* 2008,19:324-331.
83. Barrett D, Cook C, Lines R, Stimson G, Bridge J. **Harm Reduction and Human Rights. The Global Response to Drug-Related HIV Epidemics, Available at: <http://www.ihra.net/Assets/1407/1/GlobalResponseDrugRelatedHIV.pdf>.** London: International Harm Reduction Association; 2009.
84. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV. **HIV in prison in low-income and middle-income countries.** *Lancet Infect Dis* 2007,7:32-41.
85. UNODC, UNAIDS, WHO. **HIV and AIDS in places of detention. A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings, Available at: http://www.idpc.info/php-bin/documents/UNODC_HIVtoolkit_Dec08_EN.pdf;** 2008.
86. ABORDA. **Available at: <http://www.abordabrasil.org/>;** Associação Brasileira de Redutores de Danos; 2008.
87. Jurgens R, Ball A, Verster A. **Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison.** *Lancet Infect Dis* 2009,9:57-66.
88. Hacker MA, Malta M, Enriquez M, Bastos FI. **Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic.** *Rev Panam Salud Pública* 2005,18:303-313.
89. Rossi D, Goltzman P, Cymerman P, Touze G, Weissenbacher M. **Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome prevention in injection drug users and their partners and children: lessons learned in Latin America--the Argentinean case.** *Clin Infect Dis* 2003,37 Suppl 5:S362-365.
90. Bastos FI, Cáceres C, Galvao J, Veras MA, Castilho EA. **AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response.** *Int J Epidemiol* 2008,37:729-737.
91. Zala C, Rustad CA, Chan K, Khan NI, Beltran M, Warley E, *et al.* **Determinants of treatment access in a population-based cohort of HIV-positive men and women living in Argentina.** *Medscape J Med* 2008,10:78.
92. Rossi D, Pawlowicz M, Zunino Singh D. **Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud.** . Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil and United Nations Office on Drugs and Crime; 2007.
93. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. **Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review.** *Addiction* 2008,103:1242-1257.

Capítulo 3

Trabajo Sexual y VIH en América Latina y el Caribe: Retos y Respuestas

Introducción

Los trabajadores sexuales (TS) constituyen una población vulnerable a la infección por el VIH debido a sus prácticas de alto riesgo, que incluyen las relaciones sexuales sin protección, el uso de sustancias y el uso compartido de jeringas para la administración de drogas [1]. El riesgo al VIH entre las trabajadoras sexuales de sexo femenino (TSF) varía considerablemente según el tipo de trabajo sexual, cuyas diferentes categorías—resumidas en la Tabla 3.1—están básicamente definidas según el lugar de solicitación primario de las mujeres [2-4]. Por otra parte, los travestis constituyen una población de alto riesgo profundamente marginada en muchos países latinoamericanos, particularmente en Uruguay [5] y Brasil [6].

Tabla 3.1: Tipologías de trabajo sexual

Trabajadoras con base en burdeles	Éstas habitualmente constituyen la clase más baja de TSF (además de las TSF sin techo fármacodependientes [180]) y viven bajo el control de proxenetas y madames. La trabajadora sexual recibe clientes en un burdel y no solicita fuera del mismo.
Trabajadores callejeros	No cuentan con un lugar de operación fijo y buscan clientes en la calle u en otro lugar público.
Amas de casa y trabajadoras sexuales o casionales	No se identifican a sí mismas como TSF y realizan trabajo sexual a tiempo parcial, por lo general de forma secreta. La trabajadora sexual recibe clientes en su hogar y no sale para solicitar.
Acompañantes de sexo femenino o masculino	Se trata de trabajadores sexuales de altos ingresos contratados a través de servicios de acompañantes; pueden contactar a sus clientes por vía telefónica con la intermediación de agentes.
Intercambio de sexo por favores	Existe en todos los grupos sociales, desde los pobres a los ricos.
TSF con base en hoteles o moteles	Viven y solicitan a los clientes en un hotel o motel, a los cuales los clientes llegan solos o son llevados por proxenetas.
TSF con base en carreteras	Solicitan a sus clientes en las carreteras, por lo general se trata de conductores de camiones que realizan largas distancias.
TSF jóvenes	Chicas adolescentes traficadas de pueblos y pequeñas ciudades de todas partes del mundo y forzadas a trabajar como profesionales sexuales. Muchas veces sus familias necesitan ingresos extra para sobrevivir y, aunque reniegan de la profesión, aceptarán agradecidos el dinero percibido.

Se calcula que la industria sexual genera US\$20.000 millones o más por año en todo el mundo [8], 5.000 millones de los cuales se atribuyen a la prostitución infantil [9]. La industria se sostiene fundamentalmente por la pobreza y rentabilidad con ella asociadas [10]. La falta de apoyo socio-económico y político, el desempoderamiento, la violencia, el tráfico de drogas, la emigración, el prejuicio hacia las minorías raciales o étnicas, la pobreza, el bajo nivel educativo y otros factores tales como la religión y la cultura [11] empujan a las personas a participar en el trabajo sexual, en el uso de drogas y en otras prácticas que conllevan un alto riesgo de adquirir el VIH [12].

Esta revisión del trabajo sexual, sus tipologías, prácticas de riesgo y vulnerabilidades, prevalencia e intervenciones de prevención combina la búsqueda en bases de datos internacionales (Pubmed/Medline, Scopus, ISI-Web of Science) y regionales (SciELO, The Scientific Electronic Library Online y LiALCs, Latin American and Caribbean Health Sciences), así como la información de la literatura gris (informes regionales y nacionales). La información fue recabada realizando un examen

minucioso de los bancos de datos bibliográficos, resúmenes de conferencias y sitios web de instituciones y redes que trabajan sobre el sexo comercial, el uso indebido de sustancias y el VIH. La dificultad para obtener información indica que los gobiernos deben dedicar más recursos para mejorar la vigilancia y conducir investigaciones para determinar de modo preciso el número de personas afectadas así como los factores proximales y distales que desencadenan las epidemias a nivel local.

La función del trabajo sexual en el uso de drogas inyectables

Existe una relación bidireccional entre el sexo comercial y el uso abusivo del alcohol y de las sustancias ilícitas. Ciertas situaciones que determinan ganancias llevan al sexo de transacción—cuando las relaciones sexuales son intercambiadas por cualquier forma de rédito material o cuando se proveen drogas a cambio de sexo [13]. La mayor parte de las personas que se dedican al trabajo sexual comercial lo hacen en condiciones difíciles y manejan la ansiedad o la depresión asociada a las duras condiciones de vida y de trabajo abusando del alcohol o de las drogas ilícitas. Las personas propietarias de burdeles y proxenetas con frecuencia ganan dinero vendiendo alcohol o drogas en sus servicios y a veces lo proporcionan a sus empleados y empleadas para tornarlos dependientes de sustancias o para manejar conflictos entre clientes, propietarios de otros locales cercanos y policías corruptos. Este tipo de procedimiento para resolver problemas en realidad los agravan al exacerbar en lugar de minimizar los conflictos y al atraer a distribuidores de drogas y otros delincuentes a sus servicios.

Por último, pero no por ello menos importante, algunas personas adictas al alcohol o a las drogas venden sexo para obtener dinero extra para pagar el costo de sus prácticas con sustancias. En el caso de TS que también son usuarios de drogas, las relaciones sexuales sin protección con compañeros sexuales sucesivos realizadas por personas desesperadas por administrarse una droga y que comparten material de inyección aumenta de forma significativa el riesgo de adquirir o transmitir el VIH [14, 15]. Los trabajadores sexuales varones o mujeres que cobran menos dinero o que son adictos al alcohol y a las drogas presentan un mayor riesgo de contraer el VIH debido al bajo uso de condones, no sólo con sus clientes sino también con sus compañeros y compañeras estables [12, 16, 17].

Prostitución y turismo sexual infantil

La prostitución infantil implica ofrecer los servicios sexuales de un niño o niña o inducirle a realizar actos sexuales por cualquier tipo de compensación y abarca a todas las personas de menos de 18 años de edad —o de la edad legal correspondiente, de conformidad con lo definido por las legislaciones nacionales y locales. Es frecuente observar niños y niñas sin techo, fugados o abandonados, empujados a la prostitución y reclutados de forma activa por proxenetas o traficantes. Algunos países de ingresos bajos y medios son conocidos como destinos de turismo sexual a los que se viaja con el único objetivo de mantener relaciones sexuales y son una causa significativa de prostitución sexual. En casos menos frecuentes, las familias regalan o venden a sus niños o niñas a la prostitución para percibir un ingreso [10]. En México, los informes de los departamentos de servicios sociales revelan que hay más de 16.000 trabajadores sexuales infantiles y la mayor parte se concentran en los destinos turísticos [18].

El turismo sexual es una industria que mueve miles de millones de dólares y sostiene una importante fuerza laboral a nivel internacional. Si excluimos a los acompañantes que trabajan para las agencias de élite, la mayor parte de los trabajadores sexuales sufren de marginación, violencia y enfermedad [14, 19]. El turismo sexual se ha establecido en áreas donde las leyes son menos restrictivas y la vigilancia estatal es deficiente o está ausente [20]. La desigualdad social y económica y las iniciativas estatales para estimular el turismo pueden crear condiciones para el surgimiento del turismo sexual. Brasil está considerado como el punto caliente del turismo sexual en la región, pero países centroamericanos tales como Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Honduras y Nicaragua muestran un crecimiento reciente de su mercado de turismo, que ha llevado a la creación de empleo y propiciado la emigración desde las áreas rurales a las principales ciudades [14, 19, 20]. En estudios realizados en el sur de Brasil y en el norte de México, los investigadores han encontrado que el trabajo sexual con clientes que pueden pagar más dinero por sus servicios es frecuente en las mujeres que realizan trabajo sexual para ganar dinero extra [1, 21]. Con el incremento del turismo sexual, muchas mujeres de la región de América Latina y el Caribe han emigrado a Europa para participar en la prostitución. Un estudio de la prevalencia del VIH realizado en 118 TS emigrantes de Colombia y República Dominicana que vivían en Catania, en el sur de Italia, encontró una baja seroprevalencia del VIH, probablemente debida al uso sostenido de condones con sus clientes italianos [22].

Tráfico de trabajadores y trabajadoras sexuales migrantes

En base a las fuentes de Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud calcula que cada año se trafican a entre 600.000 y 800.000 personas a través de las fronteras internacionales, sin incluir a las personas que se trafican dentro de su propio país [23]. La falta de oportunidades laborales en América Latina y el Caribe ha favorecido una ola de migración a los centros urbanos, a destinos turísticos y a los Estados Unidos en busca de mejores condiciones de vida. Dado que los emigrantes varones y mujeres sin educación formal tienen menos oportunidades laborales bien pagadas, muchos de ellos recurren al trabajo sexual como una forma de ganar dinero y poder enviar remesas a sus lugares de origen para mantener a sus familias.

La emigración a los Estados Unidos debida a presiones económicas incluye a ciudadanos de México, Centroamérica y Sudamérica que deciden realizar el arduo viaje al norte de México para intentar cruzar la frontera a Estados Unidos por zonas remotas no vigiladas. A lo largo de ese viaje al norte, los y las emigrantes usan con frecuencia los servicios de trabajadores y trabajadoras sexuales y los que no cuentan con suficientes recursos económicos suelen vender sexo a cambio de dinero o productos. Los coyotes, como se los conoce en México, son personas que se ocupan del negocio de transportar o traficar migrantes a través de las fronteras. Estos transportadores a veces trabajan para mafias del comercio sexual que engañan a los emigrantes garantizándoles un empleo seguro y albergue cuando lleguen a destino. Al llegar, muchos de estos y estas emigrantes—en especial las mujeres—encuentran que sus documentos han sido retenidos y se ven obligadas a realizar trabajo sexual para pagar su salida. La transmisión del VIH ocurre en este contexto de pobreza y condiciones de estrés. Durante mucho tiempo las políticas de prevención han descuidado la situación de estos y estas emigrantes, la mayor parte de los cuales pertenecen a minorías étnicas, y las duras condiciones de vida que enfrentan durante su periplo [24].

México

Las comunidades empobrecidas involucradas en la migración pendular entre Centroamérica y Estados Unidos tienen un impacto sobre la economía y la política de México así como en sus sectores social y de salud [25]. En ciudades como Tijuana, en la frontera del norte, la migración es un motor importante del desarrollo de estas ciudades y plantea un reto a la clase política, a la sociedad y a las y los funcionarios del sector de salud. Debido a la localización estratégica de Tijuana, muchas drogas tales como la cocaína, la heroína, la metanfetamina y la marihuana son de fácil acceso y es posible comprar una dosis por US\$5. La movilidad bidireccional sumada al incremento en la prevalencia del VIH en las TS, las TSF-UDI y las UDI a lo largo de la frontera son algunos de los desafíos que enfrentan las autoridades de salud de México [26].

La mayor parte de los usuarios de drogas son emigrantes rechazados por la sociedad. Muchos de estos usuarios de drogas son deportados de los Estados Unidos, se encuentran en las calles de una tierra extranjera y son presionados para realizar trabajo sexual comercial o con drogas para ganarse la vida. Muchas mujeres que trabajan en la Zona Roja—el distrito rojo casi legal de Tijuana— han emigrado de los estados sureños de México para trabajar en la industria sexual. La mayoría de ellas llevan una vida secreta y dicen a sus familias que trabajan en una maquiladora (planta de ensamblado), cuando en realidad pueden ganar más dinero vendiendo sexo, en especial con la entrada de turistas de Estados Unidos.

En el período 1985-1990 se encontró que la prevalencia del VIH en las TSF mexicanas era del 0,9%, comparado con 0,3% en 1991-1996, mientras que en los trabajadores sexuales de sexo masculino (TSM) la prevalencia era de 10,2 y de 13,6%, respectivamente [27]. Estas tasas relativamente bajas para las TSF enmascaran diferencias regionales. En el norte de México, donde la epidemia está estimulada por una combinación de sexo transaccional y uso de drogas, en especial a lo largo de la frontera, la prevalencia durante el mismo período es más alta. En el sur de México, sin embargo, donde la epidemia ha estado favorecida por la transmisión homosexual y bisexual y por relaciones sexuales sin protección entre hombres y mujeres, en especial en comunidades descuidadas, la prevalencia es menor [28, 29].

La prevalencia del VIH en 2006 fue del 6% en las TSF en Tijuana y de 16% en UDI que viven en las ciudades fronterizas de Tijuana y Ciudad Juárez, cifras notablemente más altas que la prevalencia nacional en México del 3,9% en UDI [30]. Una evaluación de la superposición entre UDI y trabajo sexual realizada en estas dos ciudades indicó que el 52,6% de las TSF se inyectaban drogas usando una jeringa no estéril, el 73,7% informaron pasar su jeringa a otra persona y el 70,3% habían compartido parafernalia. La prevalencia del VIH en las TSF-UDI del 12% fue más del doble con respecto al 5% observado en las TSF que no se inyectan drogas [1].

Una gran preocupación se generó por los hallazgos obtenidos en un estudio multicéntrico con 924 TSF de Tijuana y Ciudad Juárez que incluyó una intervención comportamental para aumentar el uso del condón. Doce por ciento de las TSF se habían inyectado drogas el mes anterior, el 14% siempre usaron drogas antes o durante las relaciones sexuales, el 73% informaron tener clientes usuarios de drogas, el 32% de los clientes también eran UDI y el 90% de las TSF informaron que otros compañeros o compañeras de trabajo usaban drogas o alcohol con sus clientes [1, 31]. Un estudio cualitativo con 25 TSF realizado en Tijuana encontró que conocían bien el tema del uso del condón pero que el incentivo económico era su motivación más fuerte para no utilizarlo [32].

El Caribe

Las relaciones sexuales sin protección entre los TS y sus clientes son un factor clave en la transmisión del VIH en el Caribe. El uso del alcohol y de las drogas no inyectables, en particular el crack, están aumentando [33] y las poblaciones de HSH contribuyen de forma significativa a la transmisión elevada del VIH [33, 34]. Los contextos en los cuales se desarrollan las epidemias en el Caribe están por lo general configurados por la pobreza extrema, el desempleo, la desigualdad en materia de género y el estigma asociado al sida.

Sobre un total estimado de 100.000 TSF en República Dominicana, la prevalencia de la infección por el VIH varió entre el 2,5 y el 12,4% [35]. En 2005, la prevalencia del VIH en TS registrados y registradas en la ciudad capital de Santo Domingo era de 3-4%. Se piensa que esta prevalencia relativamente baja es consecuencia de los esfuerzos liderados por instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONGs) que promueven el uso consistente de condones y las intervenciones dirigidas a TS acerca de las relaciones sexuales más seguras [34, 36]. Un estudio realizado durante el período 1996-1997 en los tres puertos principales de República Dominicana—Las Américas (en Santo Domingo), Puerto Plata y Punta Cana—, encontró que, sobre un total de 381 TSF, más del 75% habían completado menos de nueve años de educación formal. La mayor parte de las TSF indicaron haber tenido una iniciación sexual temprana, abuso y prostitución infantil. Se encontraron valores elevados de uso consistente de condones y el 95% de las participantes indicaron el uso de condones con sus últimos cinco clientes. Sin embargo, el 60% reportó contar con un compañero habitual, de las cuales el 48% dijeron no usar condones con sus compañeros [20]. De forma similar, una evaluación realizada en Santo Domingo con 258 TSF y 278 clientes de sexo masculino que pagaban por servicios sexuales encontró el uso escaso de condones en las TSF cuando la relación era percibida como íntima [37].

Las intervenciones estructurales que tienen como objetivo a las TSF incluyen iniciativas que tratan el estigma, los cambios de políticas para ofrecer protección a los TS—implementadas en la ciudad de Puerto Plata— e intervenciones comunitarias dirigidas a mejorar las aptitudes para prevenir la transmisión de la infección por el VIH, apoyo social y responsabilidad colectiva. Los cambios de políticas que incluyen un componente de solidaridad comunitaria también están asociadas con mayores niveles de prácticas con protección y una reducción pronunciada de la prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los y las TS, en comparación con las intervenciones que no incluyen un componente de cambio de políticas [38]. El análisis posterior mostró que las intervenciones que combinan el desarrollo comunitario y el cambio de políticas eran más rentables que las otras [39]. Un buen ejemplo de una intervención exitosa es la campaña de “100% de uso del condón”, a la cual se le han atribuido tasas bajas de infección por el VIH en Santo Domingo [23].

Aunque la incidencia del VIH en Cuba ha aumentado en los últimos años, la epidemia sigue siendo la más pequeña en el Caribe [40]. En Cuba prácticamente no hay usuarios de drogas inyectables, pero se ha reportado el uso desmedido de alcohol y sustancias ilícitas en el contexto de una industria de turismo sexual próspera, fomentada por el colapso económico y por la introducción de una economía de doble registro que utiliza pesos cubanos por un lado y pesos convertibles por el otro. Muchas mujeres han abandonado sus empleos habituales en los últimos años para formar parte de la industria sexual favorecida por las divisas [41]. La marginación de los HSH y de las personas transgénero que con frecuencia se dedican a las relaciones sexuales comerciales ha resultado un obstáculo para la prestación de intervenciones dirigidas y contribuye para que dichas poblaciones se mantengan alejadas de los servicios de salud a pesar de que la atención se brinda en forma gratuita. Las estrategias adoptadas por Cuba para detener la epidemia incluyen la movilización de los grupos de HSH y personas transgénero con el fin de sensibilizarlos acerca de la importancia de prevenir el VIH y otras ITS. A pesar de que la intolerancia de las minorías sexuales sigue siendo un problema, las autoridades sanitarias han logrado sensibilizar a los tomadores de decisiones sobre los asuntos de diversidad sexual y se han realizado esfuerzos para incorporar a los HSH y personas transgénero en los servicios de salud y actividades de promoción [40].

Centroamérica

Belice es el país con la mayor prevalencia de VIH de Centroamérica, con una tasa en adultos del 2,1% [34]. Se han recogido datos del VIH y otras ITS en TS y HSH, pero siguen siendo fragmentados y no están actualizados [42]. La presencia importante de pandillas o maras es uno de los factores relevantes que deben ser descritos. Los miembros de las pandillas realizan prácticas de alto riesgo tales como el uso de drogas y prácticas sexuales como por ejemplo compartir una mujer entre varios miembros de una pandilla y forzarla a intercambiar sexo para poder sobrevivir. El uso del condón es poco frecuente en estos grupos, en los que predomina el machismo. El programa “Jóvenes para el futuro”, que recibe fondos estatales y está apoyado por la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), trabaja con la comunidad y miembros de las pandillas en la ciudad de Belice y ha estado promoviendo el uso del condón y distribuido condones y material educativo de forma gratuita [43]. Otro proyecto de prevención desarrollado por la Asociación del Caribe para Investigación y Acción Feministas (Caribbean Association for Feminist Research and Action, CAFRA) dirigido a TS de Belice, logró aumentar el acceso a los servicios de salud y modificar las actitudes de los grupos interesados y crear estrategias más incluyentes de prevención del VIH [44]. Aunque el informe de CAFRA incluye entrevistas con TS, el documento no brinda datos de prevalencia del VIH.

En Belice se han ejecutado diferentes iniciativas de prevención que incluyen programas de extensión que promueven cambios de comportamiento, programas educativos y programas para incrementar el acceso a pruebas y asesoramiento. Las intervenciones financiadas por la Organización Panamericana de Mercadeo Social (Pan American Social Marketing Organization, PASMO) han aumentado el acceso a servicios de salud de menor costo mediante la aplicación de programas educativos junto con intervenciones conductuales para TS. En 2007 más de 300 TS de Belice participaron en actividades ofrecidas por la organización. Otras áreas con las que trabaja PASMO incluyen el empoderamiento, la consejería por pares, la mejora de las relaciones de género y las aptitudes para la negociación sexual [45]. A pesar de la campaña nacional —“Conozca su estatus VIH, hágase la prueba hoy”—que incluye el acceso gratuito a las pruebas de detección y tratamiento antirretroviral, el estigma y la discriminación asociados al sida siguen predominando, incluso dentro del sector salud, y constituyen un obstáculo para que las personas con VIH busquen atención médica [42].

En Panamá, un informe que resume los hallazgos del Monitoreo de la Pandemia de Sida (Monitoring the AIDS Pandemic, MAP) y la Red Epidemiológica del VIH/sida en América Latina y el Caribe (EpiNet) encontró una prevalencia relativamente baja del VIH en más de 4.000 TSF, con variaciones entre el 0,3 y el 0,9% en 1997 [46]. Otro estudio con TSF de cinco países diferentes de América Latina, incluyendo dos de Panamá—Ciudad de Panamá y Colón—encontró una prevalencia del VIH en TSF de 0,2% [47]. En Costa Rica, el mismo estudio MAP-EpiNET informó tasas bajas de infección por el VIH en mujeres de la población en general y en las TSF en 1997. La tasa de infección para mujeres embarazadas y TSF en San José, la capital, fue de aproximadamente 0,25% [46]. En 2006 la prevalencia permaneció baja, en torno a 0,2% [34]. La interpretación longitudinal de estas cifras está dificultada por la falta de información adicional acerca del grado de representatividad de las muestras y la baja fiabilidad de las diversas encuestas [48].

Los y las TS y los HSH son las poblaciones más vulnerables al VIH en Nicaragua. Se estima una prevalencia del VIH cercana al 1% entre las TSF y los lugares más afectados son Managua—la capital—y Chinandega [49]. Un ensayo controlado y aleatorizado que comparó dos estrategias para promover el uso del condón durante las relaciones sexuales comerciales y no comerciales que tienen lugar en moteles encontró que era más probable su uso cuando estaban disponibles en las habitaciones. La entrega directa de condones a las parejas fue efectiva en el contexto de las relaciones sexuales comerciales y menos en las no comerciales. De forma paradójica, los condones que se pusieron a disposición junto con material didáctico fueron menos—y no más—utilizados en el contexto de las relaciones sexuales comerciales y no tuvieron ningún efecto en las no comerciales, en comparación con la distribución de condones solos [50].

En 2003, la prevalencia de la infección por VIH en El Salvador fue del 16% en los TS callejeros en San Salvador, la capital, y en Puerto de Acajutla, el principal puerto del país. El estigma y el acceso limitado al tratamiento antirretroviral siguen siendo un obstáculo para la prevención y la atención integral del VIH [51]. En Guatemala los TS y HSH son las poblaciones más vulnerables al VIH y representan el 36% del número total estimado de personas con sida en 2005. La prevalencia del VIH en TSF y TSM es de aproximadamente 5% y se han notificado cifras de 4% en los y las TS de burdeles, en comparación con 15% en los y las TS callejeros [52].

Honduras tiene la prevalencia más alta del VIH entre las TSF de la región de América Latina y el Caribe. En un estudio realizado en cinco países que incluyó a las ciudades de Puerto Cortés—el principal puerto del país—y San Lorenzo—en el Océano Pacífico—encontró una seroprevalencia del VIH en las TSF del 9,6%, a pesar de que la proporción de TSF de

Honduras que asistieron a servicios de consejería y pruebas de detección y recibieron los resultados fue la más alta de los cinco países participantes [47]. En Tegucigalpa—la capital —la prevalencia mediana fue de 8 a 9% en 2001, mientras que en San Pedro Sula—ciudad de tamaño medio en el noroeste cerca del mar Caribe—se notificó una prevalencia del 13% durante el mismo año. En 2003, se calculó una prevalencia nacional en TS del 9,7% [53, 54]. Los programas educativos y de prevención dirigidos a las poblaciones vulnerables como los garífuna—que pueblan Honduras, Guatemala, Belice y Nicaragua y se encuentran dispersos a lo largo de otras zonas de América Central y de América del Norte [53, 54]—se han puesto en práctica con la ayuda de una serie de ONG, iglesias, centros educativos y el sector privado [54, 55]. Honduras logró crear una propuesta exitosa y recibió fondos del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para detener la epidemia en los y las TS, los HSH, los garífuna, las personas privadas de libertad y los jóvenes. PASMO presta apoyo a las intervenciones que fomentan el cambio de comportamiento y las comunicaciones [53, 54].

Región Andina

Los países andinos tienen epidemias urbanas concentradas entre HSH [34]. Venezuela parece estar menos afectada por la epidemia del VIH que otros países de América Latina, pero esto puede deberse a la escasez de datos [46, 53]. Un estudio realizado en 1992 en Caracas, la capital, encontró que el 6% de los y las trabajadores sexuales dieron resultados positivos a la prueba del VIH, mientras que en 1994 no se encontró ningún caso de sida en trabajadores sexuales de Caracas. A pesar de ser de importancia vital, muchas de estas encuestas no se han actualizado. Por otra parte, a inicios de la década de los 90, el 4% de los trabajadores callejeros de la isla Margarita, en el Caribe, dieron resultado positivo a la prueba del VIH, un aumento en comparación con la falta de evidencia previa de infección por el VIH en trabajadores sexuales registrados [56]. La información de vigilancia en Venezuela sólo ha sido notificada para la población en general y las personas privadas de libertad. El Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida 2008 de ONUSIDA no publicó ningún dato actualizado sobre la prevalencia del VIH en los HSH o en las TSF [34], lo cual dificulta la ejecución de programas de prevención proyectados en base a la evidencia.

En Colombia, la escasez de datos de prevalencia e incidencia es un obstáculo para la estimación precisa de la epidemia [57]. En la capital, Bogotá, la vigilancia centinela durante el período 2000-2002 notificó una prevalencia del VIH en TSF de 0,7–0,8% [53]. Un pequeño estudio realizado en Montería—la capital del departamento norteño de Córdoba—evaluó a 69 TSF y encontró que la mayor parte eran de bajo nivel educativo, baja condición socio-económica, e indicaron la existencia de violencia y abuso sexual dentro de sus propias familias. En una encuesta realizada en 2007, la proporción de TS estudiados para VIH en todo el país durante los 12 meses anteriores y que habían recibido sus resultados fue del 85% para las TSF y 71% para los TSM. En la misma encuesta la proporción de trabajadores sexuales varones y mujeres que informaron uso de condones con su cliente más reciente fue del 97 y del 82%, respectivamente [34]. El sistema de salud colombiano presenta debilidades que dificultan el acceso a la atención en salud, en particular en las poblaciones marginales que no cuentan con una identificación apropiada ni un empleo formal y al menos el 14% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro [58]. Algunas personas con VIH se han negado a utilizar los servicios de salud por considerarlos ineficientes o estigmatizantes. Las poblaciones vulnerables en Colombia incluyen a los HSH, los y las TS y las personas desplazadas por el conflicto armado, incluyendo a grupos indígenas, personas afrodescendientes y campesinos [59].

En Santa Cruz, la capital de Bolivia, un estudio realizado en 1998 con más de 1.000 TS encontró que el 0,3% tenía VIH [46]. Los camioneros son considerados poblaciones puente ya que utilizan los servicios de TS en diversos lugares a lo largo de su viaje, facilitando en potencia la transmisión del VIH y otras ITS. Un estudio realizado en Santa Cruz en 2002 con 246 camioneros varones encontró que el 31% nunca usaron condones, el 57% los habían usado pero no recientemente y el 43% los habían usado durante el últimos mes. Los participantes del altiplano boliviano presentaban una mayor probabilidad de no haber utilizado condones nunca, en comparación con los participantes de las tierras tropicales de Bolivia. Sólo el 37% indicaron el uso de condones con sus parejas habituales [60], lo cual apoya el argumento según el cual los camioneros bolivianos juegan un papel de puente entre sus parejas habituales y la población en general, a pesar de que supuestamente están comprometidos en una relación mutuamente monógama. Las intervenciones dirigidas a los camioneros y a TS son esenciales en el esfuerzo de frenar la propagación de la epidemia.

Un estudio evaluó un total de 1.845 TSF en Argentina, Bolivia, Ecuador y Uruguay durante el período 1999-2002. Treinta y cuatro sobre un total de 37 TSF diagnosticadas con VIH no eran inmigrantes y la prevalencia global del VIH entre las TSF inmigrantes fue de 1,6% [0.3-4.7]. Los investigadores encontraron que las TSF inmigrantes de Ecuador y Uruguay tenían una

mayor probabilidad de utilizar drogas ilícitas, mientras que en Argentina las TSF no inmigrantes tenían una mayor probabilidad de utilizar drogas. En Bolivia, el número de TSF inmigrantes fue demasiado bajo, lo cual impidió análisis posteriores [61].

En el Perú, la epidemia permanece concentrada en las áreas urbanas principales, particularmente en la capital, Lima. La prevalencia reportada en las TSF de Lima a fines de los años noventa fue del 1,6%, en comparación con 0,6% en el resto del país [46]. La transmisión del VIH en el Perú ocurre primariamente en los HSH, aunque los TSM son un grupo relevante en la transmisión del VIH [62-65]. En un estudio realizado en Lima en 2007 con 129 TSM se encontró una alta prevalencia de ITS, y el 92% de participantes informaron que los clientes les pedían que no usaran condones durante las relaciones sexuales [62]. Un segundo estudio realizado con 1.206 TSM encontró que presentaban una edad media de 26,6 años, una frecuencia de uso de condones con su último cliente del 54,4% y que el 41,8% nunca se habían realizado la prueba del VIH. Estos estudios recalcan la relevancia de los TSM en la propagación del VIH y las ITS a la comunidad de HSH y a la población en general debido a la alta frecuencia de relaciones sexuales sin protección tanto con compañeros varones como mujeres [64].

En Ecuador, el trabajo sexual cuenta con estatuto legal, lo cual ha estimulado la inmigración de TSF de otras partes de América del Sur, fundamentalmente de países vecinos como Colombia y Perú [61]. Al igual que en Tijuana (México), en Ecuador se exige que las TSF sean estudiadas de forma periódica para detectar el VIH y otras ITS [31]. Se ha encontrado que las TSF inmigrantes tienen una mayor probabilidad de trabajar en la calle y un mayor consumo de drogas ilícitas en comparación con las no inmigrantes [61]. Se piensa que la seroprevalencia del VIH en las TSF es de alrededor del 2% en las ciudades principales, pero existen pocos datos [66, 67].

Brasil

En los primeros años de la epidemia del VIH en Brasil, las poblaciones más afectadas eran los HSH y las personas que recibían productos sanguíneos o transfusiones. Desde mediados de los años ochenta la epidemia aumentó entre los UDI, pero desde mediados de los años noventa el contacto heterosexual ha sido la causa principal de transmisión. La zona franca del Mercosur ha configurado los modelos de migración en Brasil [68]. Aunque el Mercosur se creó en torno al comercio legal, el incremento en la movilidad de las personas también ha estimulado las actividades ilegales, tales como el trabajo sexual y el tránsito de drogas ilícitas [69]. Además de los esfuerzos de brindar tratamiento antirretroviral gratuito, el gobierno brasileño—conjuntamente con diferentes ONG que incluyen a poblaciones gay y lesbianas, TSF y grupos de travestis—ha contribuido de manera significativa a la respuesta al VIH mediante la ejecución de actividades de prevención innovadoras. A pesar de que se requieren realizar más esfuerzos, las campañas del Brasil para prevenir el estigma y la discriminación vinculados con el sida han sido exitosas.

Brasil es uno de los destinos turísticos más importantes del mundo, con el pico de la temporada durante el Carnaval en febrero. Brasil también cuenta con grandes puertos como Santos—el puerto más grande de América Latina—y Río de Janeiro, donde prospera el turismo sexual y el tráfico de drogas. En 1996, un estudio con 697 TSF realizado en la ciudad de Santos encontró que la mayor parte de las mujeres que trabajaban en la calle tenían un bajo nivel educativo y que el 6,5% eran analfabetas. Los hallazgos referidos al uso de condones y al consumo de drogas fueron preocupantes: el 13% de las TSF acordaron mantener relaciones sexuales sin protección cuando necesitaban el dinero, el 16% de las mujeres utilizaban marihuana, el 13% inhalaban cocaína y el 6,6% habían fumado crack al menos una vez el mes anterior. La prevalencia más alta del VIH correspondió a las TSF analfabetas, con 7%. Este estudio de 1996 también encontró que las TSF usuarias de drogas tenían menos probabilidad de utilizar condones y habían tenido más encuentros sexuales, posiblemente para pagar su consumo de drogas. Las TSF usuarias de crack habían comenzado a mantener relaciones sexuales a edades más tempranas y ganaban ingresos en promedio más bajos que las no usuarias de crack [70]. Un estudio realizado en la misma ciudad en 2005-2006 con 175 TSF utilizando un muestreo a partir de las personas entrevistadas (respondent-driven sampling o RDS) encontró que el 27% de las personas entrevistadas usaban condones de forma irregular y una presentaban una prevalencia general del VIH del 5,7% [71].

Un estudio realizado en Manaus, en el Amazonas, en 2005-2006 con 154 TSF encontró una prevalencia del VIH del 2,6%. El 36,3% de TS con pareja estable informaron siempre haber usado condones con su pareja, el 25,2% siempre utilizaban condones con compañeros eventuales y el 88,8% habían utilizado condones durante su última relación sexual [72]. Otro estudio realizado en la misma ciudad y año con 114 TSF notificó una prevalencia del VIH de un 3,0% [73].

En Espírito Santo, en el sudeste de Brasil, se realizó un estudio en 1998 con 180 TSF encontró que el 31,1% de las personas entrevistadas siempre usaban condones, el 52,0% los usaban a veces y el 16,7% nunca los usaban [74]. Un estudio realizado

en 2003-2004 en Santa Catarina, en el sur de Brasil, con TSF encontró una asociación significativa entre la infección por VIH y el número de clientes por día, la proporción de relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas ilícitas inhaladas [15]. En 2003, también en el sur de Brasil, en Foz do Iguaçu, en la triple frontera con Argentina y Paraguay, se realizó un estudio cualitativo que mostró que la mayor parte de las TSF que usaban crack eran sin techo o vivían en villas miseria y rara vez tenían acceso a los servicios de salud, incluyendo las pruebas de laboratorio y la consejería. No se beneficiaban de las iniciativas dirigidas a mejorar el apoyo social y el acceso a la salud prenatal y reproductiva. La mayor parte tenían relaciones sexuales sin protección con múltiples compañeros y era más probable que mantuvieran relaciones sexuales sin protección si los clientes pagaban más, eran habituales o "parecían limpios." Las TSF usuarias de crack informaron un bajo riesgo percibido del VIH a pesar de participar en prácticas de alto riesgo, mientras que un obstáculo común para la negociación del uso de los condones era la violencia física y sexual de sus clientes ocasionales y estables y también de sus parejas [75].

A lo largo de la frontera de Brasil, una de las más largas del mundo, se han descrito modelos similares de prostitución de alto riesgo y tráfico y consumo de drogas. La frontera se extiende a lo largo de 15.000 kilómetros, atraviesa 588 municipios brasileños y se comparte con diez países diferentes [76]. La línea fronteriza de Brasil se divide en tres arcos: Norte, Central y Sur. Un estudio reciente realizado en seis municipios fronterizos del arco central utilizando la metodología estratégica de la OMS describió la ausencia virtual de estructuras estatales y de respuesta al VIH en las fronteras; también notificó una notable ausencia de cohesión social y movilización en relación al VIH en los diversos grupos de población y comunidades allí situadas [77], corroborando hallazgos obtenidos en otros estudios [75, 76].

Cono Sur

En Chile, las autoridades locales han asignado la prioridad a los programas que tienen como objetivo a las trabajadoras sexuales de sexo femenino y los travestis, pero la discriminación ha dificultado su ejecución. Aunque el trabajo sexual es ilegal en Chile, ha habido intentos para reglamentarlo. En un estudio reciente con 626 TSF, se encontró una alta tasa de uso de condones y sólo el 6,6% de las personas entrevistadas informaron uso ocasional o ausencia de uso de condones con clientes. No se encontró ninguna infección por VIH en este estudio, lo cual resulta sospechoso [78]. Aunque las estrategias de prevención han incluido en los últimos años la ejecución de estudios de evaluación y respuesta rápida junto con actividades educativas dirigidas a UDI, estas iniciativas siguen teniendo un alcance limitado [79]. Las ONG han logrado abogar por los derechos de las minorías mediante el desarrollo de estrategias para mitigar la homofobia y promover la prevención del VIH [80].

Según ONUSIDA, la prevalencia del VIH en 2007 en Buenos Aires, la capital de Argentina, fue del 10,9% en las TSF y del 6,7% en los UDI [34]. Un estudio que encontró que las TSF eran una población de alto riesgo encontró un uso irregular de los condones con sus parejas estables y la percepción de que sólo corren riesgos con sus clientes pero no con sus cónyuges o amantes, un esquema casi universal entre las TSF [81]. Un estudio conducido en Buenos Aires como parte de otro estudio mayor con TSF inmigrantes y no inmigrantes en Argentina muestra que las TSF inmigrantes tienen mayor probabilidad de ser solteras y cobrar honorarios más bajos por acto sexual, en comparación con las TSF locales [82]. En Argentina se han llevado a cabo intervenciones exitosas para la población en riesgo, fundamentalmente para usuarios de drogas inyectables, por lo general con distribución de jeringas y condones [83], pero se requieren intervenciones adicionales para responder al uso irregular de condones y el estigma tan consolidado del trabajo sexual.

Los datos de Uruguay son también escasos. Un estudio halló que la mayor parte de las TSF que trabajan en Uruguay eran brasileñas, quienes reportaron cifras más altas de contactos sexuales con clientes extranjeros en comparación con las TSF locales. Las TSF inmigrantes tenían valores más elevados de consumo de alcohol, pero el uso de condones con los clientes era mayor que el de sus contrapartes no inmigrantes [61]. Un estudio prospectivo realizado en el período 1999-2001 con 60 TS travestis varones sin VIH en Montevideo, capital de Uruguay, encontró una tasa de densidad de incidencia de seroconversión del 6,03 por cada 100 años-persona. Los factores relacionados a la infección por VIH incluyeron el uso irregular de condones y la utilización de drogas ilícitas, tales como cocaína inhalada y marihuana [5].

En Ciudad del Este, una ciudad del Paraguay en el límite con Argentina y Brasil, se realizó un estudio utilizando metodología RDS en 160 TSF. El estudio encontró que el uso regular del condón era muy bajo entre las TSF y significativamente más bajo con las parejas estables y con parejas que no pagaban. La prevalencia del VIH en las TSF fue relativamente baja, pero mayor que la observada en la población en general [84]. El estudio documentó una prostitución

activa que se superpone a factores de riesgo posiblemente sinérgicos, tales como proporción baja de uso de condones, pocas pruebas de detección del VIH y frecuencia alta de antecedentes de maltrato a menores en TS actuales.

Retos y Respuestas

Las respuestas a los esfuerzos de prevención del VIH han sido variadas. En ocasiones, estas respuestas han estado armonizadas con las necesidades de las poblaciones más afectadas, pero en otras se han visto limitadas por a la escasez de fondos o el prejuicio, la falta de voluntad política y la presencia de fuerzas sociales conservadoras. El estigma del trabajo sexual, la homosexualidad y el consumo de drogas obstaculizan las intervenciones en la mayor parte de las zonas de América Latina y el Caribe. Otras barreras incluyen el carácter ilegal y clandestino de la prostitución, que hace que sea más difícil llegar a ciertos TS, y la reglamentación contra la prostitución según la cual autoridades corruptas pueden cometer violaciones de los derechos humanos [80, 85].

Es necesario incrementar los fondos y aprovechar las fuentes nacionales e internacionales para asegurar que los proyectos exitosos no sigan siendo logros aislados y que se transformen en parte de una estrategia concertada e integral [86]. En algunos países como en República Dominicana [87] se han implementado intervenciones estructurales y comunitarias dirigidas a TS en forma exitosa [38] y costo-efectiva [39], al igual que en Río de Janeiro, en donde los resultados han sido más modestos [87]. Los hallazgos opuestos pueden deberse a variaciones individuales según el tipo de prostitución y la situación de la droga, la aceptación de las diferentes intervenciones en las poblaciones a las cuales se dirigen y su posterior motivación y movilización. Las intervenciones conductuales a poblaciones específicas también han sido exitosas en las poblaciones de alto riesgo, como se observa en las TSF y sus clientes de los países de ingresos medios y bajos [88]. La distribución de condones en hoteles y otros lugares donde se ejerce la prostitución, la educación y la promoción de las pruebas de detección y el tratamiento del VIH y las ITS, así como la vigilancia epidemiológica y conductual, son algunos ejemplos de este tipo de intervenciones [80].

La mayor parte de los países de América Latina, y en particular en los del Caribe, carecen de un sistema de vigilancia que funcione bien [89]. Tal deficiencia hace peligrar el seguimiento de la epidemia y las respuestas al VIH, mientras que las limitaciones metodológicas y la ausencia de evaluaciones regulares y actualizadas comprometen la capacidad de generalizar los hallazgos. Resulta esencial una comprensión detallada de cada contexto para poder desarrollar e implementar intervenciones hechas a medida para cada contexto [90], pero existen pocas evaluaciones integrales de la escena local del trabajo sexual en América Latina y el Caribe. Una encuesta realizada en Brasil a comienzos de los años noventa documentó una situación extremadamente heterogénea según la estratificación social de las TSF [91], pero existen pocos estudios similares llevados a cabo en Brasil o en otros países de la región.

A pesar de estos obstáculos, algunos estudios recientes de TS y sus clientes han usado nuevas estrategias de muestreo tales como RDS. Aunque los muestreos por conveniencia y de tamaño pequeño siguen siendo la norma. En Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Costa Rica y Brasil [92] se acaba de lanzar una nueva generación de proyectos que usan RDS—y los hallazgos preliminares son prometedores [93].

Estrategias recomendadas

Las estrategias de base comunitaria han resultado eficaces en diferentes partes del mundo en las que son un componente clave de las respuestas exitosas frente a la epidemia del sida. La educación y la prevención del VIH en los TS se asocian a un aumento del uso del condón [94, 95], el deseo de hacerse una prueba del VIH, la disminución del estigma y la discriminación, el aumento de la autoestima y la mayor franqueza para abordar las barreras culturales y sociales para las prácticas sexuales saludables [96]. Los esfuerzos de promoción de la salud y prevención del VIH y otras ITS también han demostrado ser herramientas útiles para la educación [97], el desarrollo comunitario y la construcción de capacidades [98]. Por otra parte, el esfuerzo para aumentar la participación comunitaria y capacitar a los miembros de la comunidad como educadores resulta esencial para detener la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe [99].

La intersección entre trabajo sexual y uso de drogas incrementa el riesgo de transmitir o adquirir el VIH. Por consiguiente, se necesitan más intervenciones para ayudar a los y las TS a negociar relaciones sexuales más seguras y estrategias mejor integradas dirigidas a reducir el daño relacionado con las drogas y el alcohol. El sistema de salud pública, los promotores

turísticos y la sociedad civil deben prestar más atención a los vínculos entre el trabajo sexual, el estigma de los TS, la industria del turismo y la epidemia del VIH para mejorar las condiciones estructurales que contribuyen a la vulnerabilidad de las y los trabajadores sexuales y otras poblaciones vulnerables [85].

El VIH en América Latina y el Caribe y en el resto del mundo nos confronta con varios temas polémicos: la sexualidad, la desigualdad de género, el sexo comercial, los HSH, el uso de drogas, la violencia, la opresión social, el racismo y la muerte [100]. La interacción y sinergia de todos ellos constituye el mayor obstáculo para la prestación de la atención en salud, en particular a las poblaciones vulnerables.

La necesidad creciente de comprender el modo según el cual los factores sociales y estructurales configuran el riesgo del VIH exige una definición amplia del entorno de riesgo que contribuya a una mayor comprensión de los contextos en los cuales tienen lugar las interacciones de alto riesgo. Estas perspectivas más amplias exigen acciones comunitarias y cambios estructurales dirigidos a minimizar la inequidad, promover y proteger los derechos humanos y luchar contra el estigma y la discriminación [101].

Las políticas discriminatorias, tales como el tamizaje obligatorio de trabajadores sexuales, han resultado contraproducentes, alejando aún más a la población de TS de los servicios de salud. Una gestión no condenatoria y amigable para el usuario debería estar al alcance de todas las personas, sea cual sea su condición social, origen étnico, identidad y prácticas sexuales y, por último pero no por ello menos importante, con independencia de su participación en cualquier forma de relación sexual pagada o práctica ilegal o estigmatizada por cualquier otro motivo. Lamentablemente tales políticas y en especial su traducción en hechos concretos por parte de los profesionales de la salud han sido la excepción en los países de ingresos altos, medios y bajos, como queda documentado en los informes dramáticos de informes realizados en Nueva York [7] o en una encuesta reciente llevada a cabo a escala nacional en Brasil [102].

En diversos contextos de América Latina y el Caribe, como en República Dominicana [38] y Brasil [103], se han llevado a cabo intervenciones integrales a múltiples niveles dirigidas a TS de forma exitosa. Éstas incluyen iniciativas que tienen lugar con las personas individuales, sus parejas, amigos, redes de riesgo y sociales ampliadas, así como en el contexto más amplio en el que ocurren las prácticas de riesgo y protegidas. Este contexto más amplio incluye factores tan diversos como el marco jurídico nacional, el cumplimiento de la ley por parte de la policía local y otras fuerzas de seguridad—algunas de ellas también ilegales, como por ejemplo la milicia—, la interacción entre el ambiente de la droga y el de la prostitución y las relaciones de los y las TS y sus clientes con el sistema de salud, el personal de salud y la sociedad en general. Se ha propuesto una lista preliminar de intervenciones realizadas con las redes sociales [7], explorada de forma más completa por una serie de proyectos demostrativos recientes [104].

Referencias

1. Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, *et al.* **Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities.** *Drug Alcohol Depend* 2008;92:132-140.
2. Buzdugan R, Halli SS, Cowan FM. **The female sex work typology in India in the context of HIV/AIDS.** *Trop Med Int Health* 2009;14:673-687.
3. Ramesh B, Washington R, Mondal S, Moses S, Alary M, Blanchard J. **Sex work typology and risk for HIV in female sex workers (FSWs): findings from an integrated biological and behavioural assessment in the southern Indian state of Karnataka. Abstract no. WEAC0305.** Toronto: XVI International AIDS Conference; 2006.
4. Scambler G, Paoli F. **Health work, female sex workers and HIV/AIDS: global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions.** *Soc Sci Med* 2008;66:1848-1862.
5. Vinales J, Serra M, Russi JC, Ruchansky D, Sosa-Estani S, Montano SM, *et al.* **Seroincidence and phylogeny of human immunodeficiency virus infections in a cohort of commercial sex workers in Montevideo, Uruguay.** *Am J Trop Med Hyg* 2005;72:495-500.
6. Suttmoller F, Penna TL, de Souza CT, Lambert J. **Human immunodeficiency virus incidence and risk behavior in the 'Projeto Rio': results of the first 5 years of the Rio de Janeiro open cohort of homosexual and bisexual men, 1994-98.** *Int J Infect Dis* 2002;6:259-265.
7. Friedman SR, Curtis R, Neaigus A, Jose B, Des Jarlais DC. **Social Networks, Drug Injectors' Lives, and HIV/AIDS. AIDS Prevention and Mental Health.** New York: Academic/Plenum Publishers; 1999.
8. UNICEF. **The progress of nations. Child rights—the ultimate abuse.** New York: UNICEF; 1995.
9. Lim L. **The sex sector: the economic and social bases of prostitution in Southeast Asia.** Geneva: International Labour Organization; 1998.
10. Willis BM, Levy BS. **Child prostitution: global health burden, research needs, and interventions.** *Lancet* 2002;359:1417-1422.
11. United Nations. **Interim report by the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the sale of children, child prostitution and child pornography (A/51/456 7).** Geneva: United Nations General Assembly; 1996.
12. Miller GA, Mendoza W, Krone MR, Meza R, Caceres CF, Coates TJ, Klausner JD. **Clients of female sex workers in Lima, Peru: a bridge population for sexually transmitted disease/HIV transmission?** *Sex Transm Dis* 2004;31:337-342.
13. McIntyre JA, de Bruyn, G., Gray, G.E. **Southern Africa (South Africa, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Swaziland, Zambia, Zimbabwe).** In: *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries.* Edited by Celentano DD, Beyrer, C. New York: Springer; 2008.
14. McLean R. **Mobile Populations, Vulnerability, and HIV/AIDS in a Globalized World. The case of the English Speaking Caribbean.** In: *HIV/AIDS: Global Frontiers in Prevention/Intervention.* Edited by Pope C, White RT, Malow R. New York: Routledge; 2008.
15. Trevisol FS, Silva MV. **HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil.** *Braz J Infect Dis* 2005;9:500-505.
16. Hesketh T, Zhang J, Qiang DJ. **HIV knowledge and risk behaviour of female sex workers in Yunnan Province, China: potential as bridging groups to the general population.** *AIDS Care* 2005;17:958 - 966.
17. Varga CA. **The condom conundrum: barriers to condom use among commercial sex workers in Durban, South Africa.** *Afr J Reprod Health* 1997;1:74-88.
18. UNICEF. **Child Trafficking.** Available at: http://www.unicef.org/protection/index_exploitation.html. New York: UNICEF; 2009.
19. Hannum A. **Sex tourism in Latin America.** Available at: <http://www.drclas.harvard.edu/revista/articles/view/53>. *ReVista. Harvard Review of Latin America.* Winter 2002.
20. Forsythe S, Hasbun J, Butler de Lister M. **Protecting paradise: tourism and AIDS in the Dominican Republic.** *Health Policy Plan* 1998;13:277-286.
21. Malta M, Monteiro S, Lima RM, Bauken S, Marco A, Zuim GC, *et al.* **HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil.** *Rev Saude Publica* 2008;42:830-837.
22. Nigro L, Larocca L, Celesia BM, Montineri A, Sjoberg J, Caltabiano E, Fatuzzo F. **Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily.** *J Immigr Minor Health* 2006;8:319-323.
23. UNAIDS. **2006 Report on the Global AIDS Epidemic.** Geneva: UNAIDS; 2006.
24. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. **Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action.** *AIDS* 2002;16 Suppl 3:S42-49.
25. Magis-Rodriguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P, Bronfman M. **Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37 Suppl 4:S215-226.
26. Strathdee SA, Magis-Rodriguez C. **Mexico's evolving HIV epidemic.** *JAMA* 2008;300:571-573.
27. Magis C, Loo Mendez, E., Santarriaga Sandoval, M. **Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA a través de encuestas centinela 1991-1996.** *CONASIDA. SIDA/ETS* 1997;3:60-62.
28. Herrera C, Campero, L. **La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema.** *Salud Publica Mex* 2002;44:554-564.
29. Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C, Gómez-Fraga S. **Mexico.** In: *The HIV Pandemic. Local and Global Implications.* Edited by Beck EJ, Mays N, Whiteside AW, Zúñiga JM. Oxford: Oxford University Press; 2006.
30. USAID/MEXICO. **HIV/AIDS Health Profile.** Washington, D.C.: USAID; 2008.

31. Strathdee SA, Lozada R, Semple SJ, Orozovich P, Pu M, Staines-Orozco H, *et al.* **Characteristics of female sex workers with US clients in two Mexico-US border cities.** *Sex Transm Dis* 2008;35:263-268.
32. Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, Ramos R, Fraga M, Perez SG, *et al.* **Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections.** *Drug Alcohol Depend* 2005;79:281-293.
33. Kaiser Family. **HIV/AIDS Policy Fact Sheet.** Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation; 2007.
34. UNAIDS. **Report on the Global AIDS Epidemic.** Geneva: UNAIDS; 2008.
35. Cohen J. **HIV/AIDS: Latin America & Caribbean. Dominican Republic: the sun. The sand. The sex.** *Science* 2006;313:474.
36. UNAIDS. **Caribe. Hoja informativa. Situación de la epidemia del SIDA.** Geneva: UNAIDS; 2005.
37. Murray L, Moreno L, Rosario S, Ellen J, Sweat M, Kerrigan D. **The role of relationship intimacy in consistent condom use among female sex workers and their regular paying partners in the Dominican Republic.** *AIDS Behav* 2007;11:463-470.
38. Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gomez B, Jerez H, Barrington C, *et al.* **Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic.** *Am J Public Health* 2006;96:120-125.
39. Sweat M, Kerrigan D, Moreno L, Rosario S, Gomez B, Jerez H, *et al.* **Cost-effectiveness of environmental-structural communication interventions for HIV prevention in the female sex industry in the Dominican Republic.** *J Health Commun* 2006;11 Suppl 2:123-142.
40. Arrúe I, Rodríguez M, Cano A, de Dios E. **MSM, travesties, transsexual promoters in sexual health, STD and HIV/AIDS in Cuba. XVII International AIDS Conference.** Mexico City, Mexico; 2008.
41. Lantero Abreu M, Waller J, Joanes Fiol J, Pérez Ávila J, Torres Peña M, Ochoa Soto R, Estévez Torres G. **Cuba.** In: *The HIV Pandemic. Local and global implications.* Edited by E Beck MM, AW Whiteside, JM Zúñiga. Oxford/New York: Oxford University Press; 2006.
42. WHO/UNAIDS. **Belize. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up.** Geneva: WHO/UNAIDS; 2005.
43. Cohen J. **Belize. Taking it to the streets.** *Science* 2009;313:483.
44. Caribbean Association for Feminist Research and Action (CAFRA). **The Caribbean: Making the Link to Health for Excluded Sex Workers.** In. New York: UNIFEM; 2007.
45. UNGASS. **UNGASS Country Progress Report 2008. Belize. Reporting period: January 2006–December 2007.** New York: UNGASS; 2008.
46. Current Topics. **El VIH y el sida en las Américas: una epidemia con muchas caras.** *Rev Panam Salud Publica* 2000;8:422-431.
47. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, Mayorga R, Tapia KA, Astete SG, *et al.* **Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46:101-111.
48. WHO/UNAIDS. **Costa Rica. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up.** Geneva: WHO/UNAIDS; 2005.
49. WHO/UNAIDS. **Nicaragua. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up.** Geneva: WHO/UNAIDS; 2005.
50. Egger M, Pauw J, Lopatatzidis A, Medrano D, Paccaud F, Smith GD. **Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial.** *Lancet* 2000;355:2101-2105.
51. WHO/UNAIDS. **El Salvador. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up.** Geneva: WHO/UNAIDS 2005.
52. WHO/UNAIDS. **Guatemala. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up.** Geneva: WHO/UNAIDS; 2005.
53. Bastos FI, Caceres C, Galvao J, Veras MA, Castilho EA. **AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response.** *Int J Epidemiol* 2008;37:729-737.
54. UNGASS. **Honduras: Informe de Seguimiento al Compromiso en VIH/SIDA.** Tegucigalpa, Honduras: UNGASS; 2005.
55. WHO/UNAIDS. **Honduras. Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-Up.** Geneva: WHO/UNAIDS; 2005.
56. UNAIDS. **Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Venezuela.** Geneva: UNAIDS; 2004.
57. Alvis N, Mattar S, Garcia J, Conde E, Diaz A. **[Sexually-transmitted infection in a high-risk group from Montería, Colombia].** *Revista De Salud Pública (Bogotá, Colombia)* 2007;9:86-96.
58. Reporting.org GH. **HIV/AIDS | Some Colombian Health Insurance Companies Have Refused To Provide HIV/AIDS Related-Services, IRIN/PlusNews Reports.** *Global Health Reporting.org* 2009.
59. IRIN/PLUS NEWS. **COLOMBIA: Most vulnerable fall through gaps in health system.** *Global HIV/AIDS news and analysis* 2009.
60. Sorensen W, Anderson PB, Speaker R, Vilches JE. **Assessment of condom use among Bolivian truck drivers through the lens of social cognitive theory.** *Health Promot Int* 2007;22:37-43.
61. Bautista CT, Mosquera C, Serra M, Gianella A, Avila MM, Laguna-Torres V, *et al.* **Immigration status and HIV-risk related behaviors among female sex workers in South America.** *AIDS Behav* 2008;12:195-201.
62. Konda KA, Clark, J.L., Segura, E., Salvatierra, J., Galea, J., Leon, S.R., Hall, E.R., Klausner, J.D., Caceres, C.F., Coates, T.J. **Male sex workers among men who have sex with men in Lima, Peru.** In: *XVII International AIDS Conference.* Mexico City, Mexico; 2008.
63. La Rosa de Luque C, López Preciado T. **Condom social marketing for vulnerable populations, Peru 2007.** In: *XVII International AIDS Conference.* Mexico City, Mexico; 2008.
64. Valderrama M, Blas M, Carcamo P, Garcia A, Bernabe A, Cotrina A, Chiappe M, Guerra C, Gonzales M, Garnett G, Espinosa B, Gadea N, Montano S, Niteo M, Holmes K. **High HIV and syphilis prevalence among male commercial sex workers from the Peruvian Amazon. XVII International AIDS Conference.** Mexico City; 2008.

65. Williams ML, Bowen AM, Timpson S, Blair Keel K. **Drug injection and sexual mixing patterns of drug-using male sex workers.** *Sex Transm Dis* 2003;30:571-574.
66. Guevara A, Suárez, P, Albuja, C., Soria, E., Montoya, O. **Seroprevalencia de infección por VIH en grupos de riesgo en Ecuador.** *Voz Andes* 2002;14:7-10.
67. UNAIDS. **Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Ecuador.** Geneva: UNAIDS; 2004.
68. Martin S. **Migration, Development, and Population.** Washington, D.C.: Georgetown University Institute for the Study of International Migration; 2005.
69. Hacker MA, Malta M, Enriquez M, Bastos FI. **Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic.** *Rev Panam Salud Publica* 2005;18:303-313.
70. Szwarcwald CL, Bastos, F.I., Gravato, N., Lacerda, R., Chequer, P.N., de Castilho, A. **The relationship of illicit drug use to HIV-infection among commercial sex workers in the city of Santos, Sao Paulo, Brazil.** *International Journal of Drug Policy* 1998;9:427-236.
71. Lacerda R, Silva N, Morell M. **Respondent Driving Sampling (RDS): Uma metodologia efetiva para estimar vulnerabilidade a transmissão do HIV entre trabalhadoras do sexo em Santos – 2006. (Relatório de pesquisa com circulação restrita).** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
72. Dutra J, Vasques F. **Prevalência de Sífilis e HIV em mulheres trabalhadoras do sexo na zona portuária da cidade de Manaus-AM, utilizando a metodologia RDS. (Relatório de pesquisa com circulação restrita).** Brasília: Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids; 2006.
73. Benzaken AS, Sabido M, Galban EG, Pedroza V, Vasquez F, Araujo A, et al. **Field evaluation of the performance and testing costs of a rapid point-of-care test for syphilis in a red-light district of Manaus, Brazil.** *Sex Transm Infect* 2008;84:297-302.
74. Pires ICP, Miranda, A.E.B. **Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo hiv e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/AIDS.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 1998;20:151-154.
75. Malta M, Monteiro S, Lima RM, Bauken S, de Marco A, Zuim GC, et al. **HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil.** *Rev Saude Publica* 2008;42:830-837.
76. Peiter P, Machado, L.O., Iñiguez Rojas, L. **Saúde e vulnerabilidade na faixa de fronteira do Brasil.** In: *A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde.* Edited by Barcellos C. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008.
77. Lippman SA, Kerrigan D, Chinaglia M, Diaz J. **Chaos, co-existence, and the potential for collective action: HIV-related vulnerability in Brazil's international borders.** *Soc Sci Med* 2007;64:2464-2475.
78. Barrientos JE, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. **HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile.** *Cad Saude Publica* 2007;23:1777-1784.
79. Bastos FI, Caiaia W, Rossi D, Vila M, Malta M. **The children of mama coca: coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America.** *Int J Drug Policy* 2007;18:99-106.
80. Cáceres CF. **[Interventions for HIV/STD prevention in Latin America and the Caribbean: a review of the regional experience].** *Cad Saude Publica* 2004;20:1468-1485.
81. Pando MA, Berini C, Bibini M, Fernandez M, Reinaga E, Maulen S, et al. **Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections among female commercial sex workers in Argentina.** *Am J Trop Med Hyg* 2006;74:233-238.
82. Bautista CT, Pando MA, Reynaga E, Marone R, Sateren WB, Montano SM, et al. **Sexual practices, drug use behaviors, and prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C, and HTLV-1/2 in immigrant and non-immigrant female sex workers in Argentina.** *J Immigr Minor Health* 2008.
83. Rodríguez CM, Marques LF, Touze G. **HIV and injection drug use in Latin America.** *AIDS* 2002;16 Suppl 3:S34-41.
84. Chinaglia M, Tun V, Mello M, Insfran M, Díaz J. **Assessment of risk factors for HIV infection in female sex workers and men who have sex with men at the triple-border area of Ciudad del Este, Paraguay.** Washington, DC: Population Council; 2008.
85. Padilla M, Castellanos D, Guilamo-Ramos V, Reyes AM, Sanchez Marte LE, Soriano MA. **Stigma, social inequality, and HIV risk disclosure among Dominican male sex workers.** *Soc Sci Med* 2008;67:380-388.
86. UNAIDS. **Caribbean Regional Launch of UNAIDS Global Report 2008.** Geneva: UNAIDS; 2008.
87. Kerrigan D, Telles P, Torres H, Overs C, Castle C. **Community development and HIV/STI-related vulnerability among female sex workers in Rio de Janeiro, Brazil.** *Health Educ Res* 2008;23:137-145.
88. Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K. **Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries.** *AIDS* 2000;14 Suppl 2:S68-84.
89. UNAIDS. **Caribbean. AIDS Epidemic Update Regional Summary.** Geneva: UNAIDS; 2007.
90. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009.** Geneva: World Health Organization; 2009.
91. Lurie P, Fernandes ME, Hughes V, Arevalo El, Hudes ES, Reingold A, Hearst N. **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:S31-37.
92. Paz Bailey G. **El uso de RDS en el estudio centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia del VIH/ITS en poblaciones vulnerables. Available at: <http://www.ceescat.org/CursosITS09/Gabriela%20Paz%202.pdf>.** Guatemala City: Programa Global de SIDA, Oficina Regional del CDC para Centroamérica y Panamá (CDC-CAP).
93. Szwarcwald. **Personal communication.**
94. Alary M, Mukenge-Tshibaka L, Bernier F, Geraldo N, Lowndes CM, Meda H, et al. **Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993-1999.** *AIDS* 2002;16:463-470.

95. Tanaka M, Nakayama H, Sakumoto M, Takahashi K, Nagafuji T, Akazawa K, Kumazawa J. **Reduced chlamydial infection and gonorrhoea among commercial sex workers in Fukuoka City, Japan.** *Int J Urol* 1998,5:471-475.
96. Ibrahim NM, Alhamdu, H., Da'u, S., Chindo, M. . **Empowering sex workers in Muslim communities: some evidence from a community-level HIV prevention programme in Northern Nigeria.** In: *XVII International AIDS Conference.* Mexico City, Mexico.
97. Ma S, Dukers NH, van den Hoek A, yuliang F, Zhiheng C, Jiangting F, *et al.* **Decreasing STD incidence and increasing condom use among Chinese sex workers following a short term intervention: a prospective cohort study.** *Sex Transm Infect* 2002,78:110-114.
98. Steen R, Mogasale V, Wi T, Singh AK, Das A, Daly C, *et al.* **Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative.** *Sex Transm Infect* 2006,82:381-385.
99. Cwikel JG, Lazer T, Press F, Lazer S. **Sexually transmissible infections among female sex workers: an international review with an emphasis on hard-to-access populations.** *Sex Health* 2008,5:9-16.
100. Morison L. **The global epidemiology of HIV/AIDS.** *Br Med Bull* 2001,58:7-18.
101. Rhodes T, Singer M, Bourgois P, Friedman SR, Strathdee SA. **The social structural production of HIV risk among injecting drug users.** *Social Science & Medicine* 2005,61:1026-1044.
102. Garcia S, Koyama MA. **[Stigma, discrimination and HIV/AIDS in the Brazilian context, 1998 and 2005].** *Rev Saude Publica* 2008,42 Suppl 1:72-83.
103. Benzaken AS, Galban Garcia E, Sardinha JC, Pedrosa VL, Paiva V. **[Community-based intervention to control STD/AIDS in the Amazon region, Brazil].** *Rev Saude Publica* 2007,41 Suppl 2:118-126.
104. Kimbrough LW, Fisher HE, Jones KT, Johnson W, Thadiparthi S, Dooley S. **Accessing social networks with high rates of undiagnosed HIV infection: The social networks demonstration project.** *Am J Public Health* 2009,99:1093-1099.

Capítulo 4

Prevención de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe

Situación regional y tendencias

En América Latina y el Caribe (ALC) nacen cada año miles de niños y niñas con VIH y sífilis congénita—ambas infecciones altamente prevenibles que ocasionan consecuencias graves para la salud cuando no se tratan. A partir de las estimaciones sobre el número de nacimientos y prevalencia del VIH y sífilis en mujeres embarazadas en 2007, se estima que cada año en América Latina y el Caribe se infectan unos 4.200 a 8.300 niños y niñas—la mayoría a través de la transmisión maternoinfantil (TMI) [1]—y que 250.000 nacen con sífilis congénita (ver el Gráfico 4.1 de incidencia de sífilis congénita)—mientras que se pierden más de 100.000 embarazos por óbito fetal o aborto espontáneo debido a la sífilis materna [2]. Se calcula que entre 46.400 y 70.000 niños y niñas menores de 15 años de edad de la región viven con el VIH y que sólo en 2007 murieron entre 3.200 y 5.800 niños y niñas a causa del sida [1]. La integración de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento conjunto del VIH y de la sífilis de forma sistemática en la atención maternoinfantil es una prioridad urgente de salud pública que no puede ser postergada.

Gráfico 4.1: Incidencia de sífilis congénita en América Latina y el Caribe, 2005-2007



Fuente: [2]

Se estima que en 2007 había 660.000 mujeres con VIH en América Latina y el Caribe, lo cual representa una proporción del 35% de personas adultas que viven con VIH en la región [1]. Sin embargo, esta proporción estimada es mayor del 50% en Belice, República Dominicana, Guatemala, Guyana, Haití y Trinidad y Tobago [1], lo cual refleja las fuerzas que impulsan la disparidad socioeconómica, la desigualdad en materia de género y la vulnerabilidad biológica de la mujer a la epidemia [1, 3]. Datos recientes sobre los casos notificados indican que un alto porcentaje de la transmisión del VIH se atribuye a las relaciones heterosexuales sin protección [4-9] y que las mujeres con frecuencia contraen la infección a través de las relaciones sexuales con sus compañeros estables—muchos de los cuales han adquirido el virus por medio de relaciones sexuales con otros hombres [5, 8, 10, 11].

En los últimos 25 años se han logrado avances enormes en el campo científico y médico en el área de la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH. Se reportan tasas de TMI menores del 2% en contextos que cuentan con programas integrales de PTMI que incluyen el tratamiento antirretroviral (TAR) o la profilaxis antirretroviral (PAR), la cesárea electiva y la sustitución

de la lactancia con sustitutos de leche materna [12]—cifras que deben compararse con 15-40% de transmisión en los casos en los que no se realiza ninguna intervención. Por otra parte, las pruebas de detección del VIH a las 28 semanas de gestación o antes pueden resultar en una prestación más temprana del TAR o de la PAR con una mayor reducción de la tasa de TMI (8% vs. 2%) [13].

Las normas técnicas de la OMS de 2006 sobre los fármacos antirretrovirales para el tratamiento de las mujeres embarazadas con VIH y la prevención del VIH en niños y niñas menores de un año [13] siguen las pautas clínicas de la OMS de 2006 referidas a la TAR en adultos y adolescentes [14]. Éstas incluyen iniciar el TAR de por vida en todas las mujeres embarazadas con enfermedad sintomática por el VIH (sea cual sea el recuento de células CD4 o la carga viral) y en las mujeres asintomáticas con un recuento celular de CD4 de menos de 200/mm³, y debe considerarse altamente en aquéllas con un recuento de células CD4 de entre 200 y 350/mm³ [14]. Todas las demás mujeres embarazadas con VIH deben recibir PAR para prevenir la transmisión perinatal. Las recomendaciones de PAR de 2006 consisten en zidovudina (AZT) comenzando a las 28 semanas de embarazo, una dosis única de nevirapina (Sd-NVP) más AZT o lamivudina (3TC) durante el parto, y AZT o 3TC durante siete días postparto, combinado con Sd-NVP y AZT durante siete días para el recién nacido [13].

En una consulta de expertos de la OMS realizada en 2008 se hizo evidente la necesidad de actualizar estas directrices con una nueva definición de las estrategias integrales de PTMI [15]. Las personas que participaron en la reunión recomendaron la revisión urgente de los criterios de elegibilidad para iniciar la TAR para la propia salud de las mujeres embarazadas—para promover el inicio más precoz—así como los regímenes de PAR—que deberían recomendar intervenciones más eficaces que la Sd-NVP. Es probable que las nuevas directrices clínicas incluyan la cesárea a las 38 semanas en las mujeres cuya carga viral se desconoce o cuando está por encima de 1.000 copias/mL en el último trimestre, en particular si las mujeres no están recibiendo TAR; en aquellas que no tienen una indicación clínica de cesárea, que reciben TAR y cuya carga viral es de menos de 1.000 copias/mL durante el último trimestre se recomendará el parto vaginal. Las nuevas normas técnicas sobre tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas y sobre PTMI se publicarán en la página web de la OMS a partir del 1 de diciembre de 2009.

En cuanto a la alimentación del niño y niña menor de un año, la OMS y UNICEF han publicado directrices para manejar el VIH en niños y niñas [16, 17]; el consenso general para prevenir la transmisión de VIH recomienda la cesación de la lactancia materna cuando la alimentación con sustitutos de leche materna es aceptable, factible, está disponible y es sostenible y segura (AFDSS) [17]. Aunque sigue siendo polémico, estudios recientes muestran que, en caso de mantener la lactancia, es posible disminuir el riesgo de transmisión de VIH administrando TAR a la madre y con lactancia exclusiva seguida por el destete a los seis meses [18-21]; otros estudios muestran que cuando la madre no requiere TAR, el inicio de la PAR al niño o niñas que amamanta también puede reducir el riesgo de adquirir el VIH [22].

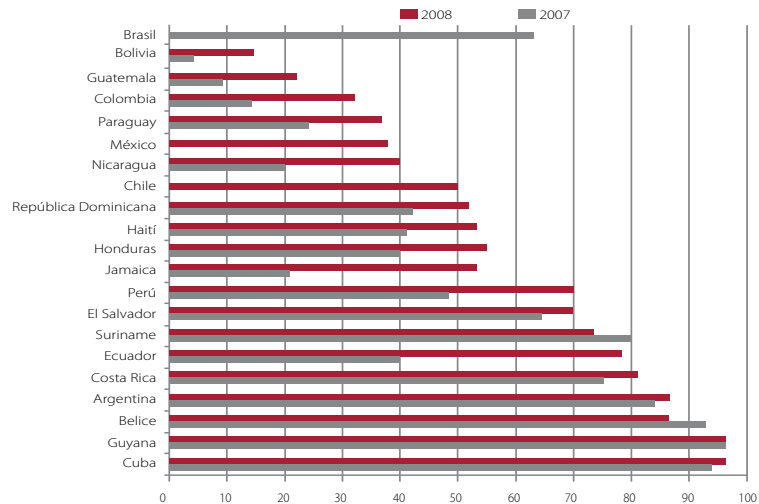
Los programas efectivos de PTMI contribuyen al control del VIH mediante la reducción de la transmisión de VIH y de la morbi-mortalidad vinculada al sida tanto en la madre como en el niño o niña. Cuando se diagnostica a una mujer embarazada con VIH antes o durante la atención prenatal y se le da TAR para su propia salud, se aumentan sus posibilidades de vivir una vida más larga y sana, y la reducción de su carga viral a medida que responde al tratamiento reduce el riesgo de transmisión del VIH a su feto y recién nacido, a sus contactos sexuales actuales o futuros y, si queda embarazada otra vez, a sus nuevos hijos o hijas. En el caso de mujeres con VIH que desean tener más hijos, se han recomendado las estrategias de reducción del daño [23] y, para quienes no desean tener más, es posible lograr una mayor prevención de la transmisión sexual con el uso del condón, siempre y cuando éste sea accesible. Si las pruebas del VIH son negativas en la mujer embarazada, la consejería post-prueba puede servir para sensibilizarla respecto al VIH y brindar información acerca de cómo prevenir la infección; aunque necesario, este enfoque no es suficiente para incorporar cambios hacia las prácticas sexuales más seguras.

La PTMI, particularmente cuando se inicia en las etapas tempranas del embarazo, contribuye a la reducción del número de niñas y niños nacidos con el VIH y previene la transmisión del VIH a través de la lactancia brindando leche de sustitución. Ello facilita un inicio precoz del cotrimoxazol y la PAR en niños y niñas menores de un año expuestos al VIH, y de la TAR cuando se diagnostica el VIH en el niño o niña. En Barbados y en Las Bahamas se ha demostrado que los programas de PTMI reducen la mortalidad relacionada al sida en la infancia [24].

Sin embargo, estas intervenciones no están disponibles para todas: en 2008, según estimaciones, al 46% de las mujeres embarazadas de América Latina y del Caribe se les hizo la prueba para el VIH (por encima del 19% en 2004) (ver el Gráfico 4.2 para datos desagregados por país) [25]. Sólo cinco países de la región reportaron que al menos al 80% de mujeres embarazadas se les hizo la prueba para el VIH: Argentina, Belice, Costa Rica, Cuba y Guyana [25]. De entre el número estimado

de 32.000 [24.000 a 41.000] que tuvieron un resultado positivo al VIH en 2008, el 54% [36 a 87%] recibieron antirretrovirales (incluyendo PAR y TAR); los datos varían entre el 52% [36 a 87%] en el Caribe y el 54% [42 a 71%] en América Latina [25]— mientras que un número menor de mujeres embarazadas con enfermedad avanzada por el VIH recibieron TAR. Se ha reportado una cobertura de al menos 80% de mujeres embarazadas que reciben PAR o TAR en Argentina, Brasil, Guyana, Jamaica y Nicaragua [25].

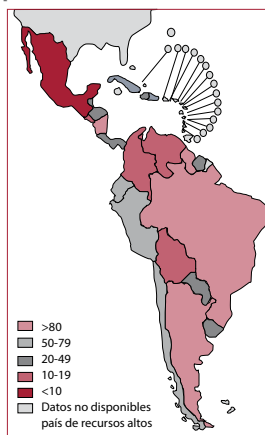
Gráfico 4.2: Porcentaje de mujeres embarazadas en que se realizaron pruebas del VIH en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007-2008



Fuentes: [25, 26].

El Gráfico 4.3 y la Tabla 4.1 muestran la distribución de la cobertura con antirretrovirales para PTMI en los países de ALC. Se estima que la cobertura de PAR en niños y niñas menores de un año expuestos al VIH ha aumentado en el mundo de 7% en 2004 a 32% en 2008 y de 42% en 2007 a 54% en 2008 en América Latina y el Caribe [25]. Con frecuencia, debido a limitaciones de recursos, sólo se ha puesto en práctica la medida más barata, fácil y menos eficaz—Sd-NVP—, sin prestar la atención debida al fortalecimiento de la atención prenatal integral [27] o a la promoción de enfoques integrales de PTMI que ofrecen regímenes farmacológicos más eficaces [15].

Gráfico 4.3: Cobertura de antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, 2008



Fuente: [25].

Tabla 4.1: Porcentaje de mujeres embarazadas con VIH que recibieron antirretrovirales para reducir la transmisión materno-infantil del VIH en los países de América Latina y el Caribe, 2008 (%)

	2008
Argentina	>95 %
Belice	20-68 %
Bolivia	6-21 %
Chile	32->95 %
Colombia	8-24 %
Costa Rica	13-50 %
Cuba	34->95 %
República Dominicana	37->95 %
Ecuador	24-81 %
El Salvador	23-69 %
Guatemala	9-29 %
Guyana	85->95 %
Haití	46[29-92] %
Honduras	27-94 %
Jamaica	70->95 %
México	5-16 %
Nicaragua	65->95 %
Panamá	13->95 %
Paraguay	29->95 %
Perú	29->95 %
Suriname	22->95 %
Venezuela	8-27 %

Fuente: [1, 25].

La sífilis es una infección crónica de transmisión sexual, con frecuencia latente, con estadios clínicos reconocibles [28] causada por la bacteria *Treponema pallidum*; cuando no se trata puede resultar en enfermedades neurológicas y cardiovasculares, entre muchas otras patologías [29]. Las mujeres embarazadas con sífilis no tratada (sífilis materna o gestacional) pueden transmitir la infección al feto *in utero* o por contacto directo con las lesiones durante el parto; la sífilis congénita resultante es la forma más prevalente de infección neonatal de transmisión vertical en el mundo [30]. La sífilis puede causar resultados adversos graves en el embarazo, que varían según el tiempo transcurrido desde el momento de la transmisión sexual y la edad gestacional; la infección con sífilis durante el embarazo se asocia con un número significativamente mayor de resultados adversos que la infección previa [31], con un riesgo de TMI de hasta el 80% [32]. Se estima que al menos el 25% de las mujeres embarazadas con sífilis no tratada tendrán un óbito fetal o aborto espontáneo y que al menos 25% tendrán recién nacidos con una infección neonatal grave o con bajo peso al nacer, ambos asociados a un riesgo mayor de muerte perinatal [28]. Los niños y niñas con sífilis congénita que sobreviven pueden desarrollar con posterioridad retraso mental, sordera y ceguera, entre otras patologías [33]. Por otra parte, algunos estudios sugieren que la sífilis materna está asociada con un riesgo mayor de transmisión materno-infantil del VIH [34].

Sobre un total estimado de 12 millones de personas que se infectan con sífilis cada año, 3 millones viven en América Latina y el Caribe [35], donde se calcula que la prevalencia de sífilis materna era de 3,9% en 2008—bastante por encima del promedio mundial de 1,76% [36]. Esto se traduce en alrededor de 540.000 casos de sífilis materna cada año —de los cuales no se sabe cuántos son diagnosticados y tratados. La incidencia de la sífilis congénita varía de 0 casos por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 4 casos por 1.000 nacidos vivos en ciertas zonas de Brasil [37] y 12 por 1.000 nacidos vivos en Bolivia en 2005 [38]. Las pruebas de detección de la sífilis durante el embarazo son fáciles de realizar, los resultados de algunas pruebas diagnósticas se pueden obtener en pocos minutos y el tratamiento *in situ* con penicilina benzatínica es factible y de bajo costo [30].

Los esfuerzos para eliminar la sífilis en ALC fueron iniciados en 1991 por la Organización Panamericana de la Salud. Un grupo de trabajo creó en 1995 un Plan Regional de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita en las Américas luego de varias reuniones de consulta. Su meta principal era la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública para el año 2000 mediante la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a menos 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, sólo un país—Cuba—alcanzó la meta dentro del plazo [39]; Chile es el único otro país de la región que ha eliminado la sífilis congénita desde entonces [2].

Situación a nivel nacional

No se conocen bien ni la magnitud ni la distribución del VIH y de la sífilis durante el embarazo en América Latina y el Caribe debido a la gran escasez de informes con datos completos y a la falta de información publicada y disponible. En consecuencia, los datos disponibles no son de igual calidad entre países o dentro de cada país—tal como queda reflejado en esta sección. Algunas encuestas epidemiológicas centinela y estudios publicados indican que el acceso a la PTMI del VIH y de la sífilis varía a nivel geográfico, institucional y social, aunque no se comprenden bien los mecanismos que crean dichas desigualdades.

Países de América del Sur

En **Brasil**, el programa nacional de sida ha introducido diferentes estrategias desde 1996 para disminuir la TMI del VIH que se siguen y evalúan de forma sistemática. Éstas incluyen: atención especializada (servicios compuestos equipos multi-profesionales que atienden a las personas con VIH), capacitación de profesionales de la salud en el cumplimiento de las normas de profilaxis y tratamiento, acceso a medicamentos antirretrovirales, diagnósticos de laboratorio (pruebas de detección del VIH, recuento celular de CD4, carga viral, genotipo y ensayos para infecciones oportunistas), la oferta de pruebas para el VIH a todas las mujeres embarazadas, la notificación obligatoria de todas las mujeres embarazadas con VIH y de los niños y niñas expuestos al VIH, las pruebas rápidas de detección del VIH en las unidades de maternidad, la sustitución de la lactancia y el suministro de sustitutos de leche materna a todos los niños y niñas nacidos de madres sero-positivas al VIH. Estas iniciativas se han desarrollado en el contexto de una disponibilidad cada vez mayor de recursos para el diagnóstico y tratamiento del VIH, incluyendo el acceso gratuito universal al AZT en 1996 y al TAR desde 1997.

A pesar del aumento del acceso a los servicios de PTMI, sigue habiendo oportunidades perdidas para el diagnóstico y manejo clínico oportuno del VIH durante el embarazo, en particular en las mujeres de bajo nivel de escolaridad. Las fallas en la PTMI están asociadas con la falta de disponibilidad de pruebas del VIH, los retrasos en la obtención de los resultados de las pruebas y la falta de aceptación de la profilaxis por parte de las mujeres embarazadas [40]. Un estudio realizado a partir de datos del Estudio Nacional de Vigilancia Centinela en 2002 mostró que el 52% de las mujeres embarazadas fueron estudiadas para el VIH y recibieron el resultado antes del parto, mientras que sólo el 27% de mujeres recibieron todos los cuidados recomendados por las normas nacionales [41]. Se encontraron importantes desigualdades sociales y regionales. En el grupo de mujeres analfabetas se encontró que el 39% había recibido una prueba de VIH y que el 19% recibió el resultado antes del parto, mientras que en mujeres con enseñanza secundaria completa o con mayor nivel de estudios se había realizado la prueba de detección del VIH al 76% y el 64% recibieron el resultado antes del parto [41], tal como se muestra en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2: Porcentaje de mujeres embarazadas en quienes se realizaron pruebas para el VIH y recibieron el resultado según su nivel de escolaridad, Brasil 2002

Nivel de estudios	Sin atención prenatal	Con atención prenatal, pero prueba de VIH no se ofreció	Con atención prenatal, se ofreció prueba de VIH, pero la mujer no aceptó la prueba	Con atención prenatal, se ofreció prueba de VIH, pero la mujer aceptó, pero resultados desconocidos	Con atención prenatal, se ofreció prueba de VIH, pero la mujer la aceptó y recibió los resultados
Analfabeta	18.8	38.6	8.1	8.7	25.1
Escuela primaria	6.6	32.1	4.3	9.1	48.0
Escuela secundaria	3.7	18.9	3.0	10.0	64.5
Secundaria incompleta	1.9	14.2	3.0	6.8	74.3
Secundaria completa	1.7	15.0	3.0	9.7	70.6
Título universitario	0.6	11.4	2.8	3.9	82.2

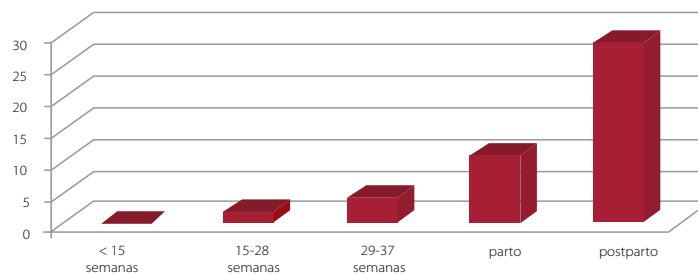
Fuente: [41].

El estado de São Paulo, localizado en el sudeste, cuenta con una población de 39.876.000 y presenta el porcentaje más alto de los casos de sida en Brasil (41,5% para el período 1980-2007 y 31,2% para 2006), el segundo más importante en prevalencia del VIH en mujeres embarazadas (3,0 por 1.000 nacidos vivos en 2006), el mayor número de mujeres embarazadas con VIH [42] y la proporción más alta de TMI, con el 40,2% de casos de todo el país [43]—y donde los casos informados de sida causados por TMI cayeron 71% entre 1997 y 2005 [44]. Esta reducción de los casos de sida probablemente resultó de una combinación de descenso de TMI y del retraso de la progresión de la infección de VIH a sida en los niños y niñas infectados debido al mejor acceso al tratamiento. Los estudios realizados para medir la frecuencia de TMI del VIH en el estado de São Paulo muestran una tasa de infección del 16% en 1995, del 9% en 2000 (intervalo de confianza de 95%, 7,0–11,3%), del 7,5% en 2001 (5,6–9,9%) y del 2,4% en 2002 (1,3–4,1%) [45, 46]. En 2006, en el estado de São Paulo se notificaron 1.906 casos de VIH en mujeres embarazadas sobre un total de 2.959 casos—lo cual refleja una sub-notificación del 35,6% [44]. Sobre un total de 1.906 casos, el 9,1% fueron diagnosticados con VIH durante el parto y 3,6% en el postparto (en comparación con 8,1% y 7,1% respectivamente en 2000); 13,4% no recibieron TAR ni PAR durante el embarazo en 2006 en comparación con 9,2% en 2000 [44].

Aunque la notificación de sífilis congénita es obligatoria en Brasil desde 1986, se ha calculado una sub-notificación anual promedio del 67% [47]; la notificación obligatoria de la sífilis prenatal recién se introdujo en 2005 [47]. Un estudio transversal realizado en 2005 mostró una prevalencia de sífilis materna del 2,3% en situaciones tan diversas como las ciudades de São Paulo (capital del estado de São Paulo) y Fortaleza (capital del estado de Ceará) [48]. Los datos de los casos notificados muestran un incremento de la incidencia de la sífilis congénita de 0,1 casos por 1,000 nacidos vivos en 1998 a 1,6 casos en 2004, lo cual resulta en una estimación de 12.000 niños y niñas nacidos vivos con sífilis congénita por año [49]. Un estudio transversal nacional con datos del año 2000 encontró que el 36,6% de las mujeres blancas y el 43,6% de las mujeres no blancas de un grupo de mujeres embarazadas ingresadas por trabajo de parto o legrado nunca habían sido estudiadas para sífilis [50]. Se calcula que en el estado de São Paulo sólo se notificó el 35,2% de los casos en 2006 [44]. Entre los casos de sífilis en mujeres en el estado de São Paulo durante el período 2001-2005, el 76,3% recibieron atención prenatal, pero sólo el 59% de ellas y el 13% de sus parejas sexuales recibieron tratamiento durante el embarazo [44].

En **Colombia**, el 96% del total de casos de VIH notificados desde 1983 en los cuales se conoce el modo de transmisión ocurrieron a través de las relaciones sexuales, con una tendencia al alza hacia la transmisión heterosexual; el 73% de los casos notificados restantes fueron debidos a TMI [9]. No obstante, se calcula que la sub-notificación de casos con VIH es del 40,8% [9]. La prevalencia estimada del VIH en Colombia en el grupo de 15 a 49 años de edad es del 0,6% [51]. Su distribución muestra diferencias regionales amplias: Atlántico, en la costa del Caribe, es el departamento con la prevalencia de VIH más alta, con 1,2% en 1999 y 1,7% en 2003. A partir de la vigilancia centinela de mujeres embarazadas, se estima que la prevalencia nacional del VIH era de 0,1% en el año 1991, 0,2% en 1999, y 0,6% en 2003 [9]. En el período 2003-2005, durante la puesta en práctica del Proyecto Nacional de Reducción de la Transmisión Madre Hijo, la prevalencia más alta de VIH en mujeres embarazadas se encontró en los departamentos del Caribe, en Quindío y en Santander [52]. Los datos epidemiológicos obtenidos en dicho programa muestran que la región del Caribe es la que tiene la menor cobertura de atención prenatal del país (13,1% de las mujeres no reciben atención prenatal), el mayor porcentaje de mujeres diagnosticadas con VIH de forma tardía (4,8% antes de las 16 semanas de gestación y 23,8% después de la semana 37), el número más elevado de mujeres con un plazo de menos de 90 días desde el momento de confirmación del diagnóstico de VIH hasta el parto (en 50,4% de las mujeres embarazadas) y la menor frecuencia de cesáreas realizadas en mujeres con VIH (75%) [52]. La TMI del VIH fue más elevada en la ausencia de atención prenatal, en casos de identificación tardía de mujeres embarazadas y cuando la carga viral inicial de las mujeres fue mayor de 10.000/mm³; cuanto más temprano en el embarazo el diagnóstico del VIH, menor la TMI del VIH, tal como se muestra en el Gráfico 4.4 [52].

Gráfico 4.4: Porcentaje de niños infectados con VIH por edad gestacional en el momento del diagnóstico del VIH, Colombia 2005

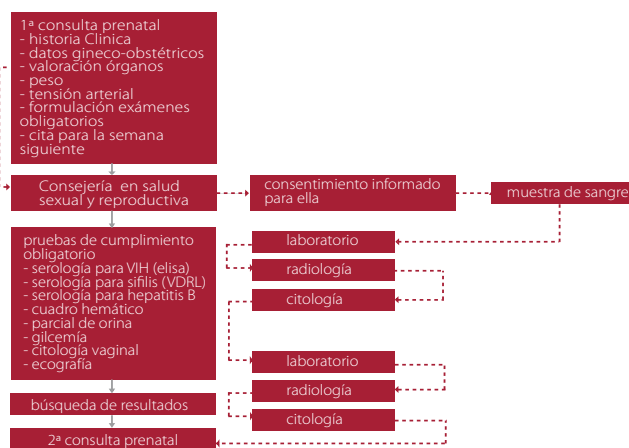


Fuente: [52].

En las zonas en las que las políticas de salud fueron diseñadas desde la perspectiva de la medicina social—como en Bogotá—o con la participación de organizaciones de personas con VIH—como en Cali—el diagnóstico de VIH y sífilis durante el embarazo ocurrió en una etapa más temprana y el recorrido de las mujeres embarazadas en busca de asistencia sanitaria fue más fluida. No obstante, se pudieron identificar varias barreras. Primero, la fragmentación de la atención primaria en salud contribuye al debilitamiento de la infraestructura de laboratorios, dificultando la experiencia de búsqueda de atención en salud para las mujeres embarazadas, dado que los centros de salud materno-infantil pueden subcontratar la prestación de las diferentes pruebas de tamizaje requeridas durante la atención prenatal a una variedad de proveedores de salud, a veces localizados a grandes distancias (ver Gráfico 4.5)—todo lo cual contribuye a retrasos en el diagnóstico. Segundo, la baja prioridad asignada al VIH y la sífilis por parte del personal de salud y la alta rotación de personal médico interrumpe la continuidad de la atención. Tercero, el extenso subregistro de datos epidemiológicos sobre VIH y sífilis impide la visualización de estas epidemias y contribuye a su baja priorización y su escaso financiamiento. Por último, el conflicto armado interno amplifica la mayoría de las barreras existentes para el diagnóstico temprano y la atención [53].

En 2002, la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas se estimaba en 2,2%, mientras que la incidencia de sífilis congénita se estimaba en 1,5 casos por 1.000 nacidos vivos [37]. Se estima que la coinfección con sífilis en mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH es del 5,8% [54]. Desde 1996, en Colombia la prueba de sífilis es obligatoria durante el embarazo, pero en el 50% de los partos institucionales no se registra; el 60% de los casos registrados se diagnostican durante el último trimestre de gestación, y sólo un tercio de los casos diagnosticados reciben tratamiento completo y oportuno [54].

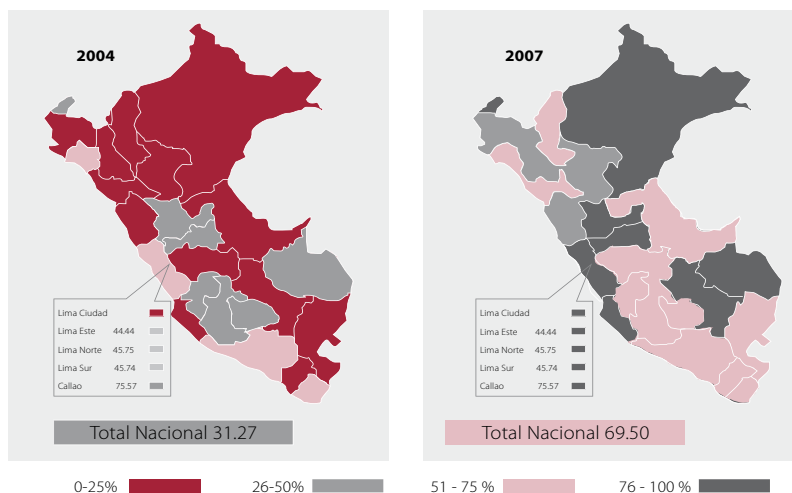
Gráfico 4.5: Experiencia frecuente de las mujeres embarazadas que buscan atención en salud en Colombia, 2007



Fuente: [55]

En **Perú**, el Ministerio de Salud ha desarrollado una nueva estrategia integrada de la PTMI del VIH y de la sífilis, tal como se refleja en las directrices técnicas de 2008 [56]. En 2007 se notificó un total de 529 mujeres con diagnóstico de VIH durante el embarazo [57]. Se estima que la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas varía entre 0,2 y 0,3%, lo cual se traduce en aproximadamente 450 niñas y niños nacidos con VIH cada año en el país; en Lima, la prevalencia en mujeres embarazadas en 2002 fue de 0,4% [58]. Entre 1987 y 2005 se notificaron 1.823 casos de VIH en personas menores de 18 años de edad, 65% de las cuales estaban en Lima [58]. Con 68,6% de las mujeres embarazadas estudiadas para detectar el VIH en 2007, Perú ha realizado un esfuerzo considerable para incrementar la cobertura de las pruebas (ver Gráfico 4.6). El porcentaje de mujeres con una prueba positiva que reciben PAR o TAR también ha aumentado del 50,6% en 2006 al 81,9% en 2007 [59]; sin embargo, un análisis de los datos desglosados por provincia mostró que no existe una asociación entre el incremento de las pruebas y el aumento de la cobertura de la PTMI [59].

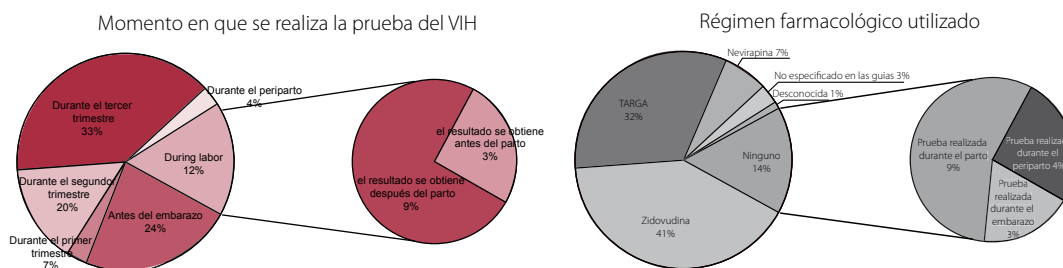
Gráfico 4.6: Cobertura de las pruebas para el VIH durante el embarazo en el Perú, 2004-2007



Fuente: [60, 61].

En 2005-2006, se realizó una evaluación en siete maternidades de Lima sobre la eficiencia de las intervenciones para prevenir la transmisión vertical de VIH [62], resumido en el Gráfico 4.7. De los y las 200 recién nacidos de estas 198 mujeres, el 68,5% no recibieron ninguna prueba de acuerdo con las normas técnicas nacionales, y los hospitales desconocían su sero-estatus. En cuanto a los niños y niñas a quienes se les realizaron pruebas virológicas a los seis meses de edad o con ensayo inmuno-absorbente ligado a enzimas (ELISA) a los 18 meses, el 10,3% de quienes nacieron en 2005 y el 15,4% de quienes nacieron en el primer trimestre de 2006 fueron diagnosticados con VIH. Del total de niñas y niños diagnosticados con el VIH, sólo en el 20% se realizaron los exámenes como parte del protocolo de atención, mientras que en el 80% restante los diagnósticos se realizaron como parte de estudios de investigación [62]. El alto porcentaje de TMI refleja la falta de cumplimiento con los protocolos clínicos existentes

Gráfico 4.7: Momento en que se realiza la pruebas del VIH durante el embarazo y régimen farmacológico utilizado en una cohorte de mujeres diagnosticadas con el VIH en siete maternidades de Lima, Perú, 2005-2006



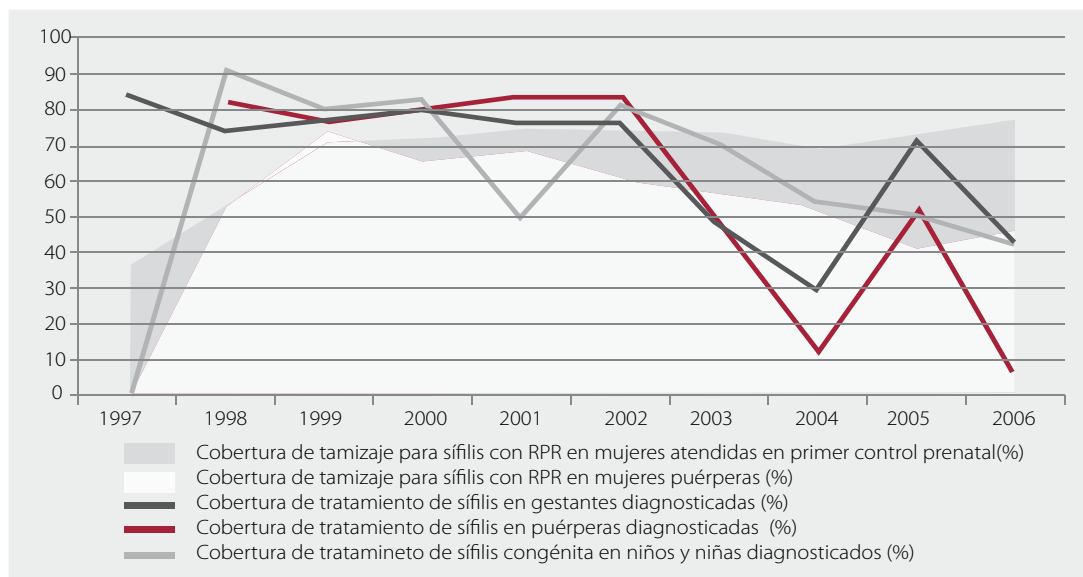
Fuentes: [59, 62].

En un estudio centinela realizado en el año 2000 con participación anónima durante el periparto en 25 ciudades peruanas se encontró una prevalencia de sífilis del 1,4% a nivel nacional, 1,3% en Lima y 1,4% en promedio para el resto de las ciudades; la muestra incluyó a mujeres que nunca habían buscado atención prenatal [63]. La prevalencia nacional de sífilis observada en 2002 es de 0,6%, con cifras más altas en las zonas rurales de la sierra y la selva [58]; un estudio realizado durante el mismo año en 24 ciudades mostró una prevalencia del 1,1% en mujeres y en varones de 18 a 29 años de edad [63]. En un estudio con 10.212 mujeres embarazadas que habían buscado atención prenatal en 2002 y brindaron su consentimiento para participar en el estudio, se encontró una prevalencia general de sífilis de 0,6%, 1% en la selva, 0,9% en la sierra y 0,2% en la costa; la prevalencia general del VIH fue de 0,21%, 0,34% en la selva, 0,30% en la costa, y 0,03% en la sierra [58].

El Gráfico 4.8 muestra que el tamizaje para sífilis en mujeres embarazadas oscila en torno al 72% desde 1999, mientras que la cobertura de tratamiento durante la atención prenatal ha disminuido desde 2002. En mujeres púérperas, el tamizaje ha descendido desde 1999 y la

cobertura de tratamiento ha disminuido desde 2002; la cobertura de tratamiento de la sífilis congénita ha disminuido desde 1998

Gráfico 4.8: Evolución de la cobertura de tamizaje y tratamiento para sífilis en mujeres embarazadas y puérperas y de la cobertura de la atención para sífilis congénita en establecimientos del Ministerio de Salud. Perú, 1997-2006.



Fuentes: [59], basado en [63, 64].

Bolivia, donde la prevalencia estimada del VIH en adultos de 0,2% es de las más bajas de Sudamérica [1], cuenta con una de las mayores prevalencias de sífilis congénita del mundo. Los datos de vigilancia centinela de 2002 muestran una prevalencia del VIH de 0,2% en las mujeres embarazadas de las zonas urbanas más importantes [65]. En 2007, 20 (o el 0,7%) de las 2.983 unidades de atención prenatal de todo el país ofrecieron pruebas y consejería para el VIH y 2,5% de las 318.000 mujeres embarazadas estimadas recibieron el resultado de la prueba [66]. Del total estimado de 759 mujeres embarazadas con VIH, 34 (o el 4,5%) recibieron profilaxis o tratamiento antirretroviral en 2007 [66]. Un estudio de corte transversal realizado en 2004 en cuatro provincias con 1.594 mujeres postparto mostró una prevalencia de sífilis del 7,2%; menos de ocho años de educación en la mujer y en su pareja y falta de atención prenatal fueron fuertes predictores de sífilis congénita [67]. Un total de 80,3% de las mujeres que recibieron atención prenatal en 2002 nunca fueron tamizadas para sífilis por falta de servicios de laboratorio, en particular en las zonas rurales [67]. Un estudio realizado en 2003 y 2004 encontró que el costo promedio de la prueba de sífilis usando la reagin plasmática rápida (RPR) fue de US\$1,48 y el de la prueba rápida (tira inmunocromatográfica o TIC) fue de US\$1,91; en los centros de salud sin laboratorio, el costo por mujer tamizada con una prueba rápida fue de US\$2,84 [68].

Países de América Central

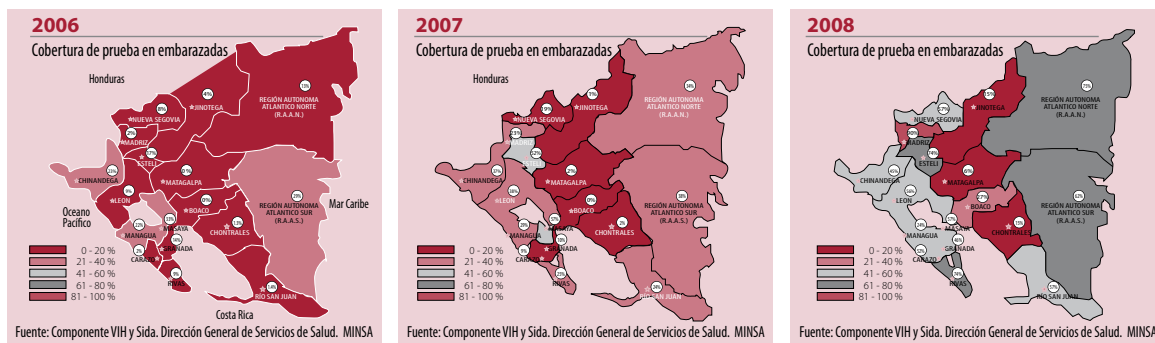
La prevalencia estimada de VIH en **Panamá** en 2007 y 2008 fue del 1% en personas adultas—la segunda más alta en Centroamérica después de Belice [1, 69]. En mujeres embarazadas fue del 0,3% en 2008—y tan alta como el 1,9% en la provincia caribeña de Colón [69]. En 2008, la cobertura de PTMI fue del 53% de los nacimientos institucionales, que representan el 98% de todos los nacimientos [69]. La prevalencia nacional agregada de VIH en mujeres embarazadas ha descendido desde 2005, cuando se estimaba en 0,7% [70]. La TMI del VIH es responsable de 3,6% de la transmisión del VIH, y desde septiembre de 2006 se han diagnosticado con sida 322 niños y niñas menores de 15 años [71]. La incidencia de la sífilis congénita ha variado entre el 0,1 y el 0,5 por 1.000 nacidos vivos durante el período 1990-2005 [71]. Las pruebas de tamizaje del VIH se ofrecen de forma gratuita a las mujeres embarazadas desde marzo de 2006 [71].

Un análisis situacional de las instituciones de salud pública de Panamá mostró que las pruebas de detección de la sífilis durante el embarazo están consideradas como un procedimiento sistemático, aunque siguen existiendo lagunas en la prestación del tratamiento a las mujeres con un resultado positivo. La capacitación en VIH no incluyó la PTMI, la mayoría de profesionales de la salud no habían recibido capacitación acerca de consejería pre- o post-prueba, los protocolos para la PTMI no siempre estaban disponibles, las mujeres que llegaban en trabajo de parto no siempre se tamizaban para el VIH, los laboratorios muchas veces no estaban equipados con medidas actualizadas de bioseguridad y tampoco contaban siempre con reactivos, los casos de VIH durante el embarazo se categorizaban como de muy alto riesgo, pero no existía un sistema

de referencia bien definido, la carga viral y las pruebas de CD4 sólo se realizaban una vez por año a las mujeres embarazadas, no existía un protocolo clínico nacional para el manejo de niños expuestos al VIH, y la recolección de datos y la notificación de indicadores clínicos y de proceso para la vigilancia epidemiológica eran con frecuencia incompletos [71].

En **Nicaragua**, se estima que la prevalencia del VIH en adultos era del 0,2% en 2007 [1], con 94% debido a la transmisión sexual; sobre 672 casos de VIH notificados en 2007, el 35% correspondieron a mujeres [72]. En 2008, se amplió la cobertura de consejería y pruebas para el VIH a todos los municipios, lo cual resultó en un 61,6% de mujeres embarazadas tamizadas para el VIH con la prueba rápida en los ocho departamentos priorizados de Nicaragua, un aumento comparado con el 21% en 2006 [73] (ver Gráfico 4.9). A nivel nacional, 43 mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH—el 52,2% del total—recibieron PAR en 2007, un aumento en comparación con el 43,9% en 2006 [74]. Se alcanzó el incremento de la cobertura gracias a la adquisición de equipo de laboratorio y reactivos, además de la capacitación de 152 técnicos y técnicas en el diagnóstico del VIH; en los municipios del Caribe, con poblaciones predominantemente indígenas y afrodescendientes, las unidades de salud cuentan con tecnología alimentada con energía solar para el diagnóstico del VIH. Las estrategias de extensión de la PTMI se han fortalecido con brigadas móviles para brindar educación, consejería y pruebas rápidas de tamizaje del VIH, la referencia de las personas con resultados positivos al VIH a la unidad de salud más cercana y con visitas domiciliarias realizadas por 236 parteras tradicionales y líderes comunitarios que desempeñan actividades de consejería comunitaria para la PTMI [75].

Gráfico 4.9: Expansión de la cobertura de las pruebas para el VIH durante el embarazo, Nicaragua 2006, 2007, 2008



Fuente: [73].

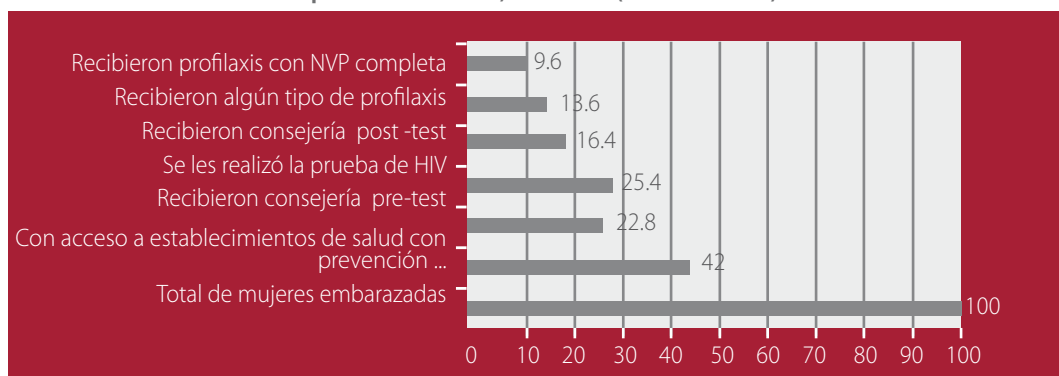
Países del Caribe

En el Caribe, las Bahamas, Barbados, Cuba y Jamaica han alcanzado o están trabajando para alcanzar la cobertura universal de la PTMI en los programas del VIH, mientras que Belice, Guyana, Haití, Surinam, Trinidad & Tobago y República Dominicana han quedado rezagados [24]. **Haití**, el país del Caribe con el mayor número de personas que viven con VIH, tiene una prevalencia estimada en adultos del 2,2% y se estima que 6.800 niños y niñas tienen VIH en 2007 [1]. En 2008 se tamizaron para el VIH 143.037 mujeres embarazadas en los 98 centros que ofrecen PTMI de todo el país; se encontró una prevalencia del VIH de 3,1% y, en niños y niñas expuestos al VIH nacidos en dichos establecimientos ese año fueron diagnosticados con VIH el 25,8% [76]. Un 5% de las 105.429 mujeres que recibieron pruebas de tamizaje de sífilis dieron resultados positivos [76]. Los datos que surgen de dos estudios realizados con un nivel de recursos mayor al promedio en Haití mostraron resultados prometedores. En un centro de PTMI de Puerto Príncipe, la capital, se realizó un estudio retrospectivo de la TMI en niños y niñas menores de un año nacidos de mujeres con VIH durante el período entre 1999 y 2005; en las 407 mujeres que habían recibido un ciclo corto de zidovudina o Sd-NVP, hubo transmisión en 10,8% de los casos, mientras que en las 60 mujeres que recibieron TAR, la TMI fue del 1,9% [77]. En los centros de PTMI de la región central de Haití, en donde la mayoría de la población vive en condiciones de extrema pobreza, se introdujo el uso de manchas de sangre seca (en inglés: *Dried Blood Spots*, DBS) sobre papel de filtro en 2004 para el diagnóstico de niños y niñas menores de un año expuestos al VIH. Se tamizó a los niños y niñas al mes y a los cuatro meses de edad y la DBS se procesó en el extranjero con pruebas de reacción de cadena de polimerasa (PCR). Un estudio realizado con los primeros 138 niños y niñas inscritos en el programa mostró que el tiempo mediano desde la recolección de sangre a la obtención de los resultados de la prueba fue de 1,7 meses en Haití, mientras que la mediana de edad a la cual se confirmó el diagnóstico de VIH (en un total de 15 niños y niñas) fue de 7,3 meses (comparado con 18 meses sin DBS) [78]. El diagnóstico temprano con DBS permitió el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral y el diagnóstico adecuado de enfermedades de la niñez con presentaciones clínicas similares (tales como la tuberculosis o la desnutrición), además de la suspensión de la profilaxis con cotrimoxazol en quienes se confirmaban como negativos al VIH. En Haití, donde la mayor parte de las mujeres embarazadas en áreas rurales no tienen acceso a las pruebas de tamizaje de la sífilis, un estudio proyectó que la integración

de las pruebas rápidas para sífilis dentro de un programa nacional de PTMI del VIH podría prevenir más de 1.100 casos de sífilis congénita por año y más de 1.200 muertes de recién nacidos u óbitos fetales, fundamentalmente en las zonas rurales, con un costo estimado de US\$108 a US\$218 por resultado adverso prevenido [33].

En la **República Dominicana** se notificaron a ONUSIDA 1.649 mujeres embarazadas con VIH [1]; la prevalencia nacional estimada del VIH en mujeres embarazadas en 2006 fue de 2,3% [79] y se estima una cobertura de la PTMI del VIH del 41% [24]. En 2005, los datos de vigilancia del VIH proporcionados por nueve hospitales muestran una prevalencia de mujeres embarazadas primíparas con VIH que varió desde un hospital con 4,1% (municipio de Boca Chica en Santo Domingo), a cinco hospitales con una prevalencia entre el 2 y el 3% y tres hospitales con una prevalencia menor del 2% [80]. Aunque más de dos tercios de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal, los esfuerzos de prevención del VIH están enfocados en la prevención de la TMI con Sd-NVP—sin seguimiento de las mujeres con VIH [81, 82]. En el año 2000, en un esfuerzo para reducir la TMI del VIH, el Ministerio de Salud introdujo la PTMI en todas las instituciones maternoinfantiles del país. Los dos obstáculos principales que se encontraron fueron la baja frecuencia de sesiones de consejería voluntaria (28% de mujeres embarazadas) y el número inadecuado de pruebas rápidas de VIH efectuadas (al 54% de las mujeres que recibieron atención prenatal se les tamizó para el VIH) [82]. En 2005, el Ministerio de Salud estableció la meta de 0% de casos de TMI de VIH. Sin embargo, entre 2005 y 2006, de todas las gestantes con VIH estimadas en el país, el 25,4% se hicieron la prueba de VIH y el 9,6% recibieron profilaxis antirretroviral con una dosis única de nevirapina (como muestra el Gráfico 4.10), la medida profiláctica recomendada en el momento en las normas nacionales, mientras que se calcula que entre 1.558 y 3.896 recién nacidos nacieron con VIH o adquirieron VIH de forma perinatal [79].

Gráfico 4.10: Brechas en la PTMI en República Dominicana, 2005-2006 (Cobertura en %)



Fuente: [79].

En cuanto a la sífilis, de la que se encarga otro programa del Ministerio de Salud, un estudio realizado en 2006 encontró que, sobre el total de mujeres embarazadas en la República Dominicana, sólo se realizaron 107 pruebas de tamizaje de la sífilis, en comparación con 22.800 pruebas de tamizaje del VIH [79]. Un estudio centinela realizado en 2006 en 13 centros de salud de todo el país encontró una prevalencia de sífilis materna del 1,38% en mujeres cuyas edades variaron entre los 15 y los 24 años y del 1,43% entre aquéllas entre los 25 y los 49 años [83].

Cuba tiene la prevalencia estimada de VIH más baja de las Américas: 0,1 en la población total [1] y 0,01 en mujeres embarazadas [84]. Se estima que les 99,4% de las infecciones se adquieren a través del contacto sexual [85]. Sobre un total de 10.655 personas diagnosticadas con VIH a fines de diciembre de 2008 [86], 2.074 (19,5%) eran mujeres. Desde el primer diagnóstico de VIH a fines de 1985 [87, 88], el estudio de las historias reproductivas del 26% de las mujeres embarazadas con VIH mostró que la tasa de fecundidad de las mujeres con VIH aumentó de 0,1 hijos por mujer en el período 1985-1996 a 0,2 en el período 2002-2006 [10, 89, 90]. Un total de 354 mujeres con VIH han dado a luz a 382 niños hasta septiembre de 2009, la mayor parte de los cuales nacieron después de 2001 [10, 86, 91]—cuando el tratamiento antirretroviral se tornó ampliamente disponible en Cuba [92]. Aunque 36 de estos niños adquirieron el VIH durante el embarazo, el trabajo de parto o la lactancia— y 11 de ellos habían muerto antes de septiembre de 2009 [93]—la tasa de TMI en Cuba ha disminuido con la introducción de medidas de prevención cada vez más integrales. La Tabla 4.3 muestra las cifras precisas de transmisión materno-infantil del VIH según diferentes tipos de intervención clínica; los 72 niños y niñas en evaluación para el VIH no están incluidos. La cobertura de la PTMI es del 100% [94] y el país ha eliminado la sífilis congénita [24]. En consecuencia, ONUSIDA ha descrito el programa de PTMI del VIH en Cuba como “uno de los más efectivos del mundo” [95].

Tabla 4.3: Porcentaje de transmisión maternoinfantil del VIH según el tipo de nacimiento y régimen antirretroviral en Cuba, enero de 1986-septiembre de 2009. (%)

Tipo de nacimiento y régimen antirretroviral	Número de mujeres embarazadas con VIH	Número de niños diagnosticados con VIH	Porcentaje de TMI
Vaginal + sin ARV	51	22	43.1
Cesárea + sin ARV + sin lactancia	49	6	12.2
Cesárea + AZT iniciada después de las 14 semanas + sin lactancia	55	4	7.3
Cesárea + AZT iniciada a las 14 semanas + sin lactancia	46	2	4.3
Cesárea + TAR + sin lactancia	109	2	1.8
Total	310	36	

TMI: de transmisión maternoinfantil del VIH

Fuente: [91, 93].

Se han citado múltiples razones para explicar este éxito relativo: la existencia de un programa de salud maternoinfantil sólido y accesible previo a la epidemia del VIH, las pruebas sistemáticas para la detección del VIH durante el primer y tercer mes del embarazo, el acceso fácil a la interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras 12 semanas, la administración de PAR o TAR a partir de las 14 semanas de embarazo (AZT desde 1997 hasta 2008 y TAR desde octubre de 2008), el parto por cesárea, la recomendación de sustitución de la lactancia y la distribución de leche evaporada—todo ello financiado en su totalidad con recursos públicos y ofrecidos de forma gratuita a toda la población cubana [87, 92, 96, 97]. Cuba es el único país de América Latina que eliminó la sífilis congénita antes del año 2000 [39].

El diagnóstico y seguimiento de los niños y niñas con VIH en Cuba sigue un protocolo bien establecido. Todos los niños y niñas nacidos de mujeres con VIH son evaluados en el Hospital del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí de La Habana; el Ministerio de Salud Pública cubre el transporte por aire o por tierra para el niño o niña y hasta dos miembros de la familia. A los recién nacidos se les tamiza con una prueba de PCR en papel de filtro con manchas de sangre seca a los 15 días del nacimiento. En caso de ser negativa, al niño o niña se le evalúa con pruebas sistemáticas de PCR, ELISA, Western Blot (WB) y Antígeno 24 de Proteína (P-24) a los 3, 6, 9, 12, 18, 24 y 36 meses de edad; cuando dos PCR y dos WB son negativos, se diagnostica al niño o niña libre del VIH y se le refiere a la atención en salud para niñas y niños sanos del programa de médico de familia de su vecindario. Si el PCR en papel de filtro es positivo, se continúa con una prueba de PCR en sangre completa; si esta segunda prueba es también positiva, el niño o niña inicia TAR con independencia de los resultados del CD4 y de la carga viral—con el fin de detener la replicación viral y promover su desarrollo inmunológico. Si el niño o niña tiene una prueba de PCR con sangre seca positiva y una prueba de PCR con sangre entera negativa, se le da seguimiento con pruebas de PCR, recuento de CD4 y carga viral cada tres meses para realizar su clasificación clínica y para administrar TAR en los casos en que sea necesario [98-100]. Desde 1996, todos los diagnósticos de VIH de niños y niñas se han realizado antes de su segundo cumpleaños y, desde 2001, antes de cumplir el año [101]. No obstante, en el caso de niños o niñas que pueden haber faltado a alguna de sus citas—debido a la larga distancia, la dificultad para organizar el transporte u otros motivos—el seguimiento puede continuar hasta los 36 meses de edad.

Retos principales en la ampliación de la atención prenatal para incluir la PTMI del VIH y de la sífilis de forma sistemática

El nacimiento de miles de niños y niñas con VIH y sífilis congénita indica la falta de atención prenatal adecuada, la falta de material (pruebas y reactivos para VIH y sífilis, material para cesárea) y de medicación (antirretrovirales, penicilina), la centralización de los laboratorios y de los servicios especializados tales como el VIH o la obstetricia de alto riesgo, y la falta de coordinación (incluyendo referencia y contra-referencia) entre los servicios de atención obstétrica y los de atención para el VIH [53, 59, 102]. Las barreras en el sistema de atención en salud son causa de la falta de oferta sistemática de las pruebas de VIH y sífilis a las mujeres embarazadas, retrasos para la obtención de los resultados de las pruebas, lagunas posteriores en el seguimiento de la profilaxis y el tratamiento, y pérdida del seguimiento de los niños y niñas expuestos al VIH o a la sífilis y de sus madres. Estas limitaciones ocurren en un contexto de infraestructura limitada y de programas de salud no integrados, lo cual es la norma en la mayor parte de los contextos de ingresos bajos y medios. La inestabilidad política, que interrumpe los

servicios de salud, los cambios frecuentes de liderazgo en el Ministerio de Salud y la falta de atención universal en salud para mujeres, niños y niñas contribuyen a limitar la cobertura de la PTMI durante el embarazo en muchos lugares. También indica que la atención prenatal no está siendo utilizada en su totalidad como puerta de entrada para promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH y sífilis en las mujeres embarazadas, algo que permitiría desarrollar intervenciones no sólo para prevenir la transmisión vertical de VIH y sífilis, sino también para iniciar el tratamiento con penicilina y TAR de por vida en aquellas mujeres que lo necesitan. Además, los programas de PTMI existentes tienden a centrarse en la prevención de la transmisión del VIH al niño, sin prestar debida atención al seguimiento de la mujer embarazada o púérpera.

Es posible que las mujeres no busquen ni atención prenatal ni hacerse las pruebas, o que tengan dificultades para adherir al tratamiento debido a la necesidad de priorizar los cuidados de hijos e hijas o el trabajo remunerado por encima de la búsqueda de atención en salud—en especial cuando son asintomáticas y cuando los recursos financieros son limitados, tal como se ha documentado en Haití [103] y Perú [59]. Incluso en el caso de las mujeres que llegan al sistema de salud, la atención prenatal pueden proveerse a través de una serie compleja de encuentros que requieren mucho tiempo y significan una carga adicional para la mujer embarazada, que debe atravesar un proceso largo y costoso, como se ha documentado en Colombia, donde pocos contextos se incluyen mecanismos para buscar o rescatar a las mujeres que abandonan el proceso [53]. Las mujeres inscritas en los programas de PTMI pueden perderse del sistema de salud junto con sus hijos e hijas si tienen el parto en el hogar o en otro hospital en el que se desconoce su situación de infección por el VIH o la sífilis—perdiéndose así la oportunidad de proporcionar profilaxis en el momento adecuado al recién nacido. En ciertos casos, debido a la falta de conocimiento de la gravedad del VIH o de la sífilis, a la preocupación por la divulgación de la información, al estigma asociado con el sida o al temor a la violencia doméstica o política [104], las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH pueden mantenerse alejadas de los servicios de salud—en particular cuando están localizados en su vecindario—y prescindir de la atención del VIH, tanto para sí mismas como para sus hijos e hijas. Incluso cuando la mujer que lleva a sus hijos o hijas a los centros de salud, no siempre mencionan su exposición al VIH o a la sífilis, en particular cuando sus hijos o hijas no muestran síntomas reconocibles por sus madres.

La heterogeneidad actual en el acceso a la atención prenatal y la atención al VIH y a la sífilis en los países de América Latina y el Caribe es causa de preocupación y apunta a la necesidad de mejorar el acceso a la prevención y al tratamiento [105] y a la promoción del diagnóstico temprano del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), fortaleciendo al mismo tiempo la atención primaria en salud. La cobertura de la atención prenatal—que debería incluir al menos cuatro visitas por embarazo—también muestra variaciones en toda ALC: se estima que el 86% de las mujeres se atienden al menos una vez durante el embarazo por personal de salud calificado (médico, enfermera u obstetra) [106]. La proporción de mujeres que nunca recibieron atención durante el embarazo llega al 40% en Guatemala, 31% en Ecuador y Bolivia y 30% en Costa Rica, mientras que la proporción de mujeres que se han atendido al menos una vez durante el embarazo es del 86% en México y Brasil, 91% en Colombia, 98% en República Dominicana y 100% en Cuba [106]. Incluso en los países con cobertura de atención prenatal adecuada, la integración efectiva de la atención prenatal con la atención al VIH y a la sífilis resulta difícil. De todos los países de ALC que notifican datos acerca de la TMI, nueve ofrecían prevención de TMI del VIH en apenas algo menos del 30% de los servicios de salud, uno en entre 31-60% y diez en más del 61% [79], mientras que se desconoce el número de mujeres atendidas en dichos centros de TMI que recibieron atención para su propia infección por el VIH.

Sólo algunos estudios recientes subrayan el vínculo entre los obstáculos para la realización de las pruebas para VIH y sífilis durante el embarazo con la pobreza, el bajo nivel de escolaridad y la inequidad de género—y gran parte del trabajo realizado apenas logra responder a estos problemas con intervenciones directas de alcance amplio. Es por tanto necesario identificar las barreras que existen en los programas de PTMI en distintos contextos sociales para diagnosticar el VIH y otras ITS en mujeres embarazadas con el objetivo de llevar a la práctica estrategias eficaces que transformen la situación actual. Es poco probable que las estrategias de intervención logren tener un impacto en la población a la que están dirigidas si no se tienen en cuenta las barreras existentes en todos los niveles; las poblaciones de mujeres, niños y niñas más vulnerables—con el mayor riesgo de adquirir el VIH y la sífilis—son las que tienen una menor probabilidad de beneficiarse de intervenciones para mejorar la atención en salud que no logren responder a las barreras individuales, sociales y del sistema de salud.

También existe la necesidad de comprender la magnitud y la distribución del VIH y de la sífilis prenatal y neonatal. Aunque muchos países cuentan con sistemas de vigilancia centinela, el conocimiento epidemiológico es limitado debido al subdiagnóstico y los sistemas de notificación de poca calidad que con frecuencia se basan en múltiples formularios de papel en los que la información no se recaba de modo sistemático y en procedimientos de notificación manejados por personal sobrecargado—lo cual resulta en una gran subnotificación. De forma adicional, la manera actual de notificación de los datos

obtenidos en los programas de PTMI puede crear confusión, ya que el numerador incluye a mujeres que reciben ya sea PAR (Sd-NVP o combinaciones profilácticas de dos o tres ARV) o TAR, sin desagregar según los diferentes tipos de regímenes farmacológicos [107]—lo cual limita la relevancia de los datos para fines clínicos, epidemiológicos y programáticos. Sólo ocho países de ALC notificaron datos desagregados según el tipo de régimen en 2008 [26], aunque no se han publicado datos específicos sobre regímenes farmacológicos por país.

Estrategias prioritarias para la integración de la asistencia prenatal con el diagnóstico y el manejo clínico del VIH y de la sífilis

De acuerdo con la Meta de Desarrollo para el Milenio número 6, la Organización Panamericana de la Salud ha fijado la meta de una reducción de la TMI del VIH a menos del 5% para el año 2015 y una incidencia de sífilis congénita a menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos [108]. Entre las estrategias previstas para cumplir con estas metas, se esperaba que “Para 2007, las intervenciones para la PTMI y las acciones para prevenir la sífilis congénita estarían integradas en la atención prenatal. El seguimiento debe incluir la TAR en las mujeres con VIH que lo requieren y la atención para la madre y el recién nacido después del parto (“PTMI+”)[108]. En 2008, la OPS y UNICEF lanzaron la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, dirigida a reducir la TMI del VIH a 2% en 3 años y la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos en 3 años para 2015 [109]. Finalmente, la Estrategia Regional y el Plan de Acción de Salud Neonatal dentro del Proceso Continuo de la Atención en Salud para las Madres, Recién Nacidos y Niños [110] es un consenso entre diversas agencias que también promueve la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis en América Latina y el Caribe.

Los planes de implementación basados en la investigación operativa rigurosa pueden ayudar a alcanzar estas metas. La Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis (ILAP), lanzada en noviembre de 2007 en Ciudad de Panamá, tiene el objetivo de reforzar los sistemas de salud a través de la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la sífilis y de desarrollar mecanismos para proveer atención en salud que contribuyan a la estrategia mundial de Acceso Universal a la prevención, tratamiento y atención del VIH [55]. ILAP reúne la experiencia de especialistas de los programas nacionales de sida de Brasil, Colombia, Cuba, República Dominicana, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay, tomadores de decisiones en la salud pública, personal de salud y gerentes de programas que trabajan en múltiples países e instituciones internacionales (UNICEF y ONUSIDA) con la investigación operativa etnográfica y epidemiológica y el análisis de las políticas de salud (Facultad de Medicina de la Universidad Harvard). El objetivo común es el desarrollo de un plan de intervenciones en múltiples países guiado por la investigación operativa para universalizar las pruebas de detección y el tratamiento del VIH y de la sífilis durante la atención prenatal y neonatal. Sus aplicaciones a nivel de salud pública son enormes: los objetivos de ILAP son contribuir al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno del VIH y sífilis en mujeres, disminuir las cifras de transmisión maternoinfantil de VIH, sífilis congénita y otras ITS, y brindar atención de mejor calidad a un número mayor de mujeres, niños y niñas en ALC—al tiempo que se provee un marco para un cambio a gran escala de las políticas a nivel nacional e internacional dirigido a fortalecer los sistemas de salud. Los mismos mecanismos pueden ser utilizados para prevenir y tratar otras infecciones de transmisión sexual. Aunque cada plan de acción es específico para cada país, el trabajo realizado en colaboración a través de ILAP permite compartir las estrategias de ejecución y resolución de problemas y apoyar el avance de los países de ILAP a alcanzar las metas de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, gracias a la coordinación que UNICEF realiza entre las dos iniciativas.

La promoción del acceso a la atención prenatal, la expansión de la atención maternoinfantil existente y el fortalecimiento de los centros menos equipados deben constituirse en una prioridad en las acciones de ampliación de la cobertura de las pruebas de detección y el tratamiento precoz para VIH, sífilis y otras ITS durante el embarazo como mecanismos para fortalecer los sistemas de salud. Esta estrategia puede contribuir también para prevenir la transmisión del VIH a través de la consejería para reducción de riesgo y de la supresión viral mediada por el tratamiento antirretroviral [111].

Las estrategias recomendadas deberían incluir:

1. Desarrollar mecanismos para integrar todas las actividades relacionadas con la PTMI del VIH con las relacionadas con la PTMI de la sífilis congénita. Esto debería formar parte de una estrategia para integrar la atención prenatal con la detección y el manejo del VIH, de la sífilis y otras ITS durante el embarazo.

- 1.2 Revisar las guías técnicas nacionales y los protocolos clínicos y actualizarlos de acuerdo con las últimas directrices de tratamiento de OMS/OPS para VIH y sífilis y las estrategias de Manejo Integrado de las Enfermedades de Adolescentes y Adultos (*Integrated Management of Adolescent and Adult Illness*, IMAI) de la OMS [112] y de Manejo Integrado de Enfermedades de la Niñez (*Integrated Management of Childhood Illness*, IMCI) de OMS/UNICEF [113]. Incluir sus módulos de capacitación en la educación formal de las y los profesionales de la medicina y la enfermería, de trabajadores de salud comunitarios y de otros profesionales de la salud, como ya se está realizando en algunos países.
- 1.3 El tamizaje universal de mujeres embarazadas para el VIH y la sífilis materna debe incluirse en las guías técnicas nacionales y en los protocolos clínicos [114-116] y debe ofrecerse a todas las mujeres embarazadas sin que sea necesario solicitar aprobación de aseguradoras de salud tanto públicas como privadas.
- 1.4 El tiempo de respuesta de los laboratorios para las pruebas de VIH y sífilis —el intervalo entre la toma de sangre y la decisión clínica basada en los resultados de la prueba— se acortaría si se utilizaran con más frecuencia las pruebas de tamizaje rápidas, en particular en las zonas remotas. En todos los casos, la toma de sangre de las mujeres embarazadas para las pruebas de VIH y sífilis debe realizarse durante el primer encuentro clínico y de este modo evitar la pérdida de oportunidades—sin importar que tengan que realizarse otras pruebas— y cuando llegan en trabajo de parto.
- 1.5 El diagnóstico precoz de la infección por VIH, seguido de una evaluación inmediata de la elegibilidad para un posible inicio inmediato de TAR, mejoraría los resultados en salud tanto para la madre como para su hijo o hija—con beneficios adicionales directos para la unidad familiar en su totalidad. Se ha sugerido que, en el caso de la sífilis, es factible introducir las pruebas rápidas en los servicios que carecen de infraestructura de laboratorio por un pequeño costo adicional por mujer tamizada [68] y, en aquellos lugares en los que las pruebas de confirmación de la sífilis durante la atención prenatal no están siempre disponibles, se ha recomendado la política de hacer la prueba y tratar [33, 117-119]. Si también se demuestra beneficioso para la mujer embarazada, el enfoque de hacer la prueba y tratar debería considerarse para el VIH [120].
- 1.6 El resultado positivo a la prueba de VIH durante el embarazo debe conducir a un seguimiento más cercano y a calificar para el ingreso en el grupo de embarazos de alto riesgo—sin resaltarlas por la condición de VIH para prevenir la estigmatización—aún cuando no se haya obtenido aún el resultado de la prueba confirmatoria. Es necesario llevar a la práctica mecanismos pro-activos de seguimiento clínico y de notificación epidemiológica para evitar que las mujeres embarazadas con un diagnóstico presuntivo de VIH se pierdan del sistema de atención.
- 1.7 Debe alentarse la realización de pruebas de detección a las parejas de las mujeres diagnosticadas con VIH y sífilis para prevenir la reinfección de las mujeres y proporcionar tratamiento a sus parejas mediante la consejería post-prueba y la promoción de la participación de las parejas de sexo masculino en el proceso del embarazo y de atención prenatal. No obstante, esto puede no ser factible cuando el VIH está muy estigmatizado, en particular cuando las mujeres sufren violencia doméstica como resultado de su diagnóstico. En tales casos se deben promover los mecanismos indirectos de participación y alcance comunitario para alentar a las parejas a realizarse la prueba y tratarse.
- 1.8 A todos los recién nacidos expuestos al VIH y a la sífilis se les deben realizar las pruebas y tratar tan pronto como sea posible y sus madres deben recibir toda la información acerca de las opciones para alimentar a sus hijos e hijas, incluyendo el acceso a los sustitutos de la leche materna, como parte de un enfoque integral de asistencia en salud. Se debe implementar el seguimiento clínico proactivo y los mecanismos de notificación epidemiológica para evitar perder del sistema de atención a estos niños y niñas y a sus madres.
- 1.9 En el caso de las mujeres diagnosticadas con VIH antes o durante el embarazo es necesario poner en práctica todos los mecanismos necesarios para ofrecer seguimiento clínico tras el parto—dar a luz no debería ser visto como el punto final de la prestación de TAR —, consejería sobre la prevención secundaria para evitar infecciones y reinfecciones, y consejería sobre anticoncepción o planificación de embarazos futuros.
- 1.10 Los datos recabados mediante los formularios de las historias clínicas de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos deben ser mejor utilizados para mejorar su seguimiento clínico y fortalecer los sistemas de monitoreo y de evaluación.

La puesta en práctica de estas diez recomendaciones tendría resultados inmediatos en la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos e hijas, y contribuiría a disminuir la transmisión del VIH y de la sífilis y al mismo tiempo fortalecer los sistemas de salud.

Referencias

1. UNAIDS. **2008 Report on the Global AIDS Epidemic**. Geneva: UNAIDS; 2008.
2. PAHO. **Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean**. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2009.
3. Bastos FI, Caceres C, Galvao J, Veras MA, Castilho EA. **AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response**. *Int J Epidemiol* 2008;37:729-737.
4. Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P, Bronfman M. **Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37 Suppl 4:S215-226.
5. Martínez GP, Olea NA, Chiu AM. **Situación epidemiológica de la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Chile [Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile]**. *Rev Chilena Infectol* 2006;23:321-329.
6. Montano SM, Sánchez JL, Laguna-Torres A, Cuchi P, Ávila MM, Weissenbacher M, et al. **Prevalences, genotypes, and risk factors for HIV transmission in South America**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;40:57-64.
7. National AIDS Program Argentina. **Epidemiological surveillance report. December**. Buenos Aires: Ministry of Health; 2005.
8. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, Mayorga R, Tapia KA, Astete SG, et al. **Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;46:101-111.
9. UNAIDS. **Infección por VIH y sida en Colombia: Estado del arte 2000-2005**. Bogotá: ONUSIDA Grupo Temático para Colombia and Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social de Colombia; 2006.
10. Castro A, Khawja Y, González-Núñez I. **Sexuality, reproduction, and HIV in women: the impact of antiretroviral therapy in elective pregnancies in Cuba**. *AIDS* 2007;21 Suppl 5:S49-54.
11. Ministerio de Salud del Perú. **Sentinel Surveillance Report**. Lima: Directorate of Epidemiology; 2005.
12. Newell ML. **Current issues in the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 infection**. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006;100:1-5.
13. WHO. **Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Towards universal access**. Geneva: World Health Organization; 2006.
14. WHO. **Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach**. Geneva: World Health Organization; 2006.
15. WHO. **Expert Consultation on new and emerging evidence on the use of antiretroviral drugs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV**. Geneva: World Health Organization; 2008.
16. WHO. **Integrated Management of Childhood Illness Complementary course on HIV/AIDS**. Geneva: World Health Organization; 2007.
17. WHO, UNICEF. **Scale up of HIV-related Prevention, Diagnosis, Care and Treatment for Infants and Children: A Programming Framework**. Geneva: WHO and UNICEF; 2008.
18. Arendt V, Ndimubanzi P, Vyanakondora J, Ndayisaba G, Muganda J, Courteille O, et al. **AMATA study: effectiveness of antiretroviral therapy in breastfeeding mothers to prevent post-natal vertical transmission in Rwanda**. **Cross-track Session. Abstract no. TUAX102**. *4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention*. Sidney, Australia 2007.
19. Kilewo C, Karlsson K, Ngarina M, Massawe A, Lyamuya E, Lipyoga R, et al. **Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breastfeeding by treating mothers prophylactically with triple antiretroviral therapy in Dar es Salaam, Tanzania - the MITRA PLUS study**. **Cross-track Session. Abstract no. TUAX101**. *4th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention*. Sidney, Australia 2007.
20. Palombi L, Marazzi MC, Voetberg A, Magid NA. **Treatment acceleration program and the experience of the DREAM program in prevention of mother-to-child transmission of HIV**. *AIDS* 2007;21 Suppl 4:S65-71.
21. Thomas T, Masaba R, Ndivo R, Zeh C, Borkowf C, Thigpen M, et al. **Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 among Breastfeeding Mothers Using HAART: The Kisumu Breastfeeding Study, Kisumu, Kenya, 2003-2007**. **Abstract no. 45aLB**. *15th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Boston 2008.
22. Kilewo C, Karlsson K, Massawe A, Lyamuya E, Swai A, Mhalu F, Biberfeld G. **Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breast-feeding by treating infants prophylactically with lamivudine in Dar es Salaam, Tanzania: the Mitra Study**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;48:315-323.
23. Matthews LT, Mukherjee JS. **Strategies for harm reduction among HIV-affected couples who want to conceive**. *AIDS Behav* 2009;13 Suppl 1:5-11.
24. UNAIDS. **Keeping Score II: A progress report towards universal access to HIV prevention, care, treatment and support in the Caribbean**. Geneva: UNAIDS; 2008.
25. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009**. Geneva: World Health Organization; 2009.
26. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008**. Geneva: World Health Organization; 2008.
27. Castro A, Farmer P, Kim JY, Levcovitz E, López-Acuña D, Mukherjee J, et al. **Scaling Up Health Systems to Respond to the Challenge of HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean. Special Edition of the Health Sector Reform Initiative in Latin America and the Caribbean 8**. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2003.

28. WHO. **Prevention of mother-to-child transmission of syphilis: Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC)**. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006.
29. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. **Global control of sexually transmitted infections**. *Lancet* 2006;368:2001-2016.
30. WHO. **The global elimination of congenital syphilis: Rationale and strategy for action**. Geneva: World Health Organization; 2007.
31. Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjö P, *et al*. **The epidemiology of syphilis in pregnancy**. *Int J STD AIDS* 2002;13:486-494.
32. Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. **Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment**. *Ann Intern Med* 1990;113:872-881.
33. Schackman BR, Neukermans CP, Fontain SN, Nolte C, Joseph P, Pape JW, Fitzgerald DW. **Cost-effectiveness of rapid syphilis screening in prenatal HIV testing programs in Haiti**. *PLoS Med* 2007;4:e183.
34. Mwapasa V, Rogerson SJ, Kwiek JJ, Wilson PE, Milner D, Molyneux ME, *et al*. **Maternal syphilis infection is associated with increased risk of mother-to-child transmission of HIV in Malawi**. *AIDS* 2006;20:1869-1877.
35. Valderrama J, Zacarías F. **Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para su implementación**. Washington: Pan American Health Organization; 2005.
36. Fescina R. **Atención de la Salud Materna. Integración de programas**. In: *Iniciativa para la Eliminación de la Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical del VIH en las Américas. Organización Panamericana de la Salud y UNICEF*. Panama City, Panama; 2009.
37. Valderrama J, Urquía Bautista MA, Galván Orlich G, Siman Siri R, Osimani ML, Abreu H, *et al*. **Maternal and Congenital Syphilis: Case Definitions**. *Epidemiological Bulletin* 2005;26.
38. Zárate A. **Atención de la Salud Materna en Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes**. In: *Iniciativa para la Eliminación de la Sífilis Congénita y Reducción de la Transmisión Vertical del VIH en las Américas. Organización Panamericana de la Salud y UNICEF*. Panama City, Panama; 2009.
39. Valderrama J, Zacarías F, Mazín R. **Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. [Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution]**. *Rev Panam Salud Pública* 2004;16:211-217.
40. Miranda AE, Soares RA, Prado BC, Monteiro RB, Figueiredo NC. **Mother to child transmission of HIV in Vitoria, Brazil: factors associated with lack of HIV prevention**. *AIDS Care* 2005;17:721-728.
41. Souza Junior PR, Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Carvalho MF, Castilho EA. **[HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project, Brazil, 2002]**. *Rev Saude Publica* 2004;38:764-772.
42. Ministério da Saúde do Brasil. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 4 (1)**. Brasília: Unidade de Informação e Vigilância; 2007.
43. Ministério da Saúde do Brasil. **27ª a 52ª semanas epidemiológicas julho a dezembro de 2006 e 1ª a 26ª semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2007**. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST* 2007;4.
44. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico do CRT DST/AIDS 2007**. São Paulo: Divisão de Vigilância Epidemiológica, Programa Estadual de DST/AIDS, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2007.
45. Matida LH, da Silva MH, Tayra A, Succi RC, Gianna MC, Goncalves A, *et al*. **Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Sao Paulo State, Brazil: an update**. *AIDS* 2005;19 Suppl 4:S37-41.
46. Succi R. **Brazilian Pediatric Study Group to Evaluate Vertical Transmission of HIV. Brazilian multicentric collaborative study to evaluate rates of HIV transmission [Abstract OR 840]**. In: *32 Congresso Brasileiro de Pediatria*. Sao Paulo, Brasil; 2003.
47. Ramos Jr AN, Matida LH, Saraceni V, Veras MA, Pontes RJ. **Control of mother-to-child transmission of infectious diseases in Brazil: progress in HIV/AIDS and failure in congenital syphilis**. *Cad Saude Publica* 2007;23 Suppl 3:S370-378.
48. Ministério da Saúde do Brasil. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids; 2008.
49. Ministério da Saúde do Brasil. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2 (1)**. Brasília: Unidade de Informação e Vigilância; 2005.
50. Rodrigues CS, Guimaraes MD, Cesar CC. **Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention**. *Rev Saude Publica* 2008;42:851-858.
51. UNAIDS. **2006 Report on the global AIDS epidemic**. Geneva: UNAIDS; 2006.
52. García R, Prieto F, Arenas C, Rincón J, Caicedo S, Rey G. **Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. [Reduction of HIV mother-to-child transmission in Colombia, two years of experience, 2003-2005]** *Biomédica* 2005;25:547-564.
53. Castro A. **Diagnosis and care of HIV and syphilis among pregnant women in Colombia, abstract number CDD0237**. *17th International AIDS Conference*. Mexico City, Mexico 2008.
54. UNAIDS. **Programme of Aid for Policies and Actions on Reproductive and Sexual Health and Rights in Developing Countries. Application from UNAIDS National Office in Colombia**. Bogotá: UNAIDS; 2006.
55. Castro A, *et al*. **The Latin America and Caribbean Prenatal Testing Initiative of Horizontal Cooperation in the Integration of Prenatal Care with the Diagnosis and Treatment of HIV and Syphilis, poster number WEPE0093**. *17th International AIDS Conference*. Mexico City, Mexico 2008.
56. Dirección General de Salud de las Personas. **Norma Técnica de Salud N° 064-2008/MINSA-DGSP: Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión madre-niño del VIH y la Sífilis Congénita**. Lima: MINSA; 2008.
57. Ministerio de Salud del Perú. **Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS**. Lima: MINSA; 2008.

58. Ministerio de Salud del Perú. **Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú: Bases epidemiológicas para la prevención y control.** Lima: Dirección General de Epidemiología; 2006.
59. Castro A, Sandesara U. **Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en el Perú. Integration of Prenatal Care with the Testing and Treatment of HIV and Syphilis in Peru.** Lima: MINSa, UNAIDS, UNICEF, SES; 2009.
60. Ministerio de Salud del Perú. **Ficha Monitorización ESNPC ITS/VIH y SIDA 2004.** Lima: MINSa; 2005.
61. Ministerio de Salud del Perú. **Ficha Monitorización ESNPC ITS/VIH y SIDA 2007.** Lima: MINSa; 2008.
62. Huamán B. **Estudio de evaluación de la eficiencia de las intervenciones preventivas de la transmisión vertical del VIH, a través de cohortes de madres y sus RN expuestos que demandan atención en 7 hospitales de Lima – Perú.** Lima: ESNITSS-MINSa; 2007.
63. García P. **Diagnóstico situacional de la estrategia de eliminación de la sífilis congénita en el Perú.** In. Edited by INS; 2005.
64. Huamán B. **Diagnóstico de la situación nacional y regional de las intervenciones implementadas para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita.** In. Lima: ESNITSS, MINSa; 2007.
65. UNAIDS. **Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Bolivia, 2008 Update.** Geneva: UNAIDS, WHO, UNICEF; 2008.
66. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. **Informe - Indicadores OPS/OMS.** La Paz: Programa ITS/VIH/SIDA; 2008.
67. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C, Conde-Gonzalez CJ. **Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia [Maternal and congenital syphilis in four provinces in Bolivia].** *Salud Publica Mex* 2007;49:422-428.
68. Levin CE, Steele M, Atherly D, García SG, Tinajeros F, Revollo R, *et al.* **Analysis of the operational costs of using rapid syphilis tests for the detection of maternal syphilis in Bolivia and Mozambique.** *Sex Transm Dis* 2007;34:547-54.
69. Ministerio de Salud de Panamá. **Informe Anual sobre VIH.** Panama City: Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología; 2009.
70. Ministerio de Salud de Panamá, Caja del Seguro Social. **Número de nacimientos, embarazadas tamizadas al VIH y positivas, por Región de Salud. Año: 2005.** Panama City: Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología; 2005.
71. Ministerio de Salud de Panamá. **Diagnóstico Rápido de Situación de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis en Panamá.** Panama City: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF; 2008.
72. Ministerio de Salud de Nicaragua. **Vigilancia epidemiológica de ITS, VIH y sida.** Managua: Ministerio de Salud; 2008.
73. Ministerio de Salud de Nicaragua. **Estadísticas, componente VIH y sida 2008.** Managua: Ministerio de Salud; 2009.
74. Gobierno de Nicaragua. **Objetivos del Desarrollo del Milenio en Nicaragua. Insumos para Informe 2008.** Managua: Gobierno de Nicaragua y Organización Panamericana de la Salud; 2009.
75. United Nations. **Informe de avance de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en Nicaragua.** Managua: Naciones Unidas; 2009.
76. Ministère de la Santé Publique et de la Population d'Haïti, PEPFAR. **MESI, Monitoring and Evaluation System Interface.** Port-au-Prince: Ministère de la Santé Publique et de la Population, CDC, USAID, Institut Haïtien de l'Enfance; 2009.
77. Noel F, Mehta S, Zhu Y, Rouzier Pde M, Marcelin A, Shi JR, *et al.* **Improving outcomes in infants of HIV-infected women in a developing country setting.** *PLoS ONE* 2008;3:e3723.
78. Ivers L, Fawzi M, Mann J, Jérôme J-G, Raymonville M, Mukherjee J. **Overseas processing of dried blood spots for timely diagnosis of HIV in Haitian infants.** *Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health* 2008;24:331-335.
79. PAHO. **Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH/SIDA en la República Dominicana: Una herramienta política, gerencial y técnica para avanzar hacia el acceso universal.** Santo Domingo: Pan American Health Organization, UNICEF; 2007.
80. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. **Sistema de Vigilancia VIH/ITS primera (1991-2000) y segunda (2001-2004) generación.** Santo Domingo: SESPAS-DIGECITSS; 2007.
81. Khouri S. **Propuesta de la República Dominicana para la calidad de vida de las madres y los niños que viven con el VIH.** In: *Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA: Actuales Desafíos y Perspectivas de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* Edited by Holt J, Eschborn, Germany: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ); 2005:24.
82. Pérez-Then E, Peña R, Tavarez-Rojas M, Peña C, Quiñonez S, Buttler M, *et al.* **Preventing Mother-to-Child HIV Transmission in a Developing Country: The Dominican Republic Experience.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;34:506-511.
83. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana. **Resultados de la XV Encuesta Serológica de Vigilancia Centinela Segunda Generación, Año 2006.** Santo Domingo: Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (DIGECITSS), Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2007.
84. Ministerio de Salud Pública de Cuba. **Informe de Cuba en virtud de lo establecido en la resolución 60/224 titulada "Preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones: Aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida".** Havana: MINSAP; 2006.
85. Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica de Cuba. **Fortalecimiento de la Respuesta Nacional Multisectorial para la Prevención y Atención de la Epidemia del VIH/SIDA en la República de Cuba. Propuesta sometida al Fondo Mundial.** Havana: MINVEC; 2002.
86. Ministerio de Salud Pública de Cuba. **Sistema de Vigilancia, Programa Nacional de VIH/SIDA.** La Habana: MINSAP; 2009.
87. Farmer P, Castro A. **Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba.** In: *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination.* Edited by Castro A, Singer M. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 2004:3-28.

88. Pérez Ávila J. **SIDA: Confesiones a un médico** Havana, Cuba: Centro Nacional de Educación Sexual and Centro Nacional de Prevención ITS/SIDA; 2006.
89. González-Núñez I. **Sida en el niño por transmisión vertical en Cuba. Tesis de doctorado en Ciencias Médicas.** Havana: Institute of Tropical Medicine Pedro Kourí; 2005.
90. Ministerio de Salud Pública de Cuba. **Sistema de Vigilancia, Programa Nacional de VIH/SIDA.** Havana: MINSAP; 2007.
91. González-Núñez I. **La Transmisión Vertical del VIH en Cuba, Enero de 1986 - Diciembre del 2007. Trabajo para optar por el título de Master en Infectología y Enfermedades Tropicales.** Havana: Institute of Tropical Medicine Pedro Kourí; 2009.
92. Pérez J, Pérez D, González I, Díaz Jidy M, Orta M, Aragonés C, *et al.* **Approaches to the Management of HIV/AIDS in Cuba.** In: *Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment (Case Study).* Geneva: World Health Organization; 2004.
93. Institute of Tropical Medicine of Cuba. **Pediatric HIV Registry.** Havana: Hospital of the Institute of Tropical Medicine Pedro Kourí; 2009.
94. UNAIDS. **Keeping Score: AIDS responses in the Caribbean.** Geneva: UNAIDS; 2006.
95. UNAIDS. **Caribbean Factsheet.** Geneva: UNAIDS; 2006.
96. González-Núñez I, Díaz-Jidy M, Pérez-Ávila J. **AIDS in children from vertical transmission in Cuba, Abstract number CDC1833. 16th International AIDS Conference.** Toronto, Canada 2006.
97. González-Núñez I, Khawja Y, Castro A, Díaz-Jidy M, Pérez-Ávila J. **Women living with HIV in Cuba: the impact of ART on elective pregnancies, Abstract number CDD1072. 16th International AIDS Conference.** Toronto, Canada 2006.
98. González Núñez I, Díaz Jidy M, Pérez Ávila J. **La transmisión materno infantil del VIH/SIDA en Cuba [Mother to child transmission of HIV/AIDS in Cuba].** *Rev Cubana Med Trop* 2000;52:220-224.
99. González Núñez I, Díaz Jidy M, Pérez Ávila J, Mengana Gutiérrez H, Gutiérrez I, Gorrry C. **National Program for Detecting & Treating Mother-to-Child Transmission of HIV** *MEDICC Review* 2006;8:2-5.
100. González Núñez I, Dosal Caruso L, Díaz Jidy M, Pérez Ávila J. **Manejo del niño cubano hijo de madres seropositivas al virus de inmunodeficiencia humana (VIH-1).** *Rev Cubana Pediatr* 1996;68:193-200.
101. González Núñez I. **Sida en el niño por transmisión vertical en Cuba.** Havana: Institute of Tropical Medicine Pedro Kourí; 2005:151.
102. Yamin C, Castro A. **Situation Analysis of Care for HIV during Pregnancy in the Dominican Republic.** Boston: Harvard Medical School; 2007.
103. Louis C, Ivers L, Smith Fawzi M, Freedberg K, Castro A. **Late presentation for HIV care in Central Haiti: Factors limiting access to care** *AIDS Care* 2007;19:487-491.
104. Castro A, Farmer P. **Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti.** *American Journal of Public Health* 2005;95:53-59.
105. Calleja JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. **Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region.** *Aids* 2002;16 Suppl 3:S3-12.
106. Abou Zahr C, Wardlaw T. **Antenatal Care in Developing Countries. Promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001.** Geneva: World Health Organization; 2003.
107. UNAIDS. **Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators : 2008 reporting.** Geneva: UNAIDS; 2007.
108. PAHO. **Regional HIV/STI Plan for the Health Sector 2006-2015.** Washington, DC: Pan American Health Organization; 2005.
109. PAHO and UNICEF. **Elimination of vertical transmission of HIV and syphilis in the Caribbean.** Trinidad: Pan American Health Organization and UNICEF; 2009.
110. PAHO. **Regional Strategy and Plan of Action for Neonatal Health within the Continuum of Maternal, Newborn, and Child Care.** Washington: Pan American Health Organization; 2008.
111. Montaner JS, Hogg R, Wood E, Kerr T, Tyndall M, Levy AR, Harrigan PR. **The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic.** *Lancet* 2006;368:531-536.
112. WHO. **Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI) documents are available at www.who.int/hiv/pub/imai/en/.**
113. WHO and UNICEF. **WHO/UNICEF Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) documents are available at www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci/en/index.html.**
114. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE. **Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings.** *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-17; quiz CE11-14.
115. WHO. **Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children.** Geneva: World Health Organization; 2007.
116. WHO. **Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities.** Geneva: World Health Organization; 2007.
117. López-Zambrano MA, Briceño G, Rodríguez-Morales AJ. **Trends in the prevalence of HIV and syphilis among pregnant women under antenatal care in central Venezuela.** *Int J Infect Dis* 2009;13:e189-191.
118. Peeling RW, Holmes KK, Mabey D, Ronald A. **Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward.** *Sex Transm Infect* 2006;82 Suppl 5:v1-6.
119. Tinajeros F, Grossman D, Richmond K, Steele M, Garcia SG, Zegarra L, Revollo R. **Diagnostic accuracy of a point-of-care syphilis test when used among pregnant women in Bolivia.** *Sex Transm Infect* 2006;82 Suppl 5:v17-21.
120. Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. **Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model.** *Lancet* 2009;373:48-57.

Capítulo 5

Tratamiento Antirretroviral en la Región de América Latina y el Caribe: Visión Panorámica y Retos para el Futuro

Conocer el propio estatus: El punto de ingreso a la atención y el tratamiento para las personas con VIH

La atención en salud de las personas con VIH requiere más que el tratamiento antirretroviral (TAR). Aunque los medicamentos antirretrovirales (ARV) son un componente crucial de los programas nacionales de sida, éstos deben considerarse como parte de un programa integral que incluye una amplia gama de actividades, tales como estrategias eficaces de comunicación y prevención, acceso adecuado a pruebas y consejería, y mejora de la calidad de la atención en salud que se brinda a las personas con VIH; el conjunto contribuye a reducir la morbi-mortalidad vinculada con el VIH. La ampliación y mejora de los servicios de pruebas y consejería deben, por tanto, convertirse en la primera prioridad cuando se diseña la ampliación de los programas de TAR en América Latina y el Caribe (ALC).

Las estrategias de comunicación y prevención tienen como objetivo reducir la transmisión del VIH al proporcionar información confiable acerca de cómo disminuir el riesgo de adquirir el VIH, al tiempo que crean un entorno que permite a las personas tomar decisiones sobre la importancia de enterarse acerca del propio estatus serológico. Las pruebas y servicios de consejería para el VIH juegan un papel importante en la detección precoz y en el acceso oportuno al tratamiento. Aunque la cobertura de las pruebas del VIH y consejería sigue siendo muy baja, nuevos datos indican que existe una tendencia al alza en el número de establecimientos que ofrecen prueba y consejería del VIH, como en Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras y Paraguay [1].

El acceso a las pruebas de detección y consejería para el VIH se ve impedido por la falta de infraestructura de laboratorios—un problema que podría solucionarse fácilmente con un mayor uso de las pruebas rápidas—, baja cobertura de los servicios de salud, falta de fondos sostenidos y gestión adecuada de la cadena de suministro para los servicios de prueba, carencia de consejeras y consejeros capacitados, y baja demanda de pruebas y consejería para el VIH. Los nuevos enfoques, que incluyen las pruebas y la consejería iniciadas por el prestador para todas las poblaciones así como intervenciones específicas hechas a medida para las poblaciones de mayor riesgo, podrían contribuir a incrementar las pruebas y consejería para el VIH en los servicios de salud. En América Latina y el Caribe, la falta de datos epidemiológicos adecuados dificulta la creación de datos estimados confiables sobre el alcance del conocimiento del sero-estatus. Sólo algunos países de la región reportan datos estimados sobre el porcentaje de personas de entre 15 y 49 años de edad que conocen su sero-estatus en el período 2006-2008: Brasil (39%), República Dominicana (75%), Guyana (23%) y Honduras (19%) [1].

Las pruebas son un asunto en particular preocupante para las mujeres embarazadas. Aunque todos los países de ALC están de acuerdo en que las pruebas para el VIH constituyen una intervención prioritaria, sólo el 46% de las mujeres embarazadas de la región se hicieron la prueba del VIH en 2008 [1]. Esta baja cobertura de las pruebas es un obstáculo para la posibilidad de ofrecer una prevención integral de la transmisión materno-infantil (TMI) del VIH. Aunque son pocos los datos al respecto, se calcula que la brecha de acceso al diagnóstico virológico es incluso mayor en los niños y niñas. Los estudios más recientes muestran que brindar a niños y niñas el acceso a las pruebas para VIH permitiría iniciar el tratamiento más temprano y de este modo reducir la mortalidad infantil [2].

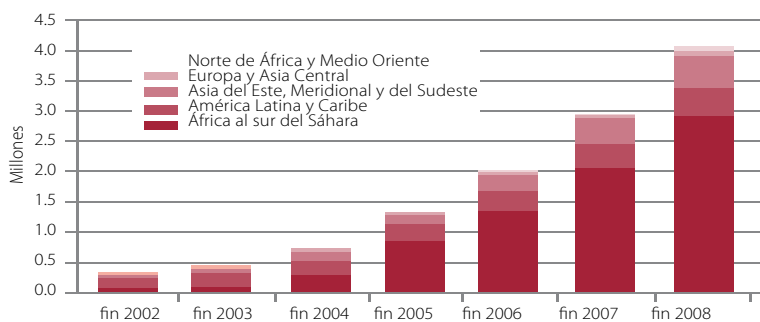
Acceso universal: Necesidades y cobertura de TAR

Desde el desarrollo del tratamiento antirretroviral de gran actividad en 1996, la región de ALC, liderada por Brasil, ha estado en la delantera en la creación de programas para brindar TAR. Más recientemente los países que utilizan enfoques simplificados y estandarizados para iniciar, administrar y realizar el seguimiento del tratamiento han incrementado de manera significativa el número de personas que reciben TAR, tanto a nivel mundial como en América Latina y el Caribe [3]. En 2003, cuando la Organización Mundial

de la Salud (OMS) lanzó la “Iniciativa 3 por 5”, se calculaba que aproximadamente 200.000 personas estaban recibiendo TAR en la región de ALC [4]. Desde entonces, el compromiso político creciente, la movilización de recursos y otros esfuerzos liderados por los países, la sociedad civil y otros grupos de interés han resultado en un aumento significativo del número de personas que reciben TAR

A finales de 2008, OMS, UNICEF y ONUSIDA estiman que 4.030.000 personas [3.700.000-4.360.000] estaban recibiendo TAR—más de un millón más que a finales de 2007 (ver Gráfico 5.1) [1]. Esto representa un aumento del 36% en un año y una multiplicación por diez en cinco años. Debido a la reducción del número de personas que están en tratamiento, ese aumento de un millón de personas en 2008 es inferior al número de personas que iniciaron TAR durante ese año—cifra que no está reportada por los países. África al sur del Sáhara, la región con la mayor necesidad y con la mayor expansión de TAR, aumentó su cobertura de TAR en 39% en 2008: de 2.100.000 personas [1.905.000-2.295.000] que recibían TAR a finales de 2007 a 2.925.000 personas [2.690.000-3.160.000] a finales de 2008. El número de personas en América Latina y Caribe que recibían tratamiento a fines de 2008 está estimado en 445.000 [405.000-485.000], de las cuales 405.000 [370.000-440.000] vive en América Latina y 40.000 [35.000-45.000] en el Caribe [1]. Esto corresponde de forma estimada al 54% [51 a 60%] de las personas que necesitan TAR, lo cual representa un ligero aumento del 50% [47 a 55%] en 2007 [1]. Sin embargo, el aumento del porcentaje de la cobertura de TAR es inferior al de otras regiones (ver Gráfico 5.1 para una comparación con otras regiones).

Gráfico 5.1: Número de personas que reciben tratamiento antirretroviral en países de ingresos bajos y medios, 2002-2008



Fuente: [1].

Aunque muchos de los países de ALC —tales como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay—ya han alcanzado una cobertura de más de 80%, algunos países del Caribe y de América Central siguen teniendo una cobertura por debajo del 60%. En 2007, por ejemplo, la cobertura alcanzó el 49% en Paraguay y el 55 en Antigua y Bermuda [5]. En la mayor parte de los países de ALC la supervivencia a los doce meses de las personas que inician el tratamiento con ARV es alta, pero siguen existiendo lagunas.

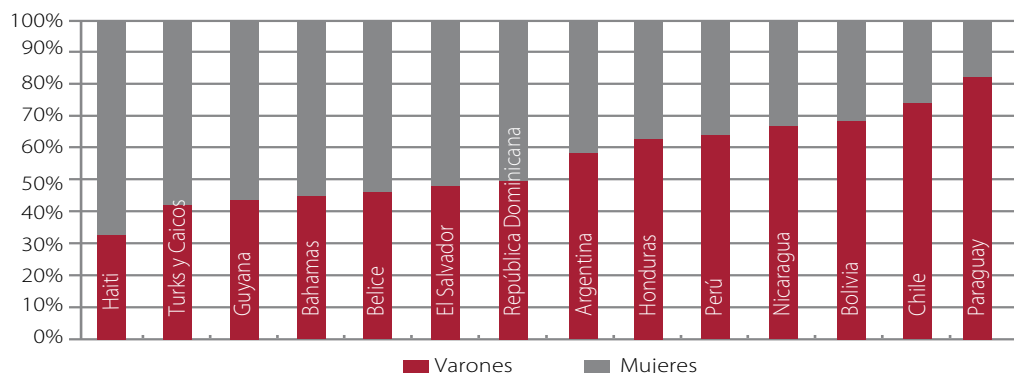
Por tanto, la región de ALC presenta una situación paradójica, donde algunos países ya han alcanzado un estándar de acceso universal y ahora están manejando los efectos de una “epidemia madura post-TAR”—con la emergencia de hepatitis viral crónica, neoplasias asociadas al VIH y otras complicaciones de largo plazo no relacionadas al sida, fármacoresistencia y descenso de los esfuerzos de prevención —mientras otros países siguen enfrentando una situación pre-TAR, en los que el diagnóstico tardío y la falta de acceso sostenido a la TAR resultan en una alta incidencia de infecciones oportunistas importantes asociadas con el sida y con el aumento de la mortalidad.

Equidad de género para acceder a tratamiento antirretroviral

El acceso equitativo de las mujeres al tratamiento antirretroviral ha causado preocupación en vista de las inequidades sociales y económicas entre varones y mujeres en todo el mundo y del mayor riesgo biológico de las mujeres en comparación con los hombres. Sin embargo, y al igual que en otros países del mundo con ingresos bajos y medios, la mayor parte de las mujeres de la región de ALC no parecen estar en una situación más desventajosa que los hombres en cuanto al acceso al TAR. En cuatro de los cinco países analizados, la proporción de personas tratadas de sexo femenino era más alta que la proporción de mujeres pertenecientes al grupo de personas que necesitan ser tratadas. En otras palabras, el abastecimiento de TAR necesario para las mujeres excedía la demanda para dicha población. La excepción fue Chile, donde las mujeres estaban en desventaja dado que la proporción de mujeres que requiere tratamiento en relación a la población total fue mayor que el abastecimiento disponible de TAR para las mujeres.

En el Gráfico 5.2 se muestra el número de hombres y mujeres que reciben TAR. Todos los países en la región de ALC recaban datos de acceso al tratamiento antirretroviral distribuido por sexo. Estos datos incluyen cifras desagregadas para hombres y mujeres, algo importante para determinar si se cubren las necesidades de mujeres con VIH, así como la proporción de mujeres en el grupo de población que necesita tratamiento y en el grupo de la población que recibe tratamiento, que sirven para evaluar si la información recogida se corresponde con las tendencias epidemiológicas.

Gráfico 5.2: Distribución por sexo de personas que reciben tratamiento antirretroviral en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007 (%)



Fuente: [6].

Tratamiento antirretroviral en niños y niñas

En la región de ALC hubo entre 46.400 y 70.000 niños menores de 15 años de edad con VIH en 2007 [7], la mayor parte de los cuales adquirieron la infección del VIH a través de la TMI. Cada año, la baja cobertura de las pruebas de VIH y de la prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) del VIH contribuyen al aumento estimado de estas cifras en unos 4.200 a 8.300 niños y niñas más [7]. Sin tratamiento, la mitad morirá antes de su segundo cumpleaños y se calcula que entre 3.200 y 5.800 niños y niñas con VIH murieron en América Latina y el Caribe sólo en 2007 [7]. Un estudio ha mostrado que el diagnóstico precoz del VIH y la administración precoz de TAR pueden reducir la mortalidad infantil temprana hasta el 76% [2, 8].

El número de niños que reciben tratamiento en la región ha aumentado de forma significativa pasando de 10,628 en 2005 [9] a 16,100 en 2008 [1]. La cobertura de TAR en niños y niñas de la región está estimada en 76% [65 a 91%], aunque la distribución es desigual: la cobertura se estima en 82% [70 a 95%] en América Latina y 55% [43 a 72%] en el Caribe [1]; sin embargo, estos datos están en revisión. A medida que más niños con VIH en la región reciben TAR, se torna importante que los países generen datos desagregados por grupo etario para así poder brindar información acerca de los avances en la cobertura de TAR en niños y niñas.

Coinfección por VIH y tuberculosis

El VIH emergió en todo el mundo como uno de los factores clave que socavaron los esfuerzos mundiales para controlar la tuberculosis—la principal causa de muerte entre las personas con VIH—en particular en las zonas de alta prevalencia del VIH. El Informe Mundial sobre el Control de la Tuberculosis de la OMS de 2009 mostró que durante 2007 hubo unos aproximadamente 9,27 millones de casos incidentes de TB en el mundo, la mayor parte de ellos en Asia (55%) y África (31%) [10]. El número de casos en ALC representa el 3% del total de casos en el mundo. Las tasas de prevalencia y mortalidad por TB están cayendo y puede que sea posible alcanzar las metas del *Stop TB Partnership* de la OMS, cuyo objetivo es reducir a la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad de 1990 para el año 2015, a pesar de que la tasa de éxito del tratamiento en los casos nuevos con un frotis positivo fue del 75%, una cifra menor a la meta de >85%. Si usamos los datos de 2007, vemos que Brasil es el país con el mayor número de pacientes con TB en la región (92.102 casos, incidencia de 48 por 100.000 en 2007), a pesar de que Haití (306 por 100.000), Bolivia (155 por 100.000) y Perú (126 por 100.000) son los países con la mayor incidencia de TB en América Latina y el Caribe. En ALC, sólo un tercio de los 294.636 casos de TB notificados conocían su estatus VIH; la prevalencia del VIH en los casos incidentes de TB fue de 11,3% (con un rango de entre el 2% en Cuba hasta el 30% en Las Bahamas) [10].

Los y las pacientes con VIH presentan un riesgo mayor de adquirir o reactivar la tuberculosis y puede resultar difícil el diagnóstico de TB en pacientes con enfermedad avanzada por VIH porque las presentaciones extrapulmonares y diseminadas

de la TB son más frecuentes en dichos casos. La mayor parte de las muertes de pacientes con la coinfección VIH-TB se debe a la progresión del VIH, lo cual subraya la necesidad de brindar pruebas y tratamiento precoz para el VIH en pacientes que reciben tratamiento antituberculoso. Diversos estudios están evaluando cual es el mejor momento para iniciar los ARV en los pacientes con TB y enfermedad de VIH estable, pero lo que queda claro es que se necesita iniciar los ARV lo antes posible en los pacientes con VIH muy avanzado —aquellos con un recuento de células CD4 de menos de 200 cél/mm³— para evitar la progresión del VIH y reducir la mortalidad. En 2007, menos del 35% de los casos incidentes de tuberculosis en personas con VIH en ALC recibieron tratamiento simultáneo; las cifras varían entre el 5% en Haití o el 14% en Paraguay hasta el 100% en la República Dominicana, Barbados, Costa Rica, El Salvador, o San Kitts y Nevis [5].

Varios factores complican el tratamiento simultáneo del VIH y la TB. Las interacciones medicamentosas constituyen una gran preocupación, dado que varios fármacos para el VIH, en particular los inhibidores de la proteasa, no pueden administrarse junto a la rifampicina—un agente antituberculoso de primera línea. La carga de comprimidos constituye otra limitación significativa; en los lugares donde las formulaciones antituberculosas combinadas no están disponibles, el tratamiento de la TB por lo habitual requiere 10 a 13 comprimidos por día. La tolerancia a los fármacos y los efectos secundarios potenciales son otro asunto que determina la necesidad de un seguimiento más frecuente del y la paciente. Otros factores adicionales que limitan el control eficaz de la TB en pacientes con VIH incluyen la falta de recursos y personal capacitado, insuficiente coordinación de las actividades vinculadas con la TB y el VIH (con frecuencia operados como dos programas separados) y la baja adherencia a las directrices de prevención y atención de los pacientes con tuberculosis y VIH.

La armonización de los servicios para TB y VIH es un paso esencial para reducir la carga de TB en las personas que viven con VIH. Por otra parte, una mayor cantidad de fondos, personal mejor capacitado, un número mayor de investigaciones para mejorar las pruebas para la TB, mejor prevención y tratamiento de la TB en pacientes con VIH y un número creciente de iniciativas de abogacía y sensibilización respecto a la coinfección de TB y VIH aportarán resultados efectivos adicionales. La mayor participación de la sociedad civil en colaboración con los gobiernos servirá para que se preste más atención al vínculo entre la TB y el VIH y un mejor apoyo individual y comunitario respecto a las acciones estatales.

La estrategia de lucha contra la TB de la OMS incluye el enfoque de las “Tres Ís” que incluye: (a) la búsqueda activa de casos de TB; (b) la introducción de tratamiento preventivo con isoniazida (TPI); y (c) asegurar el control de la infección por tuberculosis en los contextos de atención en salud y otros. La búsqueda de casos y el control de la infección son tareas que se realizan en muchos servicios de salud para el VIH, pero el uso de la TPI sigue siendo extremadamente bajo en muchos países. En 2007, algunos países lograron incrementar la inscripción de pacientes con VIH en la TPI: 31% en Honduras y 46% en Guyana [4].

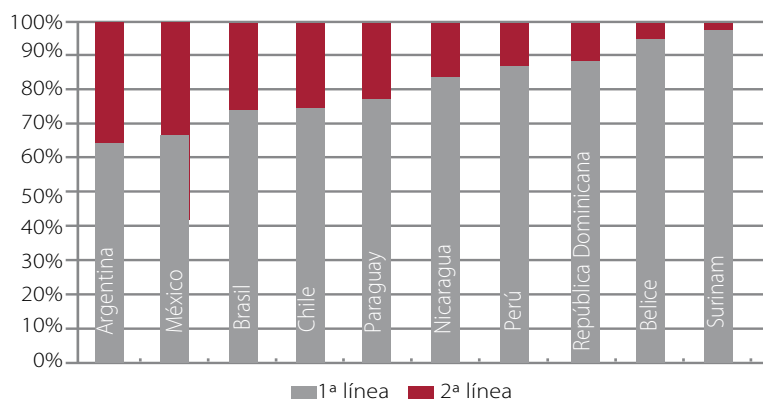
Regímenes farmacológicos antirretrovirales: Pasando de la primera a la segunda línea

La OMS ha desarrollado guías detalladas basadas en un enfoque de salud pública que consiste en maximizar la supervivencia a nivel de la población ofreciendo regímenes de tratamiento estandarizados con formularios simplificados que se entregan a las personas y que se basan en la toma de decisiones clínicas sencillas y en un monitoreo estandarizado [11]. A nivel mundial, en los 36 países de ingresos bajos y medios que reportaron a la OMS sobre la composición de los regímenes de tratamiento en 2008 (lo cual representa el 65% de los 4 millones de personas estimadas que reciben TAR en países de ingresos bajos y medios) el 99% de personas adultas recibieron tratamientos de primera línea [1] según las guías técnicas de la OMS de 2006 [12]. Aunque pocos países de la región de ALC notifican datos acerca de la distribución de los regímenes antirretrovirales administrados a las personas con VIH, en la gran mayoría de los mismos al menos 70% de las personas reciben ARV de primera línea. En Argentina, Brasil y México, donde los programas nacionales de sida introdujeron inhibidores de la proteasa (IP) en los regímenes de primera línea durante la década del noventa, el porcentaje de pacientes que reciben IP en el tratamiento de primera o segunda línea es mayor. No obstante, la OMS recomienda los IP en los regímenes de segunda línea y éstos en la actualidad constituyen menos de 60% de las prescripciones de ARV en América Latina y el Caribe (ver Gráfico 5.3).

Los regímenes recomendados a nivel nacional, el uso de tratamientos estandarizados de primera y segunda línea y los criterios que se siguen para cambiar de línea de tratamiento muestran grandes variaciones en toda la región. En una cohorte de ALC que incluyó a 4.503 pacientes que recibían TAR, la probabilidad de cambiar de tratamiento durante el primer año fue de 31,3% [13]. Por otra parte, la pérdida de pacientes es relativamente frecuente, con porcentajes tan elevados como el 17% luego del primer año de

tratamiento en algunos países [14]. Es necesario tomar medidas dirigidas a maximizar la retención en el programa de TAR con el fin de mantener la eficacia del tratamiento y reducir el riesgo de generar y transmitir la fármacoresistencia del VIH (FRVIH).

Gráfico 5.3: Distribución de personas según el régimen de antirretrovirales (primera o segunda línea) en los países de América Latina y el Caribe, 2007 (%)



Nota: Los datos para Argentina son de 2008

Fuente: [6].

Servicios de laboratorio para las personas que reciben tratamiento antirretroviral

La medición de los recuentos de CD4 es un indicador inmunológico importante para decidir el momento óptimo para iniciar TAR y evaluar la respuesta y adherencia al tratamiento. Los países de América Latina y el Caribe notificaron una mayor proporción de servicios que utilizan el seguimiento con CD4 (95%) que los países de ingresos bajos y medios de otras regiones, donde la proporción fue de 69-80%. Aunque la mayoría de los países de la región de ALC reportaron que 100% de los servicios que ofrecen TAR realizan el seguimiento con CD4, la cobertura es menor en El Salvador, Guatemala y Honduras y más baja aún —17%— en Costa Rica, tal como se muestra en la Tabla 5.1.

Tabla 5.1: Disponibilidad de pruebas de CD4 para seguimiento del tratamiento con antirretrovirales de acuerdo a los protocolos nacionales en América Latina y el Caribe, 2006-2007

	Número de servicios que ofrecen TAR y seguimiento con CD4	Número total de sitios designados para ofrecer TAR	Porcentaje de servicios que ofrecen TAR y seguimiento con CD4
Argentina	390	390	100
Bahamas	3	3	100
Belice	8	8	100
Bolivia	10	10	100
Brasil	672	672	100
Chile	56	56	100
Costa Rica	5	29	17
República Dominicana	60	60	100
Ecuador	28	28	100
El Salvador	16	18	89
Guatemala	5	6	83
Guyana	14	14	100
Haití	38	38	100*
Honduras	14	22	64
Nicaragua	15	15	100
Panamá	10	10	100
Paraguay	4	4	100
Trinidad y Tobago	6	6	100

* Aunque los servicios de salud de Haití cuentan con la capacidad para realizar los recuentos de CD4, la ausencia de reservas de reactivos en 2007 resultó en el uso de criterios clínicos en lugar del recuento de CD4.

Sin embargo, la posibilidad de realizar recuentos de CD4 requiere la disponibilidad de equipo de laboratorio y reactivos así como los recursos físicos y humanos necesarios para realizar las pruebas, los análisis y la entrega de los resultados, además del seguimiento de los mismos a nivel local y nacional. Es posible que los servicios de salud enfrenten retos tales como poder realizar el servicio y mantenimiento del equipo de laboratorio, resolver problemas vinculados a recursos humanos y físicos insuficientes para cumplir con la demanda de pruebas y retrasos en la entrega de los resultados, tanto al clínico como a la persona que está siendo monitoreada. Eso fue lo que ocurrió recientemente en Haití, donde a pesar de fundamentar la elegibilidad en base a recuento de CD4, el agotamiento de la reserva de reactivos en 2007 resultó en el uso de criterios clínicos en lugar de los recuentos de CD4.

Las mediciones de la carga viral son útiles para monitorear la eficacia de TAR, al tiempo que permiten la detección de fallas en el tratamiento antes que con sólo criterios inmunológicos o clínicos. Existe, por tanto, la necesidad de promover el uso de pruebas de carga viral de bajo costo y fácilmente disponibles por razones tales como la identificación temprana de los y las pacientes que fracasan, evitar la acumulación de mutaciones asociada a la resistencia a la TAR, y permitir la identificación precoz de pérdida de adherencia y el diagnóstico temprano del VIH en los niños y niñas expuestos.

Manejo y suministro de medicación antirretroviral

El desarrollo y mantenimiento de un sistema de manejo de la logística para el abastecimiento de los ARV es un elemento importante de los programas eficaces de tratamiento antirretroviral. La disminución de las reservas de ARV tiene consecuencias graves que incluyen interrupciones no planificadas del tratamiento, el riesgo asociado de desarrollar FRVIH y tener que pasar a la segunda línea de tratamiento u ofrecer diferentes formulaciones del fármaco agotado.

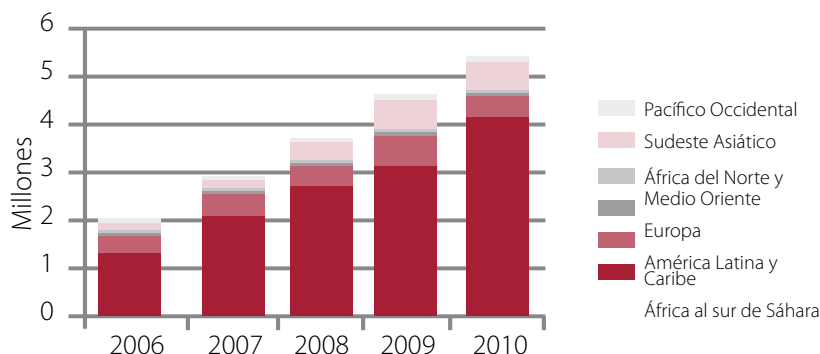
Los países de ALC necesitan contar con sistemas de manejo logístico actualizados y asegurar que los servicios de salud estén notificando de forma constante la información de la oferta y la demanda de los diferentes fármacos incluidos en los regímenes de TAR para poder asegurar los mejores resultados posibles a las personas que viven con VIH. Una serie de actores han estado brindando este tipo de apoyo a los países de ALC, tales como la Fundación Clinton y la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN)—un centro que colabora con la OMS en Colombia.

La OPS, a través de su Fondo Estratégico, ofrece apoyo a la predicción de productos, el fortalecimiento del sistema de suministro de fármacos y la compra de ARV y otros fármacos utilizados para tratar las infecciones oportunistas relacionadas con el sida [15]. Veinte países de la región han firmado acuerdos de participación en el Fondo Estratégico hasta ahora y 11 de ellos utilizaron este mecanismo para la compra de ARV en 2008.

Predicción del consumo de ARV en América Latina y el Caribe

El crecimiento importante en los últimos cinco años de la cantidad de personas que deben recibir TAR de por vida ha hecho que los países tengan más necesidad de comprar ARV debido al mayor número de personas que requieren TAR. La escasez de ARV resultante de la producción insuficiente ha sido uno de los problemas para lograr la ampliación del tratamiento antirretroviral. Para cubrir esta carencia, la OMS ha estado trabajando con un grupo técnico desde 2005 para predecir la demanda mundial de ARV y sus ingredientes farmacéuticos. Las proyecciones para 2010 estiman que entre 5,6 y 6,2 millones de personas iniciarán TAR en países de ingresos bajos y medios. Se piensa que el crecimiento mayor ocurrirá en África, donde existe la mayor necesidad y que, de acuerdo con los patrones históricos de los últimos tres años, el crecimiento en América Latina y el Caribe será relativamente pequeño (Gráfico 5.4).

Gráfico 5.4: Evolución y proyección del consumo de TAR por regiones, 2006-2010



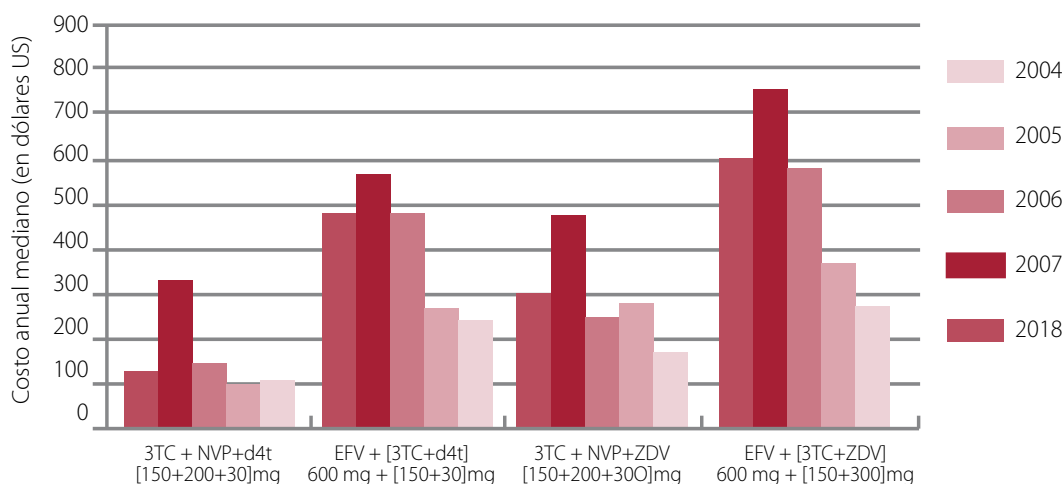
Fuente: [16].

El precio de la vida: Evolución del costo y de los precios de los antirretrovirales en ALC

El costo de las combinaciones de los regímenes de primera línea ha disminuido en todo el mundo. Datos reportados a la OMS muestran que los precios de la mayoría de regímenes de tratamiento de primera línea disminuyeron entre el 30 y el 68% entre 2004 y 2008 y entre el 10 y el 40% entre 2006 y 2008, lo cual ha contribuido de manera fundamental a la disponibilidad más amplia de TAR [1]. El precio medio ponderado de los cuatro regímenes de primera línea utilizados en el 91% de prescripciones en países de ingresos bajos fue de US\$143 por persona por año en 2008 (16% más bajo que en 2007) y de US\$162 en países de ingresos medios (22% más bajo que en 2007) [1]. Las diferencias de precios entre combinaciones de primera línea se muestran en el Gráfico 5.5.

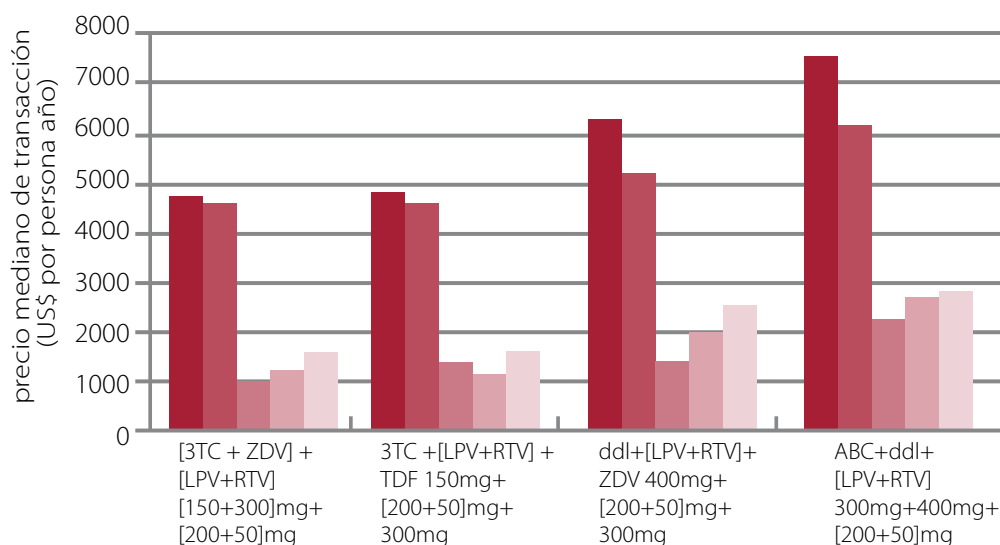
De forma similar, la evolución de precios para los regímenes de segunda línea más utilizados en adultos muestra una reducción sustancial. Aunque los precios pagados varían de forma significativa entre países, a nivel mundial siguen siendo mucho más caros que las combinaciones de primera línea; los precios pueden llegar a ser de US\$1.105 por persona al año en países de ingresos bajos y de US\$2.192 en países de recursos medios [1]. El Gráfico 5.6 muestra la evolución de precios en países de recursos medios-bajos.

Gráfico 5.5: Tendencia de precios para los regímenes de primera línea utilizados con mayor frecuencia en pacientes adultos en los países de ingresos medios bajos, 2004-2008



Fuente: [1].

Gráfico 5.6: Tendencia de precios para los regímenes de segunda línea utilizados con mayor frecuencia en pacientes adultos en los países de ingresos medios bajos, 2004-2008



Fuente: [17].

En 2003, diez países de América Latina —Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela— lanzaron una política global de negociación conjunta de los antirretrovirales y de los reactivos. Este esfuerzo surgió de la preocupación compartida acerca de la falta de acceso a los fármacos esenciales en la región debido a su alto costo, así como a las políticas diferenciales y no equitativas de asignación de precios. En junio del mismo año, los diez países iniciaron la primera Ronda de Negociaciones Conjuntas de Precios de ARV y Reactivos en Lima. Los participantes incluyeron ministros, vice-ministros y otros representantes de la salud de cada país, junto con delegados de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS, el Organismo Andino de Salud, el Secretario General de la Comunidad Andina, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) y las empresas farmacéuticas. Los resultados de las negociaciones fueron satisfactorios desde las dimensiones política, social y económica, dado que los países pudieron reconocer la gravedad de la epidemia y dejar de lado sus diferencias para buscar soluciones comunes. Sobre un total de 37 elementos negociados, 15 propuestas obtuvieron precios que fueron más bajos que los precios estándar en la región, con una reducción de 30 a 93% para los regímenes de TAR de primera línea y una reducción de 9 a 72% para la TAR de segunda línea. Las normas de calidad fueron acordadas para todos los elementos negociados. En el caso de los reactivos, el rango de precios máximos bajó al mínimo, aunque las reducciones de precios variaron según los diferentes tipos de reactivos. Los precios de las pruebas rápidas cayeron entre 62 y 81%, las pruebas de ELISA bajaron entre 13 y 33%, los recuentos de CD4 entre 5 y 70% y las pruebas de carga viral entre 22 y 82%. En septiembre de 2004, un año después de la Primera Ronda de Negociaciones, los diez países participantes iniciaron un proceso de evaluación de impacto y el acceso a los fármacos y reactivos para el VIH mejoró en términos generales en cada uno de los diez países entre 2003 y 2004 [18]. Esta mejora puede atribuirse a una serie de estrategias regionales, nacionales y locales, además de iniciativas internacionales como la ejecución de proyectos financiados por el Fondo Mundial. No obstante, los informes de evaluación de la Primera Ronda de Negociaciones identificaron algunos retos surgidos de la implementación de negociaciones regionales conjuntas en los procesos de compra a nivel nacional. Más específicamente, los acuerdos alcanzados en las negociaciones no siempre resultaron compatibles con las políticas comerciales, leyes de propiedad intelectual y otras reglamentaciones de los países participantes. Por otra parte, algunos fármacos ARV ni siquiera estaban registrados en todos los países.

En septiembre de 2004, durante la reunión del 45 Consejo Directivo de la OPS, los 35 Estados Miembros trataron el problema del acceso a la atención integral para las personas con VIH. Durante dicho evento se aprobó la Resolución CD45.R10, que discute la ampliación del tratamiento como parte de una respuesta integral a la infección por VIH [19]. La Resolución CD45.R7 [20], también aprobada, trató sobre el acceso a los fármacos en la región de ALC. Esta resolución insta a los Estados Miembro de la OPS a continuar implementando una amplia gama de estrategias para contener los costos de los fármacos, maximizar la eficiencia y utilización de los recursos existentes y monitorear y evaluar el impacto de dichas estrategias sobre los precios y el acceso a los

fármacos. En la 4ª Reunión de Ministros y Vice-Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur (abril de 2005, Santiago, Chile) [21], las y los delegados llamaron la atención sobre la necesidad de acceso adecuado a los fármacos y de una compra oportuna de los fármacos de buena calidad a precios razonables. En base a los resultados de la Primera Ronda de Negociaciones, se reconoció que las negociaciones conjuntas eran una herramienta eficaz para obtener precios justos de los fármacos y mejorar su acceso y cobertura. La 2ª Ronda de negociaciones conjuntas fue lanzada en Buenos Aires en 2005 con la participación de 11 países y 26 empresas farmacéuticas. Los precios de los fármacos utilizados con mayor frecuencia en los esquemas terapéuticos se redujeron entre 15 y 55% como resultado de estas negociaciones. Por ejemplo, un esquema terapéutico básico (AZT+3TC+NVP) ofrecido en 2003 por la industria farmacéutica a US\$350 por paciente por año se redujo a US\$241. Los países participantes también establecieron un grupo de consulta para brindar apoyo para la obtención de precios negociados.

En 2007 y 2008, los países de ALC analizaron la evolución de los precios de los ARV con el apoyo del Grupo de Acompañamiento de las Negociaciones de Antirretrovirales (GAN) y la OPS. El desarrollo de estrategias para disminuir los costos de los ARV de segunda y tercera generación fue identificado como una prioridad, teniendo en cuenta la amplia disponibilidad de la fabricación de genéricos en la región, el alto costo de los fármacos de marca y el hecho de que últimamente la competencia siempre ha llevado a reducciones de precio. Los países de ALC, con el apoyo de OPS, han expresado la necesidad de crear un diálogo regional para tratar los determinantes mayores al acceso—incluyendo los ARV y otros fármacos esenciales de alto costo—con el fin de desarrollar y mejorar las estrategias regionales y nacionales. Se ha propuesto que estos esfuerzos sean implementados como parte de la Estrategia Global de Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud con el apoyo de Brasil [22] y respaldada por la aprobación de la Resolución sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual por el 48º Consejo Directivo de la OPS en 2008. En este contexto, en 2008 se organizó en Brasilia (Brasil) el 1º Encuentro Internacional sobre el Acceso a los Fármacos de Fuentes Limitadas y de Alto Costo.

Por otra parte, la OPS, a través del mecanismo de su Fondo Estratégico en América Latina y el Caribe, ejecutó su primera licitación anual conjunta para la compra de ARV en 2009 por parte de los Estados Miembros de OPS que participan en el Fondo Estratégico. Durante este proceso se agregaron las necesidades de fármacos ARV para todos los países participantes y luego se hizo la compra a través del mecanismo del Fondo Estratégico. Es posible consultar los precios para 2009 de los fármacos ARV del Fondo Estratégico en la página web de la unidad de Servicios de Compra de OPS [23].

Hacia el acceso universal: Retos para la región

Más allá de los logros en las estrategias de prevención y el tratamiento del VIH en América Latina y el Caribe en comparación con otras regiones del mundo, sigue siendo necesario superar una serie de retos para proporcionar acceso universal a TAR. Es posible tratar a las personas con equidad, a pesar de las desigualdades en la sociedad y en la infraestructura del sistema de salud. Existe un interés renovado en fortalecer al sistema de salud para brindar mejor atención en salud para todos, además de brindar cuidados para las personas con VIH. No obstante, se requieren nuevos enfoques para garantizar la sostenibilidad de este proceso y las lecciones aprendidas en esta región pueden ser de gran utilidad en otras partes del mundo.

Una de las prioridades consiste en mejorar las **estrategias para las pruebas** con el fin de identificar y tratar a más pacientes. En la actualidad, el 40% de los nuevos diagnósticos se realizan en pacientes con enfermedad por VIH severa o avanzada—lo cual refleja las oportunidades perdidas para las pruebas para el VIH. Idealmente, las pruebas para el VIH deberían estar disponibles en todos los servicios de salud y en especial en los de atención primaria y en los servicios prenatales, centros para jóvenes y clínicas de ITS.

Existe la necesidad de **incrementar la cobertura** para aumentar la esperanza de vida y prevenir la transmisión del VIH. Se calcula que el 62% de las personas VIH positivas en la región han tenido acceso a la TAR en 2007—pero sólo el 34% de las mujeres embarazadas con VIH. Es necesario fortalecer las necesidades de **atención pediátrica**. Aunque el número de casos pediátricos del VIH es relativamente pequeño comparado con otras regiones del mundo, el acceso a la asistencia en salud y tratamiento para los niños sigue siendo una prioridad pendiente.

La mejora de la cobertura también requerirá cierto grado de **descentralización de servicios**. La mayor parte de los países de la región muestran una concentración de los servicios especializados en VIH en los grandes centros urbanos, mientras que la epidemia sigue extendiéndose a las ciudades pequeñas y zonas rurales. Además de incluir al VIH en todas

las actividades de atención en salud, es necesario considerar al VIH como un punto de entrada para otras intervenciones y programas para mejorar la salud y calidad de la atención de las personas que asisten a los servicios de salud. Esto requerirá **equipos interdisciplinarios y colaboraciones** tales como en los programas existentes que integran la asistencia del VIH con servicios para tuberculosis, salud sexual, cáncer (pulmón, cuello, mama, próstata), enfermedades cardiovasculares, hepatitis, salud mental y programas para la promoción de estilos de vida más sanos (reducción del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas).

Resulta clave **fortalecer la adherencia, contar con servicios que brinden cuidados en forma ininterrumpida y con un suministro sostenido de ARV** para evitar la progresión del VIH y prevenir la emergencia de la FRVIH y nuevas transmisiones—para ello se requiere compromiso político, incremento de recursos y optimización de la gestión sanitaria. Para poder asegurar la calidad es necesario establecer normas e indicadores de calidad de la atención y un seguimiento continuo de las mejoras de los servicios de salud.

Los altos costos de los fármacos antirretrovirales, en particular para los tratamientos de segunda línea, constituyen un importante desafío para la extensión y creación de futuros **programas sostenidos de TAR**. Los derechos de propiedad intelectual son un tema de importancia crítica y es necesario realizar mayores esfuerzos para establecer mecanismos de negociación regionales de los precios y obtención de los fármacos. Además, debe hacerse mayor uso de las flexibilidades que ofrece el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (TRIPS) para alentar la compra de fármacos genéricos y promover la producción nacional de fármacos. El debate en torno al inicio del tratamiento y las decisiones tomadas por cada país tendrán un impacto significativo sobre la estimación de las necesidades regionales de ART. Las directrices de la OMS para contextos de recursos limitados, que se están revisando en la actualidad, recomiendan iniciar la TAR antes de que los recuentos de células CD4 sanguíneas caigan por debajo de las 200 células/mm³ (con un umbral superior a 350 células/mm³). El año pasado las directrices internacionales de ARV [24-28] revisaron los criterios para el inicio de los ARV en base a los hallazgos clínicos de estudios de cohorte que han mostrado un mayor riesgo de muerte [29, 30], morbilidad, mortalidad secundaria al sida [31, 32] y mortalidad debido a eventos no vinculados con el sida [33-35] en pacientes con recuentos de CD4 entre 200 y 350 células/mm³. Por otra parte, los nuevos regímenes de ARV ampliamente disponibles en los países de ingresos altos han demostrado ser más inocuos y mejor tolerados [36]. Si se eleva el umbral de CD4 para iniciar el tratamiento, habrá un aumento de la demanda de TAR y se necesitarán más fondos para ello. En los países con cobertura baja o moderada de TAR, se necesitan investigaciones operativas para tener en cuenta la implementación programática y los riesgos potenciales tales como la fármacoresistencia a los ARV, disponibilidad de regímenes de segunda y tercera línea, e intervenciones costo-efectivas para apoyar un inicio más temprano del tratamiento [37].

La necesidad de **respuestas multisectoriales**, en especial a nivel país y la participación del sector privado resultarán en particular importantes para lograr el acceso universal a la TAR en muchos países. El sector privado puede ser un socio sano para el desarrollo en las áreas de construcción de capacidad, transferencia de tecnología y financiamiento y también servir de punto de entrada para mejorar el acceso a los cuidados y el tratamiento. Los programas en el lugar de trabajo pueden ayudar a asegurar una amplia participación de los trabajadores contribuyendo a que se apropien del tema, reduciendo el temor a la discriminación, aumentando la confianza en los mensajes de prevención e incrementando la captación de servicios como los de pruebas de detección y tratamiento. El sector privado también puede movilizar fondos para responder al sida.

El incremento de la cobertura también requerirá una ampliación de los servicios de TAR, en particular a nivel de los **recursos humanos para la salud**. Los trabajadores capacitados siguen emigrando hacia las ciudades capitales o a países de más altos ingresos en busca de mejores oportunidades y mayores salarios, lo cual significa una pérdida de las inversiones realizadas en su formación por los gobiernos. Es necesario crear e implementar políticas para impedir la fuga de profesionales de la salud y al mismo tiempo crear oportunidades laborales y retener a las y los trabajadores de la salud.

El **estigma y la discriminación** siguen siendo las mayores barreras al acceso a la TAR en muchos países de América Latina y el Caribe, a pesar de contar con leyes y reglamentaciones que protegen a las personas con VIH. Los trabajadores sexuales, UDI, HSH y personas transgénero siguen enfrentando negación, violencia, exclusión y otras barreras que dificultan su acceso a la atención en salud.

Desde la perspectiva de la salud pública, los países y programas necesitan un sistema efectivo de **monitoreo y**

evaluación (M&E), con metodologías estandarizadas e indicadores de desempeño para poder realizar una evaluación longitudinal adecuada del impacto, eficacia y sostenibilidad de los programas de TAR y de las actividades de prevención y de atención del VIH. El desarrollo de la epidemia del VIH requiere datos estratégicos para comprender su dirección y progresión para poder guiar una respuesta más eficaz a la misma. Ello exige mejorar las capacidades regionales y nacionales para recabar y analizar datos, en particular aquellos relacionados con la TAR y los resultados del tratamiento, así como la identificación de brechas e inequidades que puedan socavar la capacidad de alcanzar las metas. Otras recomendaciones adicionales incluyen el establecimiento y mejora de la coordinación entre las instituciones responsables del M&E del VIH a nivel nacional, sub-nacional y prestadoras de servicios para asegurar la integración de los sistemas de seguimiento de pacientes. Otros elementos importantes son el seguimiento periódico de la calidad de los datos y la resolución de los obstáculos para producir datos de calidad, además de la potenciación del análisis y difusión oportuna de los datos para facilitar su utilización y servir de guía para la formulación de políticas y planificación de programas.

Finalmente, a pesar de estar disponibles en la mayor parte de los países, el diagnóstico y el tratamiento con ARV no son totalmente accesibles a todas las personas y se requieren mayores esfuerzos para alcanzar el acceso universal. Se reconoce ampliamente que **tratar la pobreza y la inequidad** sigue siendo un asunto clave en América Latina y el Caribe, la región del mundo con el mayor nivel de desigualdad socio-económica. Dado que la pobreza y la inequidad incrementan la vulnerabilidad a la infección por VIH y dificultan el acceso a la atención en salud, resulta crucial tratarlas de un modo integral para poder superar este desafío regional.

Referencias

1. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009.** Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Violari A, Cotton MF, Gibb DM, Babiker AG, Steyn J, Madhi SA, *et al.* **Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants.** *N Engl J Med* 2008;359:2233-2244.
3. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report.** Geneva: World Health Organization; 2008.
4. WHO. **Treating 3 million by 2005: Making it happen. The WHO Strategy.** Geneva: WHO and UNAIDS; 2003.
5. UNGASS. **Country Reports.** Available at <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgressAIIcountries.asp>. Geneva: UNAIDS; 2008.
6. PAHO. **LAC reported AIDS cases.** Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1609&Itemid=1409. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2009.
7. UNAIDS. **Report on the Global AIDS Epidemic** Geneva: UNAIDS; 2008.
8. WHO. **Paediatric HIV/antiretroviral therapy and care guideline review.** Available at: http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/art_meeting_april2008/en/index.html. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA. **Children and AIDS: Third Stocktaking Report.** New York: UNICEF; 2008.
10. WHO. **Global tuberculosis control 2009. Epidemiology, strategy, financing. WHO report 2009.** Available at: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/full_report.pdf. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. WHO. **AIDS Medicines and Diagnostics Service reports. Meetings on ARV global demand forecasting** <http://www.who.int/hiv/amds/forecasting/en/index4.html>. Geneva: World Health Organization; 2009.
12. WHO. **Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach.** Geneva: World Health Organization; 2006.
13. Cesar C, Shepherd B, Schechter M, Wol M, Pape J, Gotuzzo E, *et al.* **Reasons for change of first potent antiretroviral therapy in HIV-1-infected patients in 5 sites throughout the Caribbean and Latin America.** Abstract no. MOPE0060. *AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference.* Mexico City 2008.
14. Tuboi SH, Schechter M, McGowan CC, Cesar C, Krolewiecki A, Cahn P, *et al.* **Mortality During the First Year of Potent Antiretroviral Therapy in HIV-1-Infected Patients in 7 Sites Throughout Latin America and the Caribbean.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009.
15. PAHO. **Strategic Fund.** Available at: http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1036. Washington: Pan American Health Organization; 2009.
16. Stover J. **Presentation made at the WHO AIDS Medicines and Diagnostics Service Meeting.** Geneva: WHO AIDS Medicines and Diagnostics Service; 2007.
17. WHO. **Transaction Prices for Antiretroviral Medicines and HIV Diagnostics from 2004 to September 2008.** Available at: <http://www.who.int/hiv/amds/GPRMsummaryReportOct2008.pdf>. Geneva: WHO Global Price Reporting Mechanism; 2008.
18. PAHO. **Análisis del impacto de la negociación de precios y reactivos para el VIH/SIDA en los países andinos** 2005.
19. PAHO. **Resolución CD45.R10 de la 45 o Consejo Directivo de la OPS, Septiembre 2004, Washington DC.** Available at: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-11-s.pdf>. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2004.
20. PAHO. **Resolución CD45.R7 de la 45 o Consejo Directivo de la OPS, Septiembre 2004, Washington DC.** Available at: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-10-s.pdf>. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2004.
21. **Declaración de la IV Reunión de Ministras y Ministros de Salud y Protección Social de América del Sur, Santiago de Chile, 1 de Abril de 2005.** 2005.
22. World Health Assembly. **Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. WHA61.21.** In. Geneva: WHA; 2008.
23. PAHO. **Product Prices: Antiretrovirals for the Strategic Fund. January 1st 2009 to December 31st 2009.** Available at: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1042&Itemid=988. Washington: Pan American Health Organization; 2009.
24. BHIVA. **Standards for HIV Clinical Care.** Available at: <http://www.bhiva.org/files/file1001299.pdf>. London: British HIV Association; 2007.
25. DHSS. **Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents.** Available at: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2008.
26. GESIDA. **Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización febrero 2009).** Available at: [http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2009_RecomendacionesdeGesida-PNSobreTARV\(febrero2009\).pdf](http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2009_RecomendacionesdeGesida-PNSobreTARV(febrero2009).pdf). Madrid: Grupo de Estudio del SIDA-SEIMC; 2009.
27. Hammer SM, Eron JJ, Jr., Reiss P, Schooley RT, Thompson MA, Walmsley S, *et al.* **Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel.** Available at: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/300/5/555>. *JAMA* 2008;300:555-570.

28. MSS. **Rapport du Groupe d'Experts 2008 sur la prise en charge médicale des patients infectées par le VIH.** Available at: http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/sida/rapports/rapport-du-groupe-experts-2008-prise-charge-medicale-patients-infectees-par-vih-sous-direction-du-pr-patrick-yeni.html?var_recherche=prise%20en%20charge. Paris: Ministry of Health and Sports of France; 2008.
29. **Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies.** *Lancet* 2008;372:293-299.
30. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG, Merriman B, Saag MS, Justice AC, *et al.* **Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival.** *N Engl J Med* 2009;360:1815-1826.
31. Jaen A, Esteve A, Miro JM, Tural C, Montoliu A, Ferrer E, *et al.* **Determinants of HIV progression and assessment of the optimal time to initiate highly active antiretroviral therapy: PISCIS Cohort (Spain).** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2008;47:212-220.
32. Sterne JA, May M, Costagliola D, de Wolf F, Phillips AN, Harris R, *et al.* **Timing of initiation of antiretroviral therapy in AIDS-free HIV-1-infected patients: a collaborative analysis of 18 HIV cohort studies.** *Lancet* 2009;373:1352-1363.
33. Baker JV, Peng G, Rapkin J, Abrams DI, Silverberg MJ, MacArthur RD, *et al.* **CD4+ count and risk of non-AIDS diseases following initial treatment for HIV infection.** *AIDS* 2008;22:841-848.
34. Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, Boufassa F, Johnson AM, Lambert PC, Porter K. **Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population.** *JAMA* 2008;300:51-59.
35. Worm SW, De Wit S, Weber R, Sabin CA, Reiss P, El-Sadr W, *et al.* **Diabetes mellitus, preexisting coronary heart disease, and the risk of subsequent coronary heart disease events in patients infected with human immunodeficiency virus: the Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (D:A:D Study).** *Circulation* 2009;119:805-811.
36. Lampe FC, Gatell JM, Staszewski S, Johnson MA, Pradier C, Gill MJ, *et al.* **Changes over time in risk of initial virological failure of combination antiretroviral therapy: a multicohort analysis, 1996 to 2002.** *Arch Intern Med* 2006;166:521-528.
37. Sabin CA, Phillips AN. **Should HIV therapy be started at a CD4 cell count above 350 cells/microl in asymptomatic HIV-1-infected patients?** *Curr Opin Infect Dis* 2009;22:191-197.

Capítulo 6

Fármacoresistencia y VIH en América Latina y el Caribe

Introducción

La emergencia y la transmisión de la fármacoresistencia del VIH (FRVIH) en América Latina y el Caribe (ALC) constituye un reto importante y causa gran preocupación porque la región ha experimentado un incremento del tratamiento antirretroviral (TAR) recientemente—llegando a alcanzar una cobertura regional de tratamiento del 54% [1]— y porque la fármacoresistencia a los antirretrovirales (ARV) es un evento inevitable en las poblaciones que reciben medicación para el VIH. En muchos países de altos ingresos donde la TAR ha sido utilizada ampliamente desde la década de los años noventa se ha demostrado la emergencia de cepas mutadas de virus fármacoresistentes y el consecuente fracaso del tratamiento [2-4]. Por tanto la emergencia y transmisión de la FRVIH debería considerarse una amenaza grave para la eficacia de TAR en ALC, tanto desde el punto de vista orientado al paciente como desde el de la salud pública. De hecho, la FRVIH puede ser responsable del fracaso del tratamiento individual en pacientes y comprometer la eficacia de la TAR y los regímenes de profilaxis—como por ejemplo en la prevención de la transmisión materno-infantil y en la profilaxis pre- y post- exposición—a nivel poblacional.

La emergencia de la FRVIH a nivel poblacional puede estimarse como el porcentaje de pacientes que fracasan con el tratamiento de primera línea, mientras que su prevención puede evaluarse por la retención de pacientes que reciben tratamiento de primera línea con supresión viral completa a lo largo del tiempo. La evaluación de la FRVIH es un indicador de resultados fundamental de acceso universal al TAR. Las pruebas de genotipificación son herramientas útiles a nivel individual para el seguimiento de los pacientes con FRVIH y para guiar la indicación de TAR después del fracaso del tratamiento y forman parte de las herramientas utilizadas por el personal clínico que trabajan con el VIH en los países con altos ingresos. Con la ampliación de TAR en los países de ingresos bajos y medios, el uso de las pruebas de genotipificación para el seguimiento de pacientes individuales ha sido muy limitado y por lo general solo se recomienda en las evaluaciones epidemiológicas de FRVIH. En ALC, donde hay una amplia gama de situaciones diferentes de atención en salud pública y privada, el desarrollo de la capacidad del laboratorio para la genotipificación del VIH en los países ha mejorado rápidamente gracias a las inversiones nacionales y donaciones externas. A pesar de estos avances, en los países de más bajos ingresos la genotipificación del VIH sigue resultando inaccesible.

La prevención, seguimiento y vigilancia de la FRVIH sigue siendo una necesidad no resuelta. Es por tanto necesario que los esfuerzos regionales para el acceso universal a la TAR sean complementados y coordinados con las actividades de prevención de la FRVIH y las evaluaciones de fármacoresistencia emergente y transmitida. Los programas nacionales en la región deben usar la información estratégica obtenida en las actividades de evaluación de la FRVIH para realizar ajustes y acciones *ad hoc* de las políticas para minimizar un mayor desarrollo de la fármacoresistencia prevenible del VIH.

Evidencia de FRVIH en América Latina y el Caribe

En los últimos años, varios grupos de investigación en la región han realizado estudios sobre la FRVIH con el objetivo de calcular la prevalencia de la fármacoresistencia transmitida del VIH en los pacientes sin experiencia previa de ARV, que describen la distribución de los subtipos del VIH y monitorean la emergencia de FRVIH en cohortes de pacientes que reciben TAR.

Un estudio realizado en Venezuela en 2007 calculó una prevalencia de FRVIH primaria del 10% en una pequeña muestra de 20 participantes recientemente diagnosticados y sin experiencia previa de ARV con un alto recuento de células CD4 (> 450 células/mm³) [5]. Un estudio más grande realizado en Argentina evaluó la FRVIH primaria en 284 personas que accedieron a los centros de pruebas y consejería de Buenos Aires y encontró que el 4,2% mostraban mutaciones FRVIH [6]. En el mismo período se realizó otro estudio, con diferente metodología y selección de pacientes, con 52 participantes recientemente infectados

en Buenos Aires y en tres otras regiones de la Argentina; allí se encontró una prevalencia calculada del 7,7% de mutaciones de resistencia primaria en el inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa (INTI) [7]. La vigilancia centinela del VIH de tercera generación que formó parte de las evaluaciones de la FRVIH primaria se ha implementado de forma exitosa en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) del Perú, con cifras estimadas de 3,3% de fármacoresistencia en una muestra de 359 pacientes vírgenes a los ARV diagnosticados con VIH durante la encuesta [8]. En Honduras [9], Chile [10] y Cuba [11] se ha realizado una serie de estudios sobre la FRVIH primaria con diversas metodologías y los cálculos de prevalencia de mutaciones de fármacoresistencia encontrados fueron de 9,2%, 2,5% y 7,4%, respectivamente.

En Brasil, desde el lanzamiento del programa nacional de acceso universal en 1996 se ha realizado una cantidad considerable de investigación para documentar la distribución del subtipo VIH-1 en todo el país, la emergencia de los patrones de FRVIH en pacientes que fracasan al tratamiento y la estimación de la prevalencia de FRVIH en los pacientes sin experiencia previa de TAR [12]. En 2001 se realizó una vigilancia centinela de la FRVIH transmitida en pacientes recientemente diagnosticados con infección crónica en Brasil, liderada por la Red Brasileña de Vigilancia de la Fármacoresistencia del VIH con el patrocinio del Programa Nacional de ITS-VIH/sida [13]. Dicha encuesta se realizó en 13 centros de pruebas y consejería de seis zonas geográficas del país y los resultados obtenidos de la notificación de 409 muestras de personas de edades y grupos de riesgo variados mostraron un 2,4% de las muestras con mutaciones NRTI, 2,1% con mutaciones del inhibidor de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (NNRTI) y 2,3% con mutaciones del inhibidor de la proteasa (IP).

Un estudio realizado en Haití en una población de 79 personas con edades entre los 13 y 25 años durante el período 2003-2005 mostró que, 12 meses después de haber iniciado la TAR, el 51% de los participantes mostraban concentraciones plasmáticas de ARM VIH-1 > 50 copias/ml asociadas a la no-adherencia [14]. Entre los 29 pacientes con >1000 copias/ml a los 12 meses, se detectaron 23 (79%) casos de mutaciones con resistencia a los NNRTI, 21 casos (72%) con resistencia a los NNRTI y a los NRTI lamivudina y 10 casos (35%) para NNRTI, lamivudina y otros NRTI.

Aunque estos estudios han logrado responder importantes preguntas de investigación, la falta de un diseño y de metodología de muestreo estandarizados constituye una gran limitación para la generalización de los resultados y no permite el uso de estos cálculos de la FRVIH en las recomendaciones de salud pública ni en las acciones a nivel nacional. Sin embargo, algunos de estos resultados sirven como una advertencia grave para los programas nacionales de la región de ALC y de evidencia frente a la necesidad de desarrollar estrategias sistemáticas para la prevención y evaluación de la FRVIH.

Estrategia mundial de la OMS para la fármacoresistencia del VIH

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una estrategia de prevención mundial y evaluación basada en tres principios para enfrentar la fármacoresistencia del VIH [15]: (a) la evaluación continua y el apoyo a los factores y prácticas de los programas TAR que están potencialmente asociados con la prevención de la FRVIH (ver Recuadro 6.1); (b) uso de una metodología normalizada para las evaluaciones continuas de base poblacional sobre la emergencia y transmisión de la FRVIH; y (c) acciones basadas en la evidencia para minimizar la FRVIH prevenible y mantener la eficacia y durabilidad de la TAR.

Recuadro 6.1: Programa de prácticas y actividades relacionadas con la prevención de la FRVIH

- ✓ Prácticas de prescripción de TAR normalizadas y apropiadas.
- ✓ Aseguramiento de la calidad para los fármacos ARV.
- ✓ Suministro adecuado y continuo de fármacos ARV a los servicios donde se administra TAR.
- ✓ Registros de tratamiento individual estandarizado para el monitoreo de pacientes y cohortes.
- ✓ Apoyo y monitoreo de la adherencia.
- ✓ Eliminación de las barreras al acceso continuo a la atención en salud.
- ✓ Programas de prevención para reducir la transmisión del VIH en personas que reciben tratamiento.
- ✓ Recolección de información estratégica de la FRVIH de forma sistemática y continua mediante encuestas de base poblacional e indicadores de los programas de TAR en el sitio de administración.

La estrategia de prevención y evaluación de la FRVIH recomendada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incluye varios elementos listados en el Recuadro 6.2.

Recuadro 6.2: Elementos de la estrategia de prevención y evaluación de la FRVIH recomendada por la OMS.

- A. Formación de grupos de trabajo nacionales de FRVIH y desarrollo de planes de trabajo y presupuestos para períodos de tres a cinco años.
- B. Evaluación periódica de los Indicadores de alerta temprana (IAT) de FRVIH en todos los servicios de salud que brindan TAR (o de una selección de sitios representativos de TAR) [16]. Ello incluye:
 1. IAT 1: Prácticas de prescripción de TAR
 - 1.2. IAT 2: Pacientes perdidos al seguimiento durante los primeros 12 meses de TAR
 - 1.3. IAT 3: Retención de pacientes con TAR de primera línea a los 12 meses
 - 1.4. IAT 4: Recolección oportuna de fármacos ARV
 - 1.5. IAT 5: Registro de citas en los servicios con TAR
 6. IAT 6: Continuidad del suministro de fármacos
 - 6.7. IAT 7: Conteo de pastillas o medidas estandarizadas de adherencia
 - 6.8. IAT 8: Supresión de la carga viral 12 meses después del TAR de primera línea
- C. Encuestas de seguimiento de FRVIH para monitorear la prevención de FRVIH y factores asociados en los servicios centinela de TAR [17].
- D. Encuestas umbral de vigilancia de la FRVIH transmitida en personas recientemente infectadas y en zonas geográficas donde la TAR ha sido ampliamente difundida durante 3 años o más [18].
- E. Desarrollo de bases de datos nacionales de FRVIH.
- F. Designación de un laboratorio de notificación de la FRVIH acreditado por la OMS en el país o región [19].
- G. Revisión y apoyo de las actividades de prevención de la FRVIH.
- H. Preparación de un informe anual y recomendaciones para la FRVIH.

Fuente: [20].

Estrategia de prevención y evaluación de la farmacoresistencia en el VIH en América Latina y el Caribe

La estrategia mundial de prevención y evaluación de la FRVIH recomendada por la OMS ha sido introducida en la región de ALC con el apoyo de OPS a través de una serie de talleres y actividades de capacitación regionales (ver Recuadro 6.3). El objetivo de estos programas es representar los principales elementos de la estrategia mediante sensibilización, abogacía para la implementación de las estrategias nacionales vinculadas con la farmacoresistencia del VIH y evaluación de la factibilidad de su aplicación potencial en la región de ALC. Estos talleres también ofrecen la posibilidad de desarrollar planes nacionales que definan la implementación de actividades y cronogramas.

Recuadro 6.3: Talleres y actividades de capacitación en América Latina y el Caribe

- **Fort de France, Martinica, Mayo 10-12, 2006:** Primer Taller para el Desarrollo de una Estrategia Caribeña para la Prevención, Vigilancia y Seguimiento de la Farmacoresistencia del VIH
- **Port-of-Spain, Trinidad, Enero 23-26, 2007:** Taller Caribeño de Capacitación en el Seguimiento y la Vigilancia de la Farmacoresistencia en el VIH.
- **Río de Janeiro, Brasil, Noviembre 26-28, 2007:** Taller Latino Americano para la Prevención, Vigilancia y Seguimiento de la Farmacoresistencia del VIH.
- **Lima, Perú, Abril 15-17, 2008:** Avances y Retos en la Producción de Información Estratégica sobre el VIH en América Latina.
- **Port-of-Spain, Trinidad, Noviembre 18-21, 2008:** Encuentro Regional para la Implementación de Estrategias vinculadas con la Farmacoresistencia del VIH en el Caribe.

La planificación e implementación de la estrategia de prevención y evaluación de la OMS ha avanzado lentamente en América Latina desde su introducción hacia fines de 2007. Se han creado grupos de trabajo o comités nacionales de FRVIH en varios países. Cuenta con una amplia gama de funciones que incluye la discusión de casos individuales de pacientes para identificar fallas del tratamiento antirretroviral, la prescripción de tratamientos de segunda línea y de rescate, la provisión de indicaciones para las pruebas de genotipificación del VIH y la planificación de las estrategias nacionales de prevención y evaluación de FRVIH. No obstante, el desarrollo de estrategias nacionales de prevención y estimación de la FRVIH no ha llevado a la formación de los grupos de trabajo nacionales en todos los países de América Latina. La integración de actividades de evaluación de la FRVIH de base poblacional con los programas nacionales de vigilancia y evaluación está avanzando en América Latina y algunos resultados preliminares estarán disponibles en 2010.

En el Caribe los esfuerzos para introducir la estrategia de prevención y evaluación de FRVIH de la OMS ya se habían iniciado en 2006. Ésta tiene como objetivo: (a) comprender el impacto de la disponibilidad de TAR sobre la FRVIH; (b) establecer un abordaje

Pan-Caribeño común para guiar las acciones de salud pública de los regímenes de TAR de primera y segunda línea; (c) introducir acciones correctivas en los servicios que brindan tratamiento para minimizar la emergencia de la fármacoresistencia.

Un resultado de los talleres realizados en 2006 y 2007 fue el desarrollo de la Estrategia Regional de FRVIH en el Caribe para la prevención, vigilancia y seguimiento siguiendo el enfoque recomendado por la OMS. En 2008, el tercer taller regional realizado por invitación de la Oficina de la OPS para la Coordinación de la Respuesta al VIH en el Caribe (PHCO) ofreció la posibilidad de discutir los avances logrados a nivel nacional y regional (ver Recuadro 6.4) para fijar objetivos y metas para el período 2009-2010 e identificar la asistencia técnica y recursos necesarios para la aplicación de la estrategia regional de FRVIH.

Recuadro 6.4: Avances logrados en la implementación de la estrategia regional del Caribe para la FRVIH, 2008.

- Dos laboratorios de genotipificación del Caribe (Martinica y Puerto Rico) han logrado la certificación de la OMS para apoyar la implementación de encuestas de FRVIH.
- Cuatro países han establecido Comités Nacionales de FRVIH, con identificación de los puntos focales y desarrollo de los planes de trabajo sobre la FRVIH.
- Ocho países han generado al menos tres Indicadores de alerta temprana para la FRVIH en 2008.
- Dos a cuatro países se preparan para aplicar los protocolos de seguimiento de la FRVIH en 2009.
- Se han identificado fondos para la implementación de las estrategias de FRVIH en el Caribe (de la Fundación Gates, la Asociación Pan-Caribeña de lucha contra el VIH/sida, el Fondo Mundial y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades).
- Las metas para el período 2009-2010 incluyen la notificación de los Indicadores de Alerta Temprana para la FRVIH en 14 países para fines de 2009 y la aplicación de protocolos de seguimiento de FRVIH en al menos tres países para fines de 2010.

Retos y recomendaciones para las actividades de prevención y evaluación de la FRVIH en América Latina y el Caribe

Las estrategias de salud pública para la prevención, seguimiento y vigilancia de la FRVIH son urgentes y deben reconocerse como componentes críticos de la asistencia integral para el VIH en toda América Latina y el Caribe. La prevención de la fármacoresistencia a través de un funcionamiento óptimo de programas y atención de buena calidad deberían ser el principio básico de todo programa de tratamiento del VIH, mientras que el seguimiento del desempeño de los servicios donde se administra TAR a nivel nacional debe ser parte de un plan nacional de mejora de la calidad para mejorar en última instancia el beneficio de los resultados de largo plazo de los pacientes que reciben TAR y minimizar la emergencia y transmisión de la fármacoresistencia del VIH. La prevención de la fármacoresistencia es en especial importante dado el alto costo de la genotipificación del VIH para el manejo clínico individual de la segunda línea y las siguientes líneas de ARV, que muchos países no pueden pagar (en especial en tiempos de incertidumbre económica).

La vigilancia de la fármacoresistencia del VIH es un instrumento útil que informa a los países acerca del impacto del funcionamiento de los programas nacionales y que puede orientar a las y los tomadores de decisiones a ejecutar medidas de salud pública correctivas sanas y basadas en la evidencia, pero sigue siendo un área mayormente incompleta en las agendas nacionales y regionales.

Los gerentes de programa y prestadores de salud deben conocer la importancia de los planes de prevención y evaluación de la FRVIH como elementos esenciales de los programas integrales de sida y la importancia crítica de comprender la magnitud de la FRVIH dentro de cada país para poder tomar las medidas correctivas necesarias para minimizar la fármacoresistencia prevenible con políticas de salud pública y recomendaciones basadas en la evidencia.

Es necesario tener en cuenta la financiación de estas actividades en el diseño de los presupuestos nacionales. En algunos países de ingresos bajos, sin embargo, puede necesitarse algún apoyo financiero externo para la implementación de las encuestas acerca de la FRVIH. La OPS y otros socios clave realizan una función esencial al brindar la asistencia técnica necesaria para apoyar el desarrollo y la implementación de los planes nacionales de prevención y evaluación de la FRVIH.

Retos y recomendaciones para las actividades de prevención de la FRVIH

La prevención de la FRVIH se basa en la adherencia de los pacientes a TAR y en factores programáticos del sistema de salud que aseguran que todas las personas que reciben TAR tengan acceso a un abastecimiento continuo de fármacos ARV de calidad asegurada y correctamente prescritos como triple terapia donde también se asegura y apoya su uso continuo.

Muchos de los programas nacionales de sida en la región de ALC han sido organizados según un modelo vertical de centros de suministro centralizados con frecuencia en los servicios de salud especializados y que, en ciertos casos, pueden ser paralelos a los servicios de atención en salud existentes. Este tipo de centralización puede determinar problemas para acceder a una asistencia integral creados por: (a) la gran distancia para llegar a los lugares de tratamiento del VIH, haciendo que los pacientes incurran en costos de transporte y tomen tiempo de su trabajo y a sus responsabilidades familiares; (b) la prestación de asistencia fragmentada en diferentes lugares (prescripción de TAR, recolección de los ARV, atención de las infecciones oportunistas, planificación familiar, atención primaria en salud); (c) el número inadecuado de prestadores de salud para VIH a medida que aumenta el número de pacientes con sida por la ampliación de los programas, con menor calidad de la atención y apoyo a la adherencia. Estos factores pueden resultar en una no-adherencia a la TAR y en que los pacientes se salten sus visitas clínicas y la recogida de los fármacos, todo lo cual contribuye a la fármacoresistencia del VIH. Un abordaje de salud pública de abastecimiento de TAR descentralizado y/o que integre la asistencia al VIH a los servicios de salud existentes en los niveles primario, secundario y terciario facilita el acceso a la atención e involucra a una amplia gama de proveedores de salud capaces de brindar atención integral y apoyar la adherencia.

Otro reto para la prestación de salud que afecta la emergencia de la fármacoresistencia es la falta de recursos humanos capacitados en una prestación de atención de calidad, prescripción apropiada y uso racional de medicamentos ARV. Los especialistas en enfermedades infecciosas han sido los principales proveedores de cuidados y tratamiento del VIH en la región de ALC, con poca participación de los otros prestadores de salud y con una escasa derivación de tareas a personal de salud no médico. Aunque el concepto de derivación de tareas no ha sido aceptado fácilmente en la región, podría constituir un modelo de prestación útil para apoyar el logro de acceso universal en algunos países de ALC.

Es necesario continuar capacitando a los proveedores de salud en los diferentes tipos de servicios de salud para poder asegurar una mejor calidad de la atención y la prestación de servicios a las personas con VIH. Aunque las normas técnicas nacionales y regionales se han creado para guiar el manejo del paciente y asegurar la estandarización y prescripción apropiada de los fármacos ARV, su uso y cumplimiento por parte de quienes realizan las prescripciones sigue representando un reto. La directrices regionales de TAR se han publicado y difundido recientemente [21] y muchos países han desarrollado sus propias normas nacionales delineando los regímenes estándar de primera y segunda línea en base al costo y disponibilidad de los antirretrovirales. A pesar de esta reglamentación, siguen faltando normas para la prescripción de TAR y ello puede resultar en un uso inapropiado de fármacos ARV—que puede contribuir a promover la fármacoresistencia y limitar la disponibilidad de regímenes de segunda línea. Los países de ALC deben por tanto desarrollar y actualizar sus normas nacionales de atención integral para el VIH y desarrollar sistemas de seguimiento sistemáticos para las prácticas de prescripción de TAR y la adherencia a las normas nacionales.

La disponibilidad continua de fármacos ARV de calidad asegurada en los sitios de prestación constituye otro de los retos regionales. La prevención de falta de reservas y la necesidad de garantizar la calidad de los fármacos ARV son elementos programáticos importantes que pueden contribuir a minimizar el número de casos de FRVIH prevenibles. La compra de fármacos ARV debe integrarse dentro del sistema de compras establecido para los demás fármacos y la gestión de la cadena de abastecimiento deberá potenciarse con estrategias de capacitación y planificación que incorporen los fármacos ARV. A medida que se descentralizan y se amplían los programas del VIH se hace más necesaria la previsión, así como asegurar y monitorear la distribución oportuna de los fármacos ARV en los sitios de tratamiento.

No todos los países cuentan con sistemas de aseguramiento de calidad de fármacos que cumplan con las normas de precalificación de calidad, seguridad y eficacia de la OMS—o al menos con una agencia regulatoria nacional que se ocupe de la validación y aprobación de las formulaciones. Es necesario potenciar los lazos con los laboratorios regionales que ofrecen estos servicios y que pueden recibir el apoyo del Fondo Estratégico de la OPS.

La adherencia del paciente constituye el factor más crucial para la prevención de FRVIH a nivel individual, además de los desafíos programáticos y de los de los sistemas de salud. Dado que el mantenimiento de la adherencia en el tiempo es el reto mayor para las personas que reciben TAR, los servicios de VIH deben ofrecer un apoyo sostenido a la adherencia a través

de consejería continua. Es necesario utilizar estrategias diversas de apoyo a los y las pacientes capacitándolos y permitiendo la identificación y referencia de quienes tengan problemas psicológicos, abuso de drogas y de alcohol o la presencia de otras comorbilidades que puedan comprometer la adherencia. Deben implementarse procesos clínicos para evaluar, monitorear y apoyar a los y las pacientes identificados con la no-adherencia o con necesidades especiales.

Retos y recomendaciones para las actividades de análisis de la FRVIH

A pesar de los esfuerzos realizados para promover la vigilancia de la FRVIH en la región, los esfuerzos para la implementación de estrategias nacionales de base poblacional para la prevención y evaluación de la FRVIH han enfrentado múltiples barreras y avanzado lentamente.

En ciertos lugares la inestabilidad política a nivel país ha determinado cambios inesperados en las agendas programáticas y en la asignación de recursos, alejando la atención de la farmacoresistencia como uno de los componentes fundamentales de la vigilancia nacional del VIH. La planificación e implementación de dicho programa se ve más dificultada por el alto recambio de personal—en especial de personas clave capacitadas en los talleres regionales—y por la ausencia de un taller o comité nacional de FRVIH consolidado. En otros casos, los retos surgen de una combinación de capacidades nacionales acotadas para ejecutar los planes debido a la escasez de recursos humanos, infraestructura y fondos y a la limitaciones de la asistencia técnica externa y de las directrices para la vigilancia de la FRVIH.

La creación de grupos de trabajo nacionales para FRVIH bajo el liderazgo de los programas nacionales de sida con la participación de actores clave en el país—incluyendo el apoyo técnico de socios internos y externos—es necesaria para construir capacidad nacional y regional y desarrollar estrategias de prevención, seguimiento y vigilancia de la FRVIH como componentes clave dentro de la expansión de los programas nacionales de sida. La creación de grupos de talleres regionales y subregionales de FRVIH puede servir para consolidar la capacidad regional y promover la colaboración horizontal entre países dentro de una misma área geográfica.

La ausencia de sistemas de información de pacientes estandarizada en los registros clínicos y de farmacia constituye un gran obstáculo en algunos países para la recolección de información estratégica sobre la prevención de la FRVIH—tal como los Indicadores de alerta temprana—y el seguimiento general y evaluación de los resultados de los programas de TAR. Incluso en los países que cuentan con sistemas electrónicos de información de pacientes, es posible que éstos no se utilicen de forma sistemática y que los datos recabados no siempre estén completos ni sean siempre confiables. Resulta crucial fortalecer y normalizar los sistemas de información de pacientes y otros procedimientos de registro de TAR para respaldar la vigilancia y seguimiento del VIH y evaluar los programas de TAR a nivel país; esto debe por tanto constituir una prioridad a nivel nacional y regional. La recolección de información estratégica acerca del funcionamiento de los sitios que ofrecen TAR y de los programas nacionales es una estrategia de mejora de la calidad que apoya la asistencia sanitaria para el VIH y la eficacia de largo plazo de TAR. Contar con sistemas de seguimiento óptimos beneficia a los programas nacionales de sida a medir los avances en la prestación para alcanzar el acceso universal.

La mayor parte de los países de la región de ALC tienen la capacidad de notificar los Indicadores de alerta temprana de FRVIH. Sin embargo, la planificación y diseño de estudios epidemiológicos de alto poder estadístico que cumplen con la metodología de encuestas recomendadas por la OMS constituye otro reto, en particular porque la epidemia del VIH en la región está concentrada fundamentalmente en las poblaciones vulnerables. En países que tienen cifras relativamente bajas de pacientes recientemente diagnosticados esto plantea un problema para la vigilancia de la resistencia de transmisión primaria o—cuando la prestación de la TAR está descentralizada o existe baja captación de nuevos pacientes por sitio de tratamiento—para el seguimiento de las mutaciones emergentes del VIH. La factibilidad de estos estudios en algunos países del Caribe se ve aún más limitada por el tamaño reducido de la población y los bajos números de personas con VIH que buscan atención en salud. Es urgente realizar evaluaciones de factibilidad para la implementación de encuestas de FRVIH y la adaptación local de los protocolos de encuestas de la OMS con el apoyo y asistencia técnica de la OPS y otros socios clave para poder brindar alternativas hechas a medida para el seguimiento y la vigilancia de la FRVIH en los países de la región.

En la actualidad numerosos laboratorios de América Central y del Sur están realizando la genotipificación del VIH para el seguimiento y la vigilancia clínica de la FRVIH, pero ninguno ha sido certificado por la OMS dentro de la Red de Farmacoresistencia del VIH (HIV ResNet de la OMS), una red de laboratorios acreditados que realizan genotipificación de calidad asegurada para apoyar el seguimiento y la vigilancia de la FRVIH. El desarrollo de redes de laboratorios regionales para la FRVIH junto con

la certificación de los laboratorios nacionales y regionales dentro de la HIV ResNet de la OMS será un gran apoyo para la planificación y aplicación de encuestas armonizadas de la FRVIH con resultados de genotipificación de calidad asegurada.

Aunque existen dos laboratorios acreditados por la OMS en el Caribe—en Martinica y en Puerto Rico—, la logística de envío plantea otro reto importante. Dados los problemas de transporte entre países, en algunos de ellos puede resultar más factible enviar muestras a laboratorios de Norteamérica y e incluso más lejos que a sus propios laboratorios regionales acreditados por la OMS. Los países interesados en implementar encuestas nacionales de fármacoresistencia y procesar muestras para genotipificación del VIH recibirán asistencia de la OPS para identificar las capacidades nacionales o regionales disponibles y, en caso de ser necesario, solicitar certificación de la OMS para los laboratorios nacionales de FRVIH. El uso de manchas de sangre seca (DBS) reducirá las dificultades logísticas para los envíos requeridos en las encuestas de la FRVIH en los países del Caribe.

El mayor conocimiento y la sensibilización acerca de la importancia de la prevención y evaluación de las actividades relacionadas con la FRVIR constituyen una prioridad regional y la información estratégica sobre la FRVIH permitirá tomar medidas correctivas para minimizar la fármacoresistencia prevenible.

Referencias

1. WHO, UNAIDS, UNICEF. **Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2009.** Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Richman DD, Morton SC, Wrin T, Hellmann N, Berry S, Shapiro MF, Bozzette SA. **The prevalence of antiretroviral drug resistance in the United States.** *AIDS* 2004,18:1393-1401.
3. Sagir A, Oette M, Kaiser R, Daumer M, Fatkenheuer G, Rockstroh JK, *et al.* **Trends of prevalence of primary HIV drug resistance in Germany.** *J Antimicrob Chemother* 2007,60:843-848.
4. Vercauteren J, Derdelinckx I, Sasse A, Bogaert M, Ceunen H, De Roo A, *et al.* **Prevalence and epidemiology of HIV type 1 drug resistance among newly diagnosed therapy-naive patients in Belgium from 2003 to 2006.** *AIDS Res Hum Retroviruses* 2008,24:355-362.
5. Bouchard M, Masquelier B, Moreno M, Deibis L, De Perez GE, Fleury H, Castro E. **HIV type 1 drug resistance among naive patients from Venezuela.** *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007,23:482-485.
6. Dilerna DA, Lourtau L, Gomez AM, Ebenrstejin J, Toibaro JJ, Bautista CT, *et al.* **Drug-resistance surveillance among newly HIV-1 diagnosed individuals in Buenos Aires, Argentina.** *AIDS* 2007,21:1355-1360.
7. Petroni A, Deluchi G, Pryluka D, Rotryng F, Bortolozzi R, Lopardo G, *et al.* **Update on primary HIV-1 resistance in Argentina: emergence of mutations conferring high-level resistance to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors in drug-naive patients.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006,42:506-510.
8. Lama JR, Sanchez J, Suarez L, Caballero P, Laguna A, Sanchez JL, *et al.* **Linking HIV and antiretroviral drug resistance surveillance in Peru: a model for a third-generation HIV sentinel surveillance.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006,42:501-505.
9. Lloyd B, O'Connell RJ, Michael NL, Aviles R, Palou E, Hernandez R, *et al.* **Prevalence of resistance mutations in HIV-1-infected Hondurans at the beginning of the National Antiretroviral Therapy Program.** *AIDS Res Hum Retroviruses* 2008,24:529-535.
10. Rios M, Delgado E, Perez-Alvarez L, Fernandez J, Galvez P, de Parga EV, *et al.* **Antiretroviral drug resistance and phylogenetic diversity of HIV-1 in Chile.** *J Med Virol* 2007,79:647-656.
11. Ruibal-Brunet IJ, Cuevas MT, Diaz-Torres H, Villahermosa ML, Noa-Romero E, Vazquez de Parga E, *et al.* **Genotypic resistance mutations to antiretroviral drugs in HIV-1 B and non-B subtypes from Cuba.** *Rev Panam Salud Publica* 2001,10:174-180.
12. Petersen ML, Boily MC, Bastos FI. **Assessing HIV resistance in developing countries: Brazil as a case study.** *Rev Panam Salud Publica* 2006,19:146-156.
13. Brindeiro RM, Diaz RS, Sabino EC, Morgado MG, Pires IL, Brigidio L, *et al.* **Brazilian Network for HIV Drug Resistance Surveillance (HIV-BResNet): a survey of chronically infected individuals.** *AIDS* 2003,17:1063-1069.
14. Charles M, Noel F, Leger P, Severe P, Riviere C, Beauharnais CA, *et al.* **Survival, plasma HIV-1 RNA concentrations and drug resistance in HIV-1-infected Haitian adolescents and young adults on antiretrovirals.** *Bull World Health Organ* 2008,86:970-977.
15. Bennett DE, Bertagnolio S, Sutherland D, Gilks CF. **The World Health Organization's global strategy for prevention and assessment of HIV drug resistance.** *Antivir Ther* 2008,13 Suppl 2:1-13.
16. WHO. **HIV Drug Resistance Early Warning Indicators: World Health Organization indicators to monitor HIV drug resistance prevention at antiretroviral treatment sites.** Available at: http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv_dr_early_warning_indicators.pdf. Geneva: World Health Organization; 2008.
17. Jordan MR, Bennett DE, Bertagnolio S, Gilks CF, Sutherland D. **World Health Organization surveys to monitor HIV drug resistance prevention and associated factors in sentinel antiretroviral treatment sites.** *Antivir Ther* 2008,13 Suppl 2:15-23.
18. Bennett DE, Myatt M, Bertagnolio S, Sutherland D, Gilks CF. **Recommendations for surveillance of transmitted HIV drug resistance in countries scaling up antiretroviral treatment.** *Antivir Ther* 2008,13 Suppl 2:25-36.
19. Bertagnolio S, Derdelinckx I, Parker M, Fitzgibbon J, Fleury H, Peeters M, *et al.* **World Health Organization/HIVResNet Drug Resistance Laboratory Strategy.** *Antivir Ther* 2008,13 Suppl 2:49-57.
20. WHO. **HIV drug resistance.** Available at: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/en/index.html>. Geneva: World Health Organization.
21. PAHO. **Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal.** Washington: Pan American Health Organization; 2008.

Lista de Tablas

Tabla 1.1:	Proporción de hombres que han notificado haber mantenido relaciones sexuales con otros hombres en América Latina y el Caribe, 2003-2007	21
Tabla 1.2:	Relaciones sexuales heterosexuales y relaciones sexuales entre hombres HSH en América Latina y el Caribe, 2003-200710	21
Tabla 1.3:	Prevalencia del VIH en HSH y personas transgénero en América Latina y el Caribe, 2003-2007	22
Tabla 1.4:	Prevalencia del uso de condones en América Latina y el Caribe, 2003-2007	23
Tabla 1.5:	Prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual en América Latina y el Caribe, 2003-2007	23
Tabla 2.1:	Selección de estudios por población UDI y no UDI de Sudamérica, 1998-2007;Error!Marcador no definido	34
Tabla 2.2:	Presupuestos para la prevención del abuso de drogas y del VIH en los países del cono Sur, 2002-2003	35
Tabla 2.3:	Presupuestos para el fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH en los países del Cono Sur, 2004-2006	35
Tabla 2.4:	Países que apoyan medidas de reducción de daños en América Latina y el Caribe	36
Tabla 3.1:	Tipologías de trabajo sexual	43
Tabla 4.1:	Porcentaje de mujeres VIH positivas que recibieron antirretrovirales para reducir la transmisión materno-infantil del VIH en los países de América Latina y el Caribe, 2006 y 2007	60
Tabla 4.2:	Porcentaje de mujeres embarazadas que se realizaron pruebas para el VIH y recibieron el resultado según su nivel de escolaridad, Brasil 2002	61
Tabla 4.3:	Porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH según el tipo de nacimiento y régimen antirretroviral en Cuba, enero de 1986-septiembre de 2009	68
Tabla 5.1:	Disponibilidad de pruebas de CD4 para seguimiento de tratamiento con antirretrovirales de acuerdo a los protocolos nacionales en América Latina y el Caribe, 2006-200776	81

Lista de Gráficos

Gráfico 1.1:	Marcos jurídicos referidos a la diversidad sexual en los países de ingresos bajos y medios	24
Gráfico 2.1:	Regiones de uso inyectable de heroína y cocaína en América Latina y el Caribe	32
Gráfico 4.1:	Incidencia de sífilis congénita en América Latina y el Caribe, 2005-2007	57
Gráfico 4.2:	Porcentaje de mujeres embarazadas en que se realizaron pruebas del VIH en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007	59
Gráfico 4.3:	Cobertura de Antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, 2007	59
Gráfico 4.4:	Porcentaje de niños infectados con VIH por edad gestacional en el momento del diagnóstico del VIH, Colombia 2005	62
Gráfico 4.5:	Experiencia frecuente de mujeres embarazadas que buscan atención en salud en Colombia, 2007	63
Gráfico 4.6:	Cobertura de pruebas del VIH durante el embarazo en el Perú, 2004-2007	64
Gráfico 4.7:	Momento en que se realiza la pruebas del VIH durante el embarazo y régimen farmacológico utilizado en una cohorte de mujeres diagnosticadas con el VIH en siete maternidades de Lima, Perú, 2005-2006	64
Gráfico 4.8:	Evolución de la cobertura de tamizaje y tratamiento para sífilis en mujeres embarazadas y puérperas y de la cobertura de la atención para sífilis congénita en establecimientos del Ministerio de Salud, Perú, 1997-2006	65
Gráfico 4.9:	Expansión de la cobertura de las pruebas para el VIH durante el embarazo, Nicaragua 2006, 2007, 2008	66
Gráfico 4.10:	Lagunas en la PTMI en República Dominicana, 2005-2006	67
Gráfico 5.1:	Número de personas que reciben tratamiento antirretroviral en países de ingresos bajos y medio, 2002-2008	78
Gráfico 5.2:	Distribución por sexo de personas (en porcentajes) que reciben tratamiento antirretroviral en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2007	79
Gráfico 5.3:	Distribución de personas según el régimen de antirretrovirales (primera o segunda línea) en los países de América Latina y el Caribe, 2007	81
Gráfico 5.4:	Evolución de consumo de TAR por regiones, 2006-2010	83
Gráfico 5.5:	Tendencia de precios para los regímenes de primera línea utilizados con mayor frecuencia en pacientes adultos en los países de ingresos medio bajos, 2004-2008	83
Gráfico 5.6:	Tenencias de precios para los regímenes de segunda línea utilizados con mayor frecuencia en adultos en los países de ingresos medios bajos, 2004-2008	84

Lista de Recuadros

Recuadro 1: Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/sida 2001	14
Recuadro 6.1: Programa de prácticas y actividades relacionadas con la prevención de la FRVIH	92
Recuadro 6.2: Elementos de la estrategia de prevención y evaluación de la FRVIH recomendada por la OMS	93
Recuadro 6.3: Talleres y actividades de capacitación en América Latina y el Caribe	93
Recuadro 6.4: Avances logrados en la implementación de la estrategia regional del Caribe para la FRVIH, 2008	94

Lista de Acrónimos

3TC:	Lamivudina
ADPIC:	Derechos de Propiedad Intelectual Relativos al Comercio
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo
AFASS:	Lactancia aceptable, factible, disponible, sostenible y segura
AIEA:	Atención integrada a las enfermedades de adolescentes y adultos
AIEPI:	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
ALC:	América Latina y el Caribe
APS:	Atención primaria en salud
ARV:	Antirretroviral
AZT:	Zidovudina
CAFRA:	Asociación del Caribe de Investigación y Acción
CD4:	Cluster de diferenciación 4
CDARI:	Instituto del Caribe de Investigación en Abuso de Drogas
CHRC:	Coalición del Caribe de Reducción de Daños
COHAN:	Cooperativa de Hospitales de Antioquia, Colombia
DBS:	Manchas de sangre seca
ELISA:	Ensayo inmunoenzimático
EpiNet:	Red Epidemiológica sobre el VIH/sida en América Latina y el Caribe
FRVIH:	Fármacoresistencia del VIH
GAN:	Grupo de Acompañamiento de las Negociaciones de Antirretrovirales
GCTH:	Grupo de Colaboración Técnica Horizontal
GFATM:	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
HBcAb:	Anticuerpo nuclear de la hepatitis B
HBsAg:	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HSH:	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; se trata de una construcción epidemiológica de hombres biológicos que tienen relaciones sexuales con otros hombres con independencia de las categorías de auto-identificación.
IAT:	Indicadores de Alerta Temprana
ICS:	Tira inmunocromatográfica
ILAP:	Iniciativa de América Latina y el Caribe para la Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis
INPUD:	Red Internacional de Personas que Usan Drogas
IP:	Inhibidor de la proteasa
ITS:	Infección de transmisión sexual
LPV/r:	Lopinavir/ritonavir
M&E:	Monitoreo y Evaluación
MAP:	Vigilancia de la pandemia de sida
NNRTI:	Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido
NRTI:	Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósido
NVP:	Nevirapina
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud
OMS VIH ResNet: Red Mundial de Fármacorresistencia del VIH de la OMS
ONG: Organización no gubernamental
ONU: Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPEP: Organización de los países exportadores de petróleo
OPS: Organización Panamericana de la Salud
P-24: Antígeno de proteína 24
PAR: Profilaxis antirretroviral
PASMO: Organización Panamericana de Mercadeo Social
PCR: Reacción en cadena de la polimerasa
PHCO: Oficina de la OPS para la Coordinación de la Respuesta al VIH en el Caribe
PTMI: Prevención de la transmisión maternoinfantil
RDS: Muestreo a partir de las personas entrevistadas
RPR: Rápida recuperación plasmática
Sd-NVP: Dosis única de nevirapina
Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
STARHS: Algoritmo serológico de comprobación de seroconversión del VIH reciente
TAR: Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TB: Tuberculosis
TMI: Transmisión maternoinfantil
TPI: Terapia preventiva con isoniazida
TS: Trabajo sexual o trabajador del sexo
TSF: Trabajadora sexual
TSM: Trabajador sexual
UDI: Usuarios de drogas inyectables o uso de drogas inyectables
UNGASS: Sesión Especial en la Asamblea General de la Organizaciones Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNODD: Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
WB: Western Blot