



MEMORIA DE TALLER

AVANCES Y DESAFÍOS EN LA PRODUCCIÓN DE
INFORMACIÓN ESTRATÉGICA SOBRE VIH
EN AMÉRICA LATINA

COOPERACIÓN SUR – SUR

15 – 17 de Abril 2008
Lima - Perú

Memoria de Taller "Avances y Desafíos en la Producción de Información Estratégica Sobre VIH en América Latina".
Cooperación Sur – Sur. Primera edición, Lima: ONUSIDA, 2009.
84 p.

1. VIH 2. SIDA 3. SIDA-EPIDEMIOLOGÍA 4. AMÉRICA LATINA

© 2009 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA

Av. Benavides 786, Miraflores

Lima 18 – PERU

Teléfono: +51 1 213 3200

Fax: +51 1 447 1441

Reservados todos los derechos.

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito de ONUSIDA.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Coordinación general de esta edición: Patricia Bracamonte, Oficial de Monitoreo y Evaluación, ONUSIDA

Revisión y edición técnica final: Carlos F. Cáceres *

Edición y producción editorial: Segundo R. León *

Carátula y diseño de interiores: Fernando Olivos y Antonio Zegarra *

Diagramación: Termil Editores Impresores

* Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDEH)

Av. Armendáriz 445, Lima 18, Peru. Telefax + 51 1 203 3300. www.iessdeh.org

Impreso en Lima

Primera edición: Mayo de 2009

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009 - 07311

ISBN 978-612-45510-0-0

AGRADECIMIENTO

ONUSIDA, OPS y ORAS - CONHU agradecen las contribuciones de todos y cada uno de los participantes en el taller *"AVANCES Y DESAFÍOS EN LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA SOBRE VIH EN LATINOAMÉRICA"*, y de manera muy especial a los países que compartieron sus experiencias en beneficio del aprendizaje colectivo y mejora de las prácticas futuras sobre vigilancia del VIH en América Latina: Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela.

Expresan asimismo su agradecimiento al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cuyo apoyo financiero hizo posible la edición de este documento.

Extendemos, finalmente, nuestro reconocimiento al Dr. Pedro Chequer, mentor y promotor de las actividades de cooperación Sur Sur en el tema de información estratégica en América del Sur.

PRÓLOGO

A más de 25 años de la aparición del primer caso de VIH en América Latina, se sabe que lograr el acceso universal a los servicios de prevención requiere la planificación y ejecución de programas basados en un buen conocimiento y comprensión del perfil de la epidemia de VIH que tiene cada país, y su evolución a lo largo del tiempo. Esto incluye la identificación, por ejemplo, de los grupos clave más expuestos al VIH en cada país, las vulnerabilidades que determinan la diseminación de la epidemia, el tamaño de las poblaciones más expuestas al VIH, entre otros temas de interés. Sin embargo, a partir de la experiencia de reportes internacionales como el UNGASS y de las necesidades de asistencia técnica expresadas por los Programas Nacionales de sida de los países de la región, se sabe que existe una brecha significativa en cuanto a la información estratégica disponible sobre la epidemia del VIH en América Latina, lo cual podría contribuir a la invisibilidad de las poblaciones clave, repercutir en la asignación de recursos y, en casos extremos, desviar la eficacia de las estrategias de prevención definidas para hacer frente a la epidemia del VIH, prevenirla y controlarla.

Concientes de la importancia de la información estratégica de calidad y oportuna para la toma de decisiones, la asistencia técnica del sistema de las Naciones Unidas en América Latina se ha intensificado, especialmente en los temas referidos a la producción de información sobre VIH y sida y su uso en los sistemas de planificación y toma de decisiones, en un proceso coordinado por ONUSIDA, el programa que aúna los esfuerzos y los recursos de diez organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la respuesta mundial al sida. Asimismo, la estrategia de Cooperación Sur-Sur ha abierto ventanas de oportunidad para el intercambio de experiencias exitosas y para el aprendizaje colectivo, tanto entre los países de la región como en cooperación con organismos regionales como el MERCOSUR y la sub-región Andina, con miras a mejorar las intervenciones y sistemas de información sobre la epidemia del VIH, la respuesta nacional y el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo en Latinoamérica.

En abril de 2008 se realizó el taller “Avances y Desafíos en la Producción de Información Estratégica Sobre VIH en Latinoamérica”, como un ejemplo más del trabajo colaborativo y coordinado entre el sistema de las Naciones Unidas y los organismos regionales, en este caso, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). La presente publicación es una memoria de esa reunión, preparada a solicitud de algunos de los países participantes con la idea de registrar en un documento las propuestas y experiencias que se compartieron en el mencionado taller, y que ello pueda servir en lo inmediato como insumo de trabajo a los equipos técnicos de los Ministerios de Salud, Programas Nacionales de sida y organizaciones co-patrocinadoras de ONUSIDA.

A un año de la realización del taller, ONUSIDA, OPS y ORAS-CONHU, con el apoyo de la Oficina

de UNFPA en el Perú, ponen al servicio del lector las interesantes ideas y contribuciones para la mejora de la información estratégica que se presentaron y discutieron en aquella oportunidad con los representantes de los países participantes. Estamos seguros que la futura planificación de acciones en prevención y control de la epidemia del VIH basada en la evidencia disponible, se verá sensiblemente enriquecida con este aporte.

Dr. César Núñez

DIRECTOR REGIONAL

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH - ONUSIDA

Dr. Oscar Feo Istúriz

SECRETARIO EJECUTIVO

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

Gottfried Hirschall

JEFE DEL EQUIPO DE VIH

Organización Panamericana de la Salud - OPS

PRESENTACIÓN

El acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH es una meta con la que se han comprometido los países y la comunidad internacional. Cuándo y cómo un país alcanzará estas metas puede variar, dependiendo de las características epidemiológicas iniciales, el entorno político, las políticas existentes, la infraestructura de prestación de servicios de salud y otros factores relacionados con el sistema de salud y de otro tipo que son específicos de cada país. Para llevar a cabo una planificación de programas adecuada, se ha alentado a los países a que fijen metas nacionales ambiciosas que puedan usarse para planificar y vigilar su propio progreso hacia el acceso universal. Una meta del acceso universal cuantificada (por ejemplo, una meta de cobertura) y una población destinataria pueden variar en las diversas intervenciones relacionadas con la infección por el VIH y en diferentes entornos, por lo que se considera muy importante vincular la información estratégica disponible a nivel sub-nacional y nacional con los compromisos de acceso universal a tratamiento, prevención, atención y apoyo, que en su momento asumieron los países de esta región y del mundo.

Es por ello que uno de los ejes de trabajo de ONUSIDA y sus co-patrocinadores es vincular los procesos de análisis de información estratégica disponible en los países con los procesos de toma de decisiones, y mejorar, a través de ello, las respectivas respuestas nacionales al VIH.

En seguimiento de este eje de trabajo, la oficina Sub Regional de ONUSIDA del Cono Sur organizó una reunión regional sobre Información Estratégica en Noviembre de 2007, denominada "Reunión Mercosur para el Fortalecimiento de Acciones Estratégicas en el Marco de la Cooperación Sur – Sur - Taller de Vigilancia Epidemiológica". Participaron los responsables técnicos de vigilancia epidemiológica en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay, puntos focales de OPS Y ONUSIDA y expertos en la temática. Los objetivos se focalizaron en:

- Compartir y discutir las definiciones de caso para fines de vigilancia epidemiológica en el MERCOSUR. Analizar aspectos comunes hacia una posible armonización.
- Definir métodos y herramientas disponibles para mejorar la vigilancia epidemiológica en el MERCOSUR.
- Revisar la situación de la vigilancia epidemiológica a fin de identificar la necesidad de realizar estudios de vigilancia de primera y segunda generación.
- Reconocer el valor de la vigilancia epidemiológica como componente fundamental de un sistema de monitoreo y evaluación de programas.

- Identificar brechas en la capacitación de recursos humanos y establecer una agenda de cooperación Sur-Sur.

Durante el taller se discutieron los avances y las debilidades en el área de vigilancia epidemiológica, y también se identificó la necesidad de articular las respuestas basadas en información estratégica que pudieran tener significado e interés común para los países de Latinoamérica. En ese contexto se definieron algunas áreas cuyo fortalecimiento se vio como prioritario:

1. Desarrollar estudios en poblaciones vulnerables: se acordó definir poblaciones vulnerables en las cuales deberían realizarse estudios, y priorizar estudios en al menos tres de las mismas. Estas poblaciones son, entre otras: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales masculinos y femeninos (TS) y sus clientes, usuarios de drogas inyectables (UDIs), usuarios de drogas (UD).
2. Promover el diseño de investigaciones con poblaciones que se superponen (por ejemplo: UDI / HSH / TS; UD / HSH).
3. Promover estudios comparables entre países en las siguientes áreas:
 - Incidencia de VIH.
 - Diseño de estudios en población vulnerable y otras que pueden establecer el puente entre las poblaciones vulnerables y la población general.
 - Vigilancia epidemiológica en gestantes.
 - Seguimiento de la transmisión vertical y vigilancia epidemiológica activa de casos.
4. Transferir, compartir, intercambiar y armonizar metodologías validadas para estudios en poblaciones vulnerables.
5. Desarrollar vigilancia epidemiológica en gestantes en municipios representativos.
6. Desarrollar vigilancia centinela de morbilidades en tuberculosis.
7. Desarrollar vigilancia de riesgo y ocurrencia de resistencia del VIH a los antirretrovirales.
8. Armonizar las definiciones de caso avanzado de VIH.

En función de las necesidades identificadas, se propuso continuar construyendo capacidades en temas de vigilancia epidemiológica, y sostener reuniones técnicas periódicamente.

A partir de esta experiencia del Cono Sur, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue (ORAS – CONHU) unieron esfuerzos para realizar un segundo taller regional, denominado Seminario - Taller “Avances y Desafíos en la Producción de Información Estratégica sobre VIH en Latinoamérica”.

El Seminario – Taller se realizó en la ciudad de Lima del 15 al 17 de Abril de 2008. La finalidad de

este Seminario – Taller fue apoyar e impulsar la mejora de la producción de información estratégica referida al VIH en la región, mediante mecanismos de cooperación Sur-Sur, para mejorar la planificación y monitoreo de las metas de acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo. Así, a partir del análisis de las experiencias y lecciones de los países en la producción de información estratégica, se definieron los siguientes objetivos:

- Avanzar en la armonización de metodologías e indicadores que faciliten la comparación de la información sobre VIH producida en la región.
- Identificar las brechas y necesidades de asistencia técnica para mejorar la producción de información estratégica.

El taller contó con la participación de representantes de los Programas Nacionales de SIDA y epidemiólogos de los Ministerios de salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Venezuela, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Asimismo, presentaron ponencias y participaron en las discusiones diferentes expertos en epidemiología del VIH de dentro y fuera de la región.

A continuación, se presenta el resumen de las exposiciones, diálogos con los participantes y conclusiones que se alcanzaron durante el mencionado evento. El documento está organizado por sesiones, siguiendo el curso de la agenda original del taller. Se inicia con una mirada panorámica de los sistemas de vigilancia, producción y análisis de información estratégica, desde la experiencia de ONUSIDA y los reportes de país que cada dos años se remiten a la Sesión Especial sobre VIH de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS). Seguidamente, los países participantes exponen diferentes experiencias de vigilancia epidemiológica, que abarca desde la medición de los tamaños poblaciones hasta los estudios de prevalencia del VIH con diferentes poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, población privada de su libertad, usuarios de drogas inyectables, gestantes, jóvenes y población en general). A continuación, se complementa lo anterior presentando los avances y retos para la región en relación a la medición de la resistencia a los antiretrovirales e indicadores de alerta temprana, la definición de caso avanzado de VIH, experiencias innovadoras para la vigilancia del VIH en hombres que tienen sexo con hombres, los estudios de cohorte para conocer el impacto del tratamiento antiretroviral, para cerrar las sesiones con un análisis de la situación y perspectivas para la información estratégica en VIH en la Región Latinoamericana. Los productos de construcción colectiva que resultaron de los ejercicios grupales son incluidos asimismo en la última parte.

ÍNDICE

I Introducción: Una Mirada a los Sistemas de Vigilancia, Producción y Análisis de Información Estratégica	15
Desafíos en la Estimación de la Prevalencia de VIH en Países con Epidemias de Bajo Nivel y Concentradas <i>Rob Lyerla</i>	17
Información Estratégica en VIH: Una Mirada desde los Informes UNGASS <i>Gabriela de la Iglesia y Patricia Bracamonte</i>	18
II Situación de la Epidemia en Poblaciones Específicas	21
Estimación de Tamaños Poblacionales de Grupos más Expuestos <i>Luis Ángel Moreno, Rubén Berriolo</i>	23
Situación del VIH en la Población de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres y Sub-Poblaciones de Mayor Vulnerabilidad (Población Trans) <i>Juan Pablo Protto, Ronny Rossel, Rubén Berriolo</i>	26
Situación del VIH en la Población de Trabajadores Sexuales <i>Elena Reynaga, Luis Ángel Moreno</i>	30
Situación del VIH en la Población Privada de la Libertad <i>Mónica Pun, Daysi Matos</i>	33
Situación del VIH en la Población Usuaria de Drogas <i>Diana Rossi, Carlos Cáceres, Ximena Salazar</i>	36
Situación del VIH en la Población General y la Transmisión Vertical del VIH a través de la Vigilancia en Gestantes <i>Mónica Pun, Liliana Orellana, Adriana Basombrío</i>	42
Situación del VIH en los Jóvenes <i>César Cárcamo, Luis Ángel Moreno</i>	45

III Avances y Retos Metodológicos	49
Vigilancia de la Resistencia a los Antiretrovirales e Indicadores de Alerta Temprana <i>Donald Sutherland</i>	51
Hacia la Armonización de la Definición de Caso Avanzado de VIH en la Vigilancia y el Monitoreo <i>Jesús María García-Calleja</i>	54
Evaluación de Impacto del Tratamiento Antiretroviral. Estudio de Cohorte Chilena <i>Carlos Beltrán</i>	56
Experiencias Innovadoras en Vigilancia en Hombres que tienen Sexo con otros Hombres en Perú y Ecuador <i>Jorge Sánchez, Juan Guanira</i>	57
Conoce tu Epidemia: Reflexiones Finales sobre la Situación y Perspectivas para la Información Estratégica Referida al VIH en la Región <i>Mónica Alonso, Ronald Álvarez, Pablo Anamaría</i>	60
IV Conclusiones, pasos a seguir y acuerdos finales	63
Conclusiones de los Trabajos en Grupo <i>Todos los participantes</i>	65
Acuerdos Finales <i>Todos los participantes</i>	67
V Anexos	69
Lista de Participantes	70
Programa del taller	79



I.
INTRODUCCIÓN: UNA MIRADA A LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA,
PRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Desafíos en la Estimación de la Prevalencia de VIH en Países con Epidemias de Bajo Nivel y Concentradas

Rob Lyerla, ONUSIDA

La presentación introductoria del taller se enfocó en una revisión de los desafíos que presenta la estimación de la prevalencia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en países con epidemias de bajo nivel y concentradas. Recalcó la necesidad de capturar de una mejor manera la dinámica epidemiológica de la infección por VIH, puesto que el solo conocimiento de prevalencias puntuales no es suficiente; se debe buscar conocer las tendencias de la epidemia a través del tiempo, con estimaciones más precisas. Esta necesidad se acentúa sobre todo en aquellos lugares y espacios donde no existen datos. Pero, ¿qué se requiere para superar este desafío? Al parecer la respuesta es simple: se necesita conocer quién tiene la infección en la actualidad (numerador) y quienes están expuestos a la misma (denominador), una fracción simple.

Actualmente se cuenta con muchos datos disponibles que también reúnen condiciones de calidad aceptables. Por supuesto es necesario tener en cuenta que algunos de estos datos pudieran no ser útiles cuando hablamos de epidemias de bajo nivel y concentradas, como es el caso de aquellos datos provenientes de encuestas nacionales donde las poblaciones con alta prevalencia pudieran verse no representadas. Además, en el caso de datos provenientes de estudios específicos, pudiera darse cierto sesgo de selección en el denominador y/o en el numerador. Adicionalmente se debe tener en cuenta que la generalización de los resultados obtenidos de estudios específicos debe hacerse luego de un análisis cuidadoso. Y por supuesto también nos encontramos con casos de ausencia de datos.

Algunos de los desafíos generales a superar para poder estimar la prevalencia en nuestros países incluyen: el acceso a los grupos de alto riesgo, grupos en los que se sabe se dan la mayoría de las infecciones; el estigma y la discriminación; el acceso a los servicios de salud; y por último, un financiamiento adecuado y que esté relacionado con la prevención. Cuando se trabaja con poblaciones vulnerables tales como las de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), Trabajadoras Sexuales (TS) y Usuarios de Drogas Inyectables (UDI), existen además algunos desafíos específicos. Entre estos siempre sobresale la dificultad de definir cada una de estas poblaciones. Por ejemplo, el hecho de no tener una definición clara de HSH puede resultar en la no inclusión de algunos sub-grupos que son parte de dicha población, lo que determinaría sesgos en los estimadores de prevalencia. Se debe recordar que "HSH" es una definición epidemiológica, puesto que en la epidemia de VIH existen muchos grupos diferentes que sin embargo suelen ser descritos con el mismo término. Lo mismo sucede con las TS: cuando hablamos de aquellas TS infectadas podríamos estar incluyendo a aquellas TS que por tener la infección por VIH ya dejaron de ser TS.

Hay algunas preguntas que surgen a partir de la necesidad de contar con datos de determinados grupos poblacionales: ¿Dónde los contamos?, ¿Cómo los contamos? y ¿Cuándo los contamos? Preguntas que definitivamente no tienen una respuesta clara debido a las diferentes dinámicas de estas poblaciones. Una pregunta adicional que se plantea es: ¿Con qué métodos contamos para poder tener información sobre estas poblaciones? Con respecto a esta última pregunta, podríamos hablar del uso del muestreo dirigido por el entrevistado (MDE)¹ el cuál es un método específico para conocer comportamientos de mayor riesgo en poblaciones de difícil acceso. La desventaja de esta metodología es que se precisa saber si la población muestreada es realmente representativa con respecto a la población total.

¹ También conocido por su denominación en lengua inglesa: *Respondent-Driven Sampling* (RDS).

Actualmente, existen nuevas metodologías propuestas por ONUSIDA, entre las que se cuenta el *scale up* (escalamiento), un método que intenta estimar el tamaño efectivo de una población determinada y que está basado en definiciones claras de la misma.

Para el caso de poblaciones de bajo riesgo se presentan también algunas interrogantes. Por ejemplo, la información proveniente de los centros de atención prenatal podría no ser útil para realizar vigilancia de poblaciones. Asimismo, hay que pensar en cuál es el futuro de la prueba anónima no ligada y cómo los resultados que de esta metodología se obtengan ayudarán a monitorear la epidemia. Si tenemos un país con epidemia centrada en usuarios de drogas inyectables (UDI), entonces habría que establecer cuál sería el aporte y/o la utilidad de utilizar información de clínicas prenatales para ayudar a conocer la tendencia de la epidemia.

Otras preguntas que surgen se refieren, por ejemplo, a la utilidad de obtener información de áreas tanto rurales como urbanas. Quizá la utilidad radique en que se podría establecer las diferencias entre ambas áreas geográficas. Otras poblaciones que es importante recordar debido a su vulnerabilidad son las personas privadas de su libertad y las poblaciones migrantes.

La declaración de UNGASS del año 2001 asumió compromisos de reducción de la prevalencia de VIH en los países más afectados hacia el 2005 y en todo el mundo hacia el 2010; en ambos casos se propone una reducción del 25% controlando por el impacto de la implementación de la terapia antiretroviral (TAR) (el cual ha causado un aumento en la prevalencia del VIH).

Un punto importante a conocer en países con epidemias concentradas es cuándo se inician los comportamientos de riesgo, pues así sería más fácil estimar la incidencia de infección por VIH.

Información Estratégica en VIH: Una Mirada desde los Informes UNGASS

Gabriela de la Iglesia y Patricia Bracamonte, ONUSIDA

Los informes de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) son fuentes de información concreta y de confianza puesto que se originan en informes individuales de cada país que son contruidos a partir de procedimientos estandarizados, lo cual les da un grado considerable de uniformidad y confiabilidad. Los pasos que guían la elaboración de estos informes son la (i) planificación, (ii) plazos concretos, (iii) evaluación de los datos y (iv) utilización de los datos.

La planificación incluye la asignación de roles y actividades para el procesamiento de los datos. Es importante que estos hayan sido contruidos de manera compartida y consensuada para que representen adecuadamente todas las perspectivas disponibles.

La recolección de datos debe cumplirse en plazos establecidos previamente y a partir del análisis de todas las fuentes disponibles. Sólo mirando todo el espectro de fuentes de información se tendrá mejores datos.

La evaluación de los datos incluye no sólo el análisis de las características de los mismos, sino también la identificación de sus debilidades y fortalezas. Asimismo este debe ser un proceso multisectorial que incorpore todas las perspectivas de los diferentes actores involucrados en el tema.

La fase de utilización de los datos debe considerar un análisis exhaustivo y una validación de

los mismos, además de darse una asunción y apropiación de estos por parte de cada uno de los actores interesados. Si todos los pasos se cumplieron se puede tener la certeza de que el informe está representando la realidad de la epidemia y de la respuesta ante la misma en el país.

¿Cuál es la necesidad del análisis de la información estratégica contenida en los informes UNGASS? La información que se consigna en tales informes constituye, al menos en teoría, un reflejo de lo que sucede en cada país, una información sistematizada que facilita el desarrollo de un perfil epidemiológico de cada país y permite además construir un informe global. De otra parte, a nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas este informe permite fortalecer aquellos elementos que se identificaron como mejorables, tarea que ya está siendo impulsada por ONUSIDA.

El análisis de la información contenida en los informes UNGASS incluye tres procesos, a saber: análisis cualitativo, análisis cuantitativo y análisis comparativo de la información. El análisis cualitativo está enfocado en este caso en la valoración de la calidad de la información; la cual debe considerar la representatividad de los datos, su oportunidad y el grado de desagregación de los mismos. Una vez analizadas estas características podemos decir si los datos son válidos. El análisis cuantitativo se enfoca en verificar que cada país reporte todos los indicadores y si estos se encuentran completos, no sólo expresados como porcentajes sino también como fracciones (i.e. con numerador y denominador) y además de forma desagregada por edad, sexo y otras variables pertinentes. El análisis comparativo permite a su vez valorar hasta qué punto la información de cada país es comparable no sólo año a año, sino también entre países y entre regiones y poder a su vez establecer tendencias en la epidemia.

Los informes UNGASS con frecuencia presentan información incompleta, por varias razones. En el caso de Latinoamérica, los problemas más frecuentes incluyen la no desagregación de los datos por sexo o por edad, o el que no se disponga del numerador y/o el denominador sobre los cuales se basa el cálculo. También es frecuente que los datos no hayan sido notificados o que las definiciones de los indicadores no se encuentren armonizadas con los estándares internacionales.

Aportes de las preguntas y discusión

- Se necesita hallar una metodología adecuada para estimar el número de nuevas infecciones y los grupos en los que estas ocurren, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas que representan a la población general.
- No se debe perder de vista que la información estratégica tiene un importante componente político.
- Ante la falta de información, se tiene la opción de recurrir a información proxy² que, si bien no es perfecta, nos puede ayudar a conocer las tendencias.
- Perú tiene una epidemia estabilizada en 0.3% en la población general, lo cual se conoce gracias a los estudios de vigilancia realizados hasta el momento.
- No solo se debe hablar de poblaciones de riesgo sino también, y especialmente, de prácticas de riesgo, y el riesgo puede vincularse a tipos de comportamiento

2

Información que se considera similar a otra que no se puede obtener, o que conduciría a estimar el dato faltante.

II. SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN POBLACIONES ESPECÍFICAS



Estimación de Tamaños Poblacionales de Grupos más Expuestos

La Experiencia de Colombia

Luis Ángel Moreno, Ministerio de Protección Social, Colombia

Una aproximación importante en la estimación de tamaños poblacionales consiste en conocer y discutir datos de investigaciones hechas en Latinoamérica. En este sentido y para efectos prácticos, se presentaron cinco ejemplos concretos de estudios prioritarios a desarrollarse durante 2008 en Colombia.

En primer lugar, el “Estudio de Comportamientos Sexuales y de Prevalencia de VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres”, el cuál a través del uso de estrategias combinadas buscará información cualitativa y cuantitativa con la intención de proporcionar información a todos los actores del sistema general de salud, al Gobierno nacional y a la comunidad en general sobre cuál es la magnitud y cuáles son las características y tendencias de la epidemia del VIH en los HSH y los comportamientos sexuales asociados a esta. En este caso, la metodología a utilizar es una encuesta serológica anónima ligada en una muestra obtenida de forma probabilística. Los conglomerados serán seleccionados mediante la utilización de muestreo dirigido por el entrevistado (MDE o RDS) y se incluirán instituciones prestadoras de salud, clínicas y hospitales de seis ciudades.

En segundo lugar se realizará nuevamente el Estudio *de Prevalencia de VIH en Gestantes*. Se han hecho 6 estudios centinela en Colombia con datos preocupantes en las dos últimas mediciones. Se requiere entonces un seguimiento completo de las gestantes en relación al VIH. Un factor que desfavorece estudiar a gestantes son las limitaciones del presupuesto nacional, el cuál actualmente no asegura las condiciones técnicas necesarias para su ejecución. La idea de este estudio centinela es incluir 13 ciudades, en tres de las cuales el financiamiento utilizaría recursos propios, en concordancia con la normativa de salud pública de que los departamentos de salud financien sus propios estudios.

En tercer lugar se realizará un *Estudio de Prevalencia de VIH en Trabajadoras Sexuales*. Se incluirá cinco sitios que incluyen a entidades prestadoras de salud, con base en un diseño no probabilístico.

En cuarto lugar, el *estudio de comportamiento y factores de vulnerabilidad en infección por VIH en mujeres*, en el cuál solo se mide conductas, y que permitirá conocer a una población que se está viendo afectada por condiciones de su vida diaria y que hasta ahora no está siendo evaluada.

Por último, el *estudio de Prevalencia de VIH en Pacientes con Tuberculosis* permitirá medir la prevalencia de esta coinfección. En este estudio se consideran cinco ciudades y un grupo de 449 pacientes.

Con respecto a la instrumentación y procedimientos necesarios para la realización de todos los estudios planteados, se ha considerado pertinente el uso de instrumentos similares, los cuales han sido revisados por un comité de expertos, quienes están estableciendo cuál es el eje o área temática al cuál corresponde cada pregunta, y evitar así un número excesivo de preguntas.

La parte biológica de los estudios que aportarán datos concretos de prevalencia, estará basada en dos metodologías de laboratorio: la técnica de análisis de sangre seca y la técnica convencional de sangre en tubo.

Es importante recalcar la participación de los diferentes actores, los autores intelectuales de los estudios, la academia, el Instituto Nacional de Salud, y la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, entre otras.

Hay algunas limitaciones importantes en el diseño de estos estudios que deben ser tenidas en cuenta, y estas pasan principalmente por el uso de métodos probabilísticos, el entrenamiento del personal que participa en los estudios, la falta de estandarización de las definiciones operacionales que se utilizan, y el estigma y la discriminación. Es una necesidad para los países que las agencias de cooperación apoyen estas iniciativas.

Para la implementación de estos estudios es fundamental que estos sean consensuados y se encuentren adecuados a la realidad; sólo así los resultados podrían usarse para sensibilizar a los tomadores de decisiones, para movilizar a la ciudadanía, diseñar campañas de comunicación y focalizar actividades de prevención.

La Experiencia de Uruguay

Rubén Berriolo, Ministerio de Salud, Uruguay

Un objetivo importante en Uruguay es conocer los cambios en la prevalencia de VIH en la población y determinar además las características moleculares de las cepas circulantes de VIH. La epidemia inicialmente estaba configurada por los subtipos F y B, pero últimamente se han visto ya algunos casos de subtipo C y la forma recombinante B/F.

Otro objetivo importante es evaluar la implementación de nuevas técnicas para la identificación de seroconversiones recientes, aplicando metodologías de ELISA desensibilizado.

En Uruguay había se desconocía cómo incluir a las poblaciones de riesgo en las estimaciones, pero con la llegada del programa *Spectrum* se pudo visualizar la importancia de conocer el tamaño de cada una de estas poblaciones.

En cuanto a trabajo sexual, Uruguay lo tiene reglamentado desde el año 2003. Esta reglamentación ha permitido que las trabajadoras sexuales sean controladas cada mes y cuentan con una tarjeta de visitas provista por el Ministerio de Salud Pública. Además existen instituciones que velan por la protección y respeto del trabajo sexual, como son la Comisión Nacional de Protección del Trabajo Sexual integrada por diferentes instituciones del gobierno y representantes de las trabajadoras sexuales.

En Uruguay, las trabajadoras sexuales se controlan desde antes de la década del 70 y desde entonces se han realizado estimaciones para saber su número. Es así que en 1981 se controló a 2300 TS y para finales de la década del 90 se estimaba en 5000 trabajadoras. Entre los años 2006-7, se realizó un censo de la población de TS en Montevideo, organizado conjuntamente por el Ministerio de Salud Pública y la Asociación de Trabajadoras Sexuales, lográndose captar a 1348 TS. El censo incluyó actividades preventivas para VIH y reparto de condones. El control del trabajo sexual también incluye a trabajadores sexuales masculinos, y el Ministerio de Salud Pública cuenta con 52 centros de atención que brindan servicios a esta población. Se estima que los trabajadores sexuales podrían ser aproximadamente 3000; un censo hecho en 2006-7 logró evaluar a 1721 de ellos. A principios del 2008 se inició un estudio de comportamientos y de prevalencia de VIH en este grupo, pero aún se presentan dificultades en su implementación.

En el caso de Personas Privadas de su Libertad (PPL) viviendo con VIH hay datos más específicos.

En Uruguay este grupo suma 132 en estadio seropositivo y 28 en estadio SIDA, y la co-morbilidad con TBC en este grupo es alta. Un problema adicional con esta población es la alta tasa de consumo de drogas (71%). Además, 14% de ellos refieren tener o haber tenido una pareja VIH-positiva.

En cuanto a la población HSH, se estima que esta población alcanza el 2 – 5% de los hombres entre 15 a 49 años en el país. Durante el año 2008 se dará en Uruguay la ejecución de un estudio serológico y de comportamiento en HSH con participación de ONG's que trabajan con y/o que están conformadas por HSH.

Respecto a los usuarios de drogas intravenosas, se sabe que es una población de difícil acceso y conocer cuántas personas son es más difícil aún. Se estima que el 0.7% de las personas entre 15 y 49 años son UDIs.

Finalmente hay que reconocer que existen dificultades para estimar el tamaño de la mayoría de estos grupos y debiera recurrirse a métodos combinados y mediciones periódicas. Además se necesita trabajar de manera interdisciplinaria y en consenso con los distintos actores involucrados en el tema.

Aportes de las preguntas y discusión

- Es importante considerar no solo el control sanitario de las trabajadoras sexuales, sino también la necesidad de definir mecanismos para llegar mejor a los clientes de las mismas.
- Se debe trabajar más aún en temas de estigma y discriminación, sobre todo aquella que proviene del Estado.
- Se debe trabajar para mejorar el empoderamiento de las trabajadoras sexuales, además de considerar situaciones específicas en este marco, con trabajadores sexuales trans y masculinos.
- Se debe mejorar la calidad de colección de los datos para que estos sean mucho más confiables.
- Es necesario conciliar las metodologías usadas para estudiar diferentes poblaciones, así como también conciliar los datos obtenidos de las diferentes investigaciones y vigilancias y evitar la sobreestimación de la epidemia
- Algunas metodologías como la captura-recaptura y las encuestas de hogares han sido utilizadas por algunos países para conocer el tamaño de algunas poblaciones clave. Sin embargo, continúa siendo un reto contar con información sobre la cantidad de personas que son, por ejemplo, HSH o TS. Se requiere intensificar los esfuerzos para contar, a nivel regional, con herramientas costo-efectivas que puedan ser usadas de forma sostenida para conocer los tamaños poblacionales.

La Situación del VIH en la Población de HSH y Sub-Poblaciones de Mayor Vulnerabilidad (Población Trans)

La experiencia de Bolivia

Juan Pablo Protto, en representación de Ronny Rossel, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

La siguiente es una revisión del Estudio sobre Sexualidad Masculina y VIH en Bolivia (SEMVBO), con atención a los aspectos metodológicos y operativos del mismo. Recordemos que Bolivia, como muchos otros países en Latinoamérica, tiene una epidemia concentrada en HSH. De otro lado, Bolivia tiene escasos estudios de prevalencia de VIH e ITS.

La población estimada de HSH en Bolivia es de alrededor del 5% de la población masculina comprendida entre los 15 a 49 años, lo que significa que alcanzaría los 115.708 (en un rango de 46.283 a 161.991). Las estimaciones existentes sobre la prevalencia de VIH en HSH en Bolivia son poco consistentes; los datos son dispersos y los tamaños de muestra empleados para estimarla no han sido los más adecuados. Así, se encuentran prevalencias que van de 14% en La Paz hasta 21% en Santa Cruz.

En este marco, se planteó esta vigilancia epidemiológica de segunda generación en HSH para determinar la incidencia y seroprevalencia del VIH, además de la seroprevalencia de sífilis y Herpes simplex tipo 2 (HSV2) entre HSH en las ciudades de Santa Cruz de la Sierra, Cochabamba, y La Paz/El Alto. Otro objetivo del estudio es determinar los conocimientos, actitudes, prácticas y comportamientos que se asocian a la propagación del VIH. Adicionalmente, se recolectará información importante para asistir a las distintas agencias de financiamiento, al Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA y otras organizaciones locales en la planeación estratégica y en la definición de políticas de la respuesta al VIH.

No obstante la fase de recolección de información se encuentra en curso, el estudio SEMVBO ha permitido hasta el momento identificar los principales indicadores de comportamiento de los HSH en las áreas geográficas seleccionadas; asimismo, ha permitido apoyar al desarrollo de las capacidades locales para el establecimiento de la vigilancia del VIH y de comportamientos en poblaciones vulnerables. Adicionalmente, la experiencia ha permitido sistematizar los procedimientos de diseño e implementación de estudios de prevalencia y comportamiento, lo cual permitirá contar con guías estandarizadas.

Para esta vigilancia se ha contado con la participación de socios tanto externos como internos, entre los cuales figuran la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Socios para el Desarrollo, el Programa de SIDA para Centroamérica y Panamá de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), IBIS/HIVOS, el Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-Departamento de la Marina de Estados Unidos de América (NMRC), el Ministerio de Salud y Deportes-Programa Nacional ITS/SIDA, los Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia (CDVIR) de las ciudades seleccionadas, el Laboratorio Nacional y los Laboratorios Departamentales de Referencia de VIH/SIDA (Cenetrop / Labimed / Inlasa), el Adesproc Libertad, el CIES (El Alto), el Instituto de Desarrollo Humano (IDH) y la Fundación Redvihda.

La metodología incluyó un tamaño de muestra de 1200 HSH (400 por cada departamento) y entre los criterios de inclusión se tuvo en cuenta una edad mayor a los 18 años, ser hombres que reportaran haber tenido relaciones sexuales con otro hombre el último año, estar dispuestos a dar

su consentimiento informado por escrito, y residir en el Departamento de estudio. Con aquellos participantes que no sabían leer ni escribir, se haría un acuerdo verbal donde la persona plasmase su huella digital. Se excluyó a personas que estuviesen bajo efectos de alcohol, drogas u otra sustancia, que no comprendiesen claramente el proceso del consentimiento informado, y que no residiesen en el departamento seleccionado. El muestreo se realizó mediante la técnica de MDE, como sabemos, una forma modificada del muestreo de bola de nieve, útil en el estudio de poblaciones difíciles de alcanzar y que permite además la identificación de redes dentro de las poblaciones estudiadas. Los incentivos proporcionados por participación concluida y por cada reclutamiento logrado exitosamente (sistema dual de incentivos) consistieron en condones, lubricantes y portacondomios.

Para el proceso de entrevista se debe asegurar un espacio adecuado que incluya una sala de espera, ambientes exclusivos y separados, y servicios higiénicos, todo esto para favorecer la confidencialidad del proceso de entrevista. Además, como parte de las coordinaciones se desarrolló una reunión con los vecinos para informar de la actividad a realizar. La entrevista se realizó con un instrumento validado con la comunidad tanto en términos de lenguaje como del tipo de preguntas. El instrumento es aplicado por pares e incluye saltos de preguntas y secciones de acuerdo a las respuestas de los entrevistados. La entrevista tiene una duración aproximada de 45 minutos.

Como parte de la organización del trabajo de campo se incluyen reuniones de coordinación a nivel departamental cada semana y reuniones nacionales vía teleconferencia cada dos semanas, además de teleconferencias mensuales con los socios. Los viajes de seguimiento a nivel departamental son de frecuencia mensual.

A manera de conclusión se puede decir que es importante que el país tenga estudios en HSH para mantener datos actualizados y así poder conocer mejor la epidemia de VIH e ITS, generando un mayor debate respecto al fortalecimiento de las capacidades locales, políticas específicas y estimación de necesidades. Por otro lado, es importante conocer las necesidades administrativas y técnicas de este tipo de estudios, así como cuál es el nivel de compromiso tanto general como local, y ver el nivel de involucramiento de los diferentes actores

La Experiencia de Uruguay

Rubén Berriolo, Ministerio de Salud, Uruguay

La siguiente sección es una descripción de estudios que incluyen investigación serológica y de comportamientos, actitudes y prácticas (CAP's) realizadas a la población de Trabajadores Sexuales Masculinos de Montevideo.

Un primer estudio se realizó durante los meses de agosto del 2006 a febrero del 2007 y fue puesto en marcha por el Programa Prioritario de ITS/SIDA del Ministerio de Salud Pública junto con la Asociación de Travestís del Uruguay (ATRU) y con el apoyo de OPS/OMS. Dicho estudio incluyó un mapeo de la distribución geográfica y censo de los trabajadores sexuales masculinos que trabajan en la calle en el departamento de Montevideo (alcanzando a unos 1721 trabajadores sexuales masculinos).

Los objetivos del estudio en trabajadores sexuales masculinos (travestís, taxi boys, otros HSH) de Montevideo incluyeron: determinar la frecuencia de infección por VIH / SIDA en esta población, describir algunas características de la misma tales como: edad, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, entre otras; estudiar la opinión y la información que posee esta población acerca del VIH, y conocer sus prácticas sexuales, incluyendo la frecuencia de uso de condón.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la ciudad de Montevideo entre los meses de enero a abril del año 2008, y la población objetivo estuvo constituida por Trabajadores Sexuales masculinos (travestís, taxi boys, otros HSH) entre 18 y 65 años.

Por otro lado, durante el 2006-07 se realizó un censo de los trabajadores sexuales masculinos y travestís en la ciudad de Montevideo por parte de la ATRU evaluándose un total de 1721 participantes. Este año se realizará un nuevo censo en zonas delimitadas por ATRU, y los participantes serán reclutados por la metodología *bola de nieve*.

Este tipo de vigilancia incluye un proceso de consentimiento informado, consejería, colección de sangre y un breve cuestionario estructurado y precodificado sobre información, percepciones y prácticas de riesgo y protección asociadas a las infecciones por VIH y otras ITS. A manera de compensación, se entregará preservativos y folletos de prevención suministrados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y ATRU.

Hasta ahora hay buena aceptación de los/as trabajadoras/es sexuales masculinos y trans, y los primeros reportes arrojan un estimado de prevalencia de VIH de 27.3% (41/150)

Otro estudio importante en este marco es el estudio de prevalencia de la infección por VIH/ SIDA, y de información, opinión y prácticas ante este problema en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), homosexuales y/o gay de Montevideo, el cuál se realizó entre marzo y junio del 2008. Este fue un estudio descriptivo transversal cuya población objetivo estuvo constituida por todos los hombres que tienen sexo con hombres, homosexuales y gay entre 18 y 65 años de edad, que frecuentan los lugares de encuentro identificados en la ciudad de Montevideo y reclutados mediante la técnica de bola de nieve.

La evaluación de los participantes de este estudio incluyó consentimiento informado, consejería, entrevista y colección de sangre. Además se entregó condones y folletería como parte de la compensación por ser participante.

Aportes de las preguntas y discusión

- Un trabajador sexual viril puede dar sus servicios tanto a mujeres como a otros varones. No es trans, no es travesti y frecuentemente no es gay. Esta y otras sexualidades ponen sobre el tapete la necesidad de uniformizar las definiciones operacionales, incluyendo aquéllos términos de uso común en los países.
- En la región se necesita tener acceso a las múltiples opciones metodológicas, aunque es importante armonizarlas. La realización de estudios multicéntricos con varias instituciones involucradas ayudaría a este propósito y también a dar sostenibilidad a las metodologías que se adopten.
- La definición de caso debe ser lo más clara posible; esta armonización de la definición permitiría comparaciones entre países pero también haría posible que cada país analizase la información de la forma en que le fuese conveniente hacerlo.
- Los procesos necesarios para la aprobación de los protocolos por parte de múltiples comités de ética en estudios colaborativos pueden retrasar el inicio de los estudios de vigilancia, incluyendo casos en

que se dan contradicciones entre sus pareceres. Sería ideal que se establezcan procedimientos que simplifiquen el flujo de información y la discusión de criterios entre comités de ética.

- El elevado costo de un estudio como los presentados plantea desafíos para la continuidad de su realización periódica. Igualmente, pueden implicar un tiempo largo de implementación (por ejemplo, dos años). Sería útil unificar criterios sobre los indicadores que como mínimo deben levantarse por tipo de población, entre otros parámetros.
- Al momento de proponer y diseñar un nuevo estudio es importante tener claro su objetivo, así como la utilidad de cada tipo de dato.
- La asistencia técnica es siempre importante, y su disponibilidad debe garantizarse en este tipo de estudios, sobre todo en aquellos países con menores capacidades técnicas instaladas.

Situación del VIH en la Población de Trabajadores Sexuales

La Experiencia de Argentina

Elena Reynaga, Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales, Argentina

Una aproximación importante para estudiar la situación del VIH en trabajadoras sexuales es el trabajo de pares. En ese sentido se realizó un estudio sobre Prevalencia de VIH y *Treponema pallidum* en Trabajadoras/es Sexuales de Argentina, en el cual se estudió también los conocimientos que esta población tiene sobre el VIH y el SIDA. Esta fue una investigación conjunta, realizada entre el Centro Nacional de Referencia para el SIDA, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (AMMAR), y el Nexo Asociación Civil.

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de VIH y *Treponema pallidum* entre trabajadoras y trabajadores sexuales (TS) de Argentina. Se estudió una población de 332 hombres, mujeres y travestis mayores de 18 años que se definen como TS y que fueron convocados por AMMAR en Buenos Aires y La Plata. Todos los participantes respondieron un cuestionario y además proporcionaron muestras de sangre para pruebas de laboratorio. La convocatoria a los pares se hizo a través de un trabajo de campo. En el lugar de colección de datos y muestras se realizó además un taller sobre VIH, remarcando la importancia de conocer los resultados de la serología y la utilidad de este estudio para sí mismas y para otras compañeras.

El estudio es una herramienta para la incidencia política, ya que la información colectada es socializada con los jefes de programa de cada provincia.

Los resultados obtenidos mostraron que la prevalencia de infección por VIH fue de 2.8%, 17.6% y 52.9% en mujeres, varones y travestis respectivamente; mientras que la Prevalencia de sífilis fue de 29.8%, 35.3% y 64.7% para mujeres, varones y travestis respectivamente. En cuanto a la co-infección VIH-sífilis se obtuvo prevalencias de 2.1%, 8,8% y 28.6% en mujeres, varones y travestis respectivamente.

A manera de conclusión se podría decir que la prevalencia de VIH se mantiene similar a lo reportado en estudios previos, pero es de destacar la alta prevalencia de sífilis. Este es el primer estudio que se realiza en varones y travestis, y se muestra que hay una alta prevalencia de infección por VIH y sífilis. La idea ahora es poder realizar un estudio con una muestra mayor.

En cuanto a la evaluación de conocimientos sobre VIH en Trabajadoras Sexuales, se entrevistó a 184 mujeres mayores de 18 años autodefinidas como Trabajadoras Sexuales de las ciudades de Buenos Aires y La Plata. Los resultados revelaron que la mayoría de ellas había recibido información sobre VIH por medios de comunicación masiva y a través de la AMMAR. Además, se halló que 51% de ellas no conoce la diferencia entre VIH y SIDA. En cuanto a las vías de transmisión del VIH, 45% piensa que el VIH se transmite por picaduras de mosquitos, 43% por compartir objetos, 34% por saliva, y 15% por compartir piscinas, entre otras. Un dato importante es la auto-percepción de riesgo de contraer el VIH: 37% declaró en ese sentido no tener "ninguna posibilidad de adquirir VIH", aunque 4 de ellas fueron diagnosticadas con VIH en este estudio.

En conclusión, la mayoría de las trabajadoras sexuales tienen conceptos equivocados en temas básicos sobre VIH y sus vías de transmisión. Estos resultados servirán para mejorar los talleres y abordajes cara a cara que se realizan en el trabajo en toda la Argentina.

La Experiencia de Colombia

Luis Ángel Moreno, Ministerio de Protección Social, Colombia

El estudio de Prevalencia de Infección por VIH y otras ITS en Trabajadoras Sexuales se realizó en Bogotá entre el 2007 y el 2008. El objetivo general de esta investigación fue contribuir al conocimiento de comportamiento de la epidemia del VIH y SIDA en mujeres trabajadoras sexuales de las localidades de mayor concentración de comercio sexual en Bogotá, e implementar una estrategia de intervención preventiva orientada a la adopción de comportamientos sexuales protegidos, por parte de este grupo poblacional. Además, este estudio ayudó a estimar la prevalencia de la infección por VIH, Virus Hepatitis B y sífilis; a describir las características sociodemográficas, las prácticas, actitudes, creencias y conocimientos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, VIH y SIDA, VHB y sífilis, predominantes entre las mujeres trabajadoras sexuales de Bogotá; identificar factores determinantes que impiden o favorecen el apoyo adecuado de los servicios de salud; identificar los contextos de socialización que impiden o favorecen el ejercicio de comportamientos sexuales protegidos, y proporcionar información adecuada sobre las ITS-VIH a las mujeres participantes en el estudio.

La población estudiada estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años de edad que se desempeñan como trabajadoras sexuales en la ciudad de Bogotá, las cuales para ser seleccionadas debían ejercer el trabajo sexual en la ciudad de Bogotá, no tener diagnóstico previo positivo de infección por VIH, y haber aceptado participar en la encuesta luego de la firma de un consentimiento informado para practicarse las pruebas diagnósticas ofrecidas. Se reclutó un total de 501 mujeres trabajadoras sexuales mediante la técnica de "bola de nieve" con un abordaje publicitario utilizando material impreso (afiches y folletos) en sitios en los que se lleva a cabo el trabajo sexual, en las localidades seleccionadas en Bogotá. Se acordó utilizar a la red de hospitales (ESE) adscritos a la Secretaría Distrital de Salud, en donde el equipo de la Liga Colombiana de la Lucha Contra el Sida fue el encargado de la toma de las muestras y de la consejería pre- y post-prueba.

Hasta el momento, en el marco de este estudio se han realizado 30 visitas a sitios de trabajo sexual de todas la localidades, lo que ha resultado en 535 cuestionarios completados, 535 consejerías pre-prueba y tomas de muestras, 216 consejerías post-prueba y entregas de resultados, y 33 aplicaciones de primera dosis, y 22 aplicaciones de segunda y tercera dosis de tratamiento para Sífilis; 107 aplicaciones de primera dosis y 38 de segundas dosis de Vacuna Anti VHB, 34 referencias al Proyecto de ITS de las participantes que reportaron sintomatología de otras infecciones genitales, 6 referencias a otra institución de la Red por condición de Habitantes de Calle, 207 llamadas telefónicas a las TS invitando a recoger resultados, y 75 Llamadas telefónicas recordando segundas y terceras dosis de tratamientos para Sífilis y/o Vacunas Anti VHB.

La prevalencia de VIH encontrada hasta ahora es de 0.7%, con 21.8% para sífilis y 1.3% para antígeno HBV (infección crónica), mientras que para el anticuerpo HBV (infección resuelta) la prevalencia fue de 9.2%. Los factores de riesgo identificados como de mayor frecuencia fueron la falta de uso de condón con la pareja estable, la falta de información acerca del VIH y la falta de acceso al sistema general de seguridad social en salud.

Aportes de las preguntas y discusión

- Se debe recordar que los estudios se hacen con personas y a ellas hay que tenerlas en cuenta para lograr datos de calidad.
- Al diseñar un estudio debe considerarse su viabilidad técnica, su viabilidad política, y por último que sus conclusiones y recomendaciones aporten para la toma de decisiones. A partir de la investigación se debe lograr innovación.

Una de las cosas que se debe eliminar del pensamiento popular es que no todas las personas que ejercen el trabajo sexual han sido víctimas de violación; tampoco las víctimas de violación se dedican necesariamente al trabajo sexual.

El trabajo de pares con y entre trabajadoras sexuales también debería incluir al grupo trans, en estrecha relación con las trabajadoras sexuales mujeres. La formación de pares debe incluir un proceso de selección basado en un perfil adecuado para lograr la participación tanto de mujeres como de trans en programas de tamizaje y evaluación.

Contar con autoridades comprometidas tanto a nivel ministerial como de programas ha sido importante en la experiencia argentina en el tema de VIH, aunque la limitada disponibilidad de recursos sigue siendo una dificultad, pues cuando se logra disminuir la prevalencia de VIH se comienza a restringir los recursos, cuando debería ser lo contrario, es decir, en respuesta a buenos resultados y buen trabajo se debería sostener la inversión para seguir mejorando.

En el área andina y cono sur, las organizaciones de trabajadoras sexuales no se iniciaron en respuesta al VIH, sino más bien en torno al tema de derechos humanos y represión policial, luchando por la derogación de leyes represivas; a diferencia de otras partes del continente donde los movimientos de TS se iniciaron en torno al VIH, y son además creados por otras personas que ven a las TS como grupos de riesgo. Esto ha causado que una vez que las agencias se van, las organizaciones de TS desaparezcan; he allí la importancia de que las organizaciones de TS nazcan y crezcan por impulso de las mismas TS.

- Se necesita apoyar a la formación de organizaciones de trabajadoras sexuales que colaboren a impulsar la prevención contra el VIH, que puedan sostenerse y además puedan canalizar la asistencia técnica disponible y la inversión necesaria.
- Un sistema de vigilancia debe tener muy claras sus prioridades y sus objetivos de vigilancia, e inclusive debe seleccionar aquellas variables importantes que puedan ser objeto de intervención.
- Es importante que cada sistema de vigilancia o cada investigación incorpore un componente de difusión, comunicación y puesta al día de la información que produce, y que estos resultados puedan no solamente generar conocimiento sino también promover cambios.

Situación del VIH en la Población Privada de Libertad

La Experiencia de Perú

Mónica Pun, Ministerio de Salud, Perú

La situación del VIH en establecimientos penitenciarios en el Perú fue materia de una investigación de Médicos Sin Fronteras entre los años 1998 y 1999. En dicha investigación, que trató sobre la tuberculosis y las ITS/VIH, hallaron que en los penales había hacinamiento, violencia, insalubridad, falta de acceso a preservativos, e inadecuada atención médica. Durante los días de visita los internos recibían visitas de las trabajadoras sexuales, las que atendían a aproximadamente 40 hombres cada una; además se practicaban relaciones sexuales entre hombres frecuentemente, aunado ello al consumo de drogas y alcohol, y había la práctica informal de tatuajes y uso de drogas intravenosas.

Para evaluar el riesgo de infección de la población privada de su libertad (PPL) debemos de considerar un conjunto de fenómenos que suelen coexistir en ésta: cuadros depresivos, baja autoestima, en un ambiente de elevada prevalencia de ITS/VIH y tuberculosis, además de hacinamiento, desnutrición, problemas psicológicos y sexuales, sumado a factores individuales como el uso de drogas, el alcoholismo, los tatuajes, la violencia sexual, la prostitución homosexual y heterosexual, y una pobre respuesta de los servicios de salud que en ese momento existía.

Cuando se realizó esta investigación pudo evidenciarse que la política carcelaria era profundamente deficiente. Desde el punto de vista sanitario no había cultura de aseo de los internos, los servicios asistenciales eran insuficientes, existía maltrato y sobre todo era notoria la ausencia de programas preventivo-promocionales. Entonces, en el año 1999 se seleccionó 22 de los 86 establecimientos penitenciarios existentes, usualmente establecimientos de mayor capacidad y que representaban el 73% de la población penal peruana, 19,823 de 27,200 reos. Estos centros estaban ubicados en 15 de los 24 departamentos del Perú: Lima, Huanuco, Piura, La Libertad, Callao, Lambayeque, Ayacucho, Ucayali, Cusco, Arequipa, Junín, Ica, Loreto, Ancash y Puno. Se logró la participación de 6963 personas privadas de libertad (PPL), entre los que la prevalencia de VIH fue de 1.1% mientras que la de sífilis fue 4.1%.

Entre los factores de riesgo asociados a la infección por VIH se tuvo al consumo de drogas, relaciones sexuales entre hombres, el uso de cocaína, la presencia de úlcera genital, y el haber sido encarcelado previamente. Entre los factores de riesgo asociados a sífilis se contó el tener relaciones sexuales entre hombres, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, la presencia de úlceras genitales, el haber tenido relaciones con trabajadoras sexuales y el tener más de dos parejas sexuales. Es importante recalcar la participación activa de Médicos Sin Fronteras en la ejecución de este trabajo.

Luego se realizó un segundo estudio entre los años 2004 y 2005, cuando la población penitenciaria era de aproximadamente 22,000 PPL. Este estudio se realizó en el marco de los Programas del Fondo Mundial y el comité técnico nacional estuvo conformado por diversas instituciones como la Universidad Mayor de San Marcos, el Instituto Nacional de Salud, la Dirección General de Epidemiología y CARE Perú. Este estudio se realizó mientras se iniciaba la implementación del programa de tratamiento antirretroviral gratuito en el Perú, y ayudó a determinar la evolución de las tendencias. El universo de personas privadas de libertad fue de 8,600 personas en los establecimientos penales. Los resultados preliminares han arrojado una prevalencia de VIH de 0.15%, significativamente más baja que la del estudio anterior del año 1999, razón por la cual se están revisando los datos y la metodología utilizada para establecer la comparabilidad de los estimados.

En conclusión, la población privada de libertad en el Perú es una de las poblaciones vulnerables a la epidemia del VIH por sus comportamientos de riesgo y contexto precario en que muchas veces viven y requiere permanente atención del Estado y de la sociedad. El alto número de personas privadas de su libertad convierte a las cárceles en posibles aceleradores en la dinámica de transmisión del VIH en la población de donde proceden. Además, la condición de PPL no debe menoscabar la condición humana ni el derecho a la salud de las personas afectadas.

Los estudios futuros deben considerar los subgrupos poblacionales de diferente nivel de riesgo y realizar un muestreo y/o estudios específicos para cada sub-grupo poblacional. Eso es una lección aprendida: al tratarse de estudios de población cerrada sujeta a exámenes periódicos debe replantearse la metodología a fin de eliminar posibles sesgos de participación o de selección. Los estudios deben considerar, además de determinados marcadores biológicos como la prevalencia de VIH y de otras ITS, a los determinantes de riesgo dependientes del comportamiento humano, del ambiente, de las condiciones de vida y de la respuesta del estado para la prevención y control entre otros, dándole un enfoque de la verdadera vigilancia en salud, generando conocimiento y así logrando mayor eficiencia.

La Experiencia de Venezuela

Daysi Matos, Ministerio de Salud, Venezuela

Es importante estudiar el perfil epidemiológico del VIH en las cárceles venezolanas porque las personas privadas de su libertad tienen el derecho y la responsabilidad de protegerse de la infección del VIH y otras ITS, las co-infecciones, y las enfermedades oportunistas. Además los Estados tienen la responsabilidad de asegurar que las medidas de prevención que existen para la población general también estén disponibles en las prisiones. En ese sentido existe la necesidad de implementar y desarrollar estrategias de promoción de la salud, prevención y control de las ITS/VIH en personas privadas de la libertad.

En la Prisión El Rodeo se realizó un estudio para conocer el perfil epidemiológico del VIH y sus determinantes sociales. La metodología incluyó una sesión informativa sobre el VIH, consejería individual, encuesta epidemiológica y prueba voluntaria de VIH. Se utilizó una prueba ELISA de cuarta generación. Las muestras fueron procesadas en el Laboratorio de Salud Pública del Área Metropolitana y fueron confirmadas por Western Blot en el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". A fin de garantizar la confidencialidad de los participantes se utilizaron códigos basados en la cédula de identidad, los cuales solo fueron manejados por los investigadores.

Los internos incluidos en el estudio fueron todos aquellos que manifestaron su abierta decisión de participar, sin considerar su condición jurídica. El reclutamiento de participantes se realizó en los centros penitenciarios Rodeo I y Rodeo II, completándose 1000 cuestionarios y colectándose 1085 muestras de sangre.

Este estudio arrojó una prevalencia de VIH de 0.33%. El 87% de participantes no se había sometido al tamizaje de anticuerpos VIH previamente. El consumo de drogas fue reportado en 64.5% de los internos. El 66% reportó no haber usado condón con su pareja estable, y sólo 17% de ellos reportó haber usado condón con parejas sexuales casuales.

Aportes de las preguntas y discusión

- Se necesita movilizar recursos económicos y asistencia técnica para poder mejorar la vigilancia en población privada de la libertad. Esto significa que la realización de estudios de prevalencia y comportamiento sexual en cárceles requiere de una intensa abogacía con las autoridades y tomadores de decisión en el nivel político, para hacerles comprender que es importante levantar esta información e incorporarla a la toma de decisiones.
- La realización de estudios de prevalencia en las cárceles requiere además un importante nivel de coordinación entre los Ministerios de Salud (o relacionados) y los Ministerios de Justicia (o relacionados), para asegurar que los casos detectados reciban en tratamiento necesario, sea para VIH o para ITS en general. Además, las autoridades deben asegurar la continuidad de los estudios más allá de la gestión individual.
- No es suficiente medir la prevalencia de VIH. También es necesario conocer aquellos factores que explican por qué las personas se están infectando. En ese sentido, las encuestas de comportamiento son de mucha utilidad (tanto en internos como en las personas que tienen contacto sexual con ellos), además de los datos 'duros' obtenidos de las muestras biológicas. En este mismo sentido, es importante involucrar al personal carcelario, no solamente al de salud, y definir protocolos para conocer la tendencia de la infección al interior de las cárceles (es decir, cuántas personas ingresan negativas y cuántas salen positivas).
- En el Perú la prevalencia de VIH en las cárceles es un reflejo de la prevalencia de VIH de las ciudades donde cada recinto penitenciario está ubicado. Pero en general, la prevalencia en prisiones en el Perú es más baja de lo que se creía, lo que podría explicarse por el uso escaso de drogas intravenosas; aún así hay que diferenciar la presencia de dos grupos en las cárceles: aquellos que se parecen más a la población general y aquellos grupos de mayor riesgo, y con ambos hay que trabajar de manera diferenciada.
- La prueba de VIH en Perú no es obligatoria, pero se realiza de manera sistemática y en voluntarios, previa entrega de información. Esto permite que la aceptabilidad sea alta. La prueba de VIH incluye consejería pre y post prueba. Algunas personas seroconvierten en prisión, pero la mayoría llega portando el VIH y no lo manifiesta por desconocimiento o por temor a la discriminación.
- La violencia al interior de las cárceles limita el trabajo. En Venezuela se está trabajando un proyecto conjunto para construir prisiones más pequeñas donde se pueda tener un mejor control y se pueda desarrollar trabajos integrales en torno a la infección por VIH.
- En Argentina no se hace rutinariamente la prueba de VIH antes de ingresar a la cárcel; más bien se realiza pruebas de VIH a las visitas, lo que debe modificarse. Además se debe mejorar el acceso y uso de condones entre las personas que vienen como visitantes a las cárceles, tarea que debe estar a cargo del Ministerio de Justicia.
- Se debe trabajar también con los trabajadores de penales, puesto que se reconoce que estos suelen tener relaciones sexuales con los internos.

Situación del VIH en la Población Usuaría de Drogas

La Experiencia de Argentina

Diana Rossi, Intercambios Asociación Civil, Argentina

En América Latina, se estima que la mayor cantidad de usuarios de drogas inyectables se encuentran en Argentina, Brasil y México. El uso inyectable de cocaína es especialmente preocupante en Brasil y en las principales ciudades de Argentina y Uruguay. El uso de heroína inyectable es más común en la frontera de México y Estados Unidos. Recién a mediados de los años 90 los países latinoamericanos comenzaron a desarrollar estrategias tales como los programas de intercambio de jeringas, dirigidos a reducir los daños asociados al uso de drogas. Muchos de estos programas fueron poco sistemáticos, alcanzaron una pequeña porción de la población y no se replicaron en la medida de lo necesario. En muchos casos, fueron los propios usuarios de drogas inyectables los primeros en adoptar iniciativas de prevención. Sin embargo, desde fines de los años 90 se han desarrollado exitosos esfuerzos preventivos dirigidos a usuarios de drogas inyectables y no inyectables en la región.

Los programas de intercambio de jeringas y otras iniciativas comunitarias han sido implementados por agencias gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de base, con Brasil y Argentina liderando ese proceso en Latinoamérica. También se ha desarrollado en la región la cooperación sur-sur en investigación.

El "Proyecto Regional de Prevención del VIH en Usuarios de Drogas Inyectables del Cono Sur" tuvo su primera fase en el año 2000, contando con el apoyo de ONUSIDA. Este proyecto se desarrolló en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay en cooperación entre los programas nacionales de SIDA y una organización no gubernamental de cada país (Intercambios, Caleta Sur, Prever, IDES). La segunda fase se desarrolló en el año 2003, recibió apoyo de ONUDD, y se incorporaron las Secretarías de Drogas de cada país, sumándose además Brasil. La tercera fase se desarrolló en el período 2006-2007.

Otro ejemplo de cooperación es el proyecto "Perfiles y Tendencias en los Comportamientos de Riesgo para VIH y hepatitis viral B y C entre Usuarios de Drogas en el Contexto de las Políticas Públicas de Salud de Brasil, Argentina y Uruguay". Este proyecto fue financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de Brasil, y está trabajando con bases de datos de los 3 países con estudios realizados desde 1998 hasta la actualidad; éste ha contado también con el apoyo de la OPS. En Argentina, el rol de las organizaciones no gubernamentales en la investigación y la intervención en poblaciones de usuarios de drogas ha sido reconocido tanto por las agencias gubernamentales como por las internacionales.

La cocaína se fuma o se inhala en la región sudamericana en su conjunto: el crack es popular en diversas ciudades brasileñas, mientras el uso de pasta base -llamada basuco en Colombia, paco en Argentina, y también usada en Bolivia, Chile y Perú- se ha incrementado en Argentina y Uruguay en la última década, conformando un patrón típico de los principales centros urbanos de estos países. Por otro lado el papel del uso de cocaína no inyectable en la transmisión de infecciones ha sido descrito en diferentes ciudades de América.

Actualmente hay varias investigaciones en curso sobre seroprevalencia y comportamiento que incluyen a población de UDIs. Entre ellos tenemos el estudio denominado "Determinación de Seroincidencia y Resistencia de VIH en Poblaciones de Hombres que tienen Sexo con Hombres, Trabajadoras Sexuales y Usuarios de Drogas", coordinado por el Centro Nacional de Referencia para

el Sida y financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria". También tenemos el proyecto "Actividades de Apoyo a la Prevención y el Control del VIH en la Argentina", el proyecto "Perfiles y Tendencias de las Prácticas de Riesgo para las Infecciones de VIH, Hepatitis B y C entre Usuarios de Drogas en el Contexto de las Políticas Públicas: Intercambio de Datos Epidemiológicos en América Latina – Brasil, Argentina y Uruguay (PROSUL)", el proyecto "Políticas y Prácticas de Uso de Drogas en Poblaciones Urbanas Pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires" y por último el proyecto "Uso de Drogas en Argentina: Políticas, Servicios y Prácticas" en el marco del proyecto internacional "Universidad y Uso/Abuso de Drogas. Estudios Locales (2005-2008)".

Una aproximación importante es la metodología de aproximación a poblaciones ocultas y estigmatizadas, a través de otros usuarios de drogas que forman parte de una red social en un barrio o de una red de consumo de drogas. También se contactó participantes a través de referentes de organizaciones comunitarias que tienen contacto con usuarios de drogas y en centros de tratamiento para usuarios de drogas. Los informantes clave para este estudio fueron usuarios de drogas actuales o pasados, intermediarios no usuarios de drogas, profesionales y operadores comunitarios que trabajan con esta población, y miembros de las redes de usuarios de drogas. Se evaluó además a los usuarios de drogas como reclutadores en los ámbitos comunitarios, y en el contacto con otros usuarios de drogas se privilegió la existencia de lazos de confianza. La capacitación de los reclutadores estuvo focalizada en los objetivos del estudio y la confidencialidad. En algunos de los estudios se limitó el número de participantes por red de consumo, trabajándose cuotas por sector social, género y lugar de residencia de los sujetos. También se hizo un estudio de prevalencia de VIH y Hepatitis en UDIs en colaboración con el Centro Nacional de Referencia para el SIDA. Este estudio se hizo en centros de tratamiento por abuso de drogas, y los participantes fueron usuarios de drogas tanto en tratamiento ambulatorio como internados. Los centros participantes fueron aquellos que aceptaron la entrega confidencial de los resultados de los estudios a los usuarios de drogas, y en ese sentido este estudio contribuyó al trabajo institucional.

El Cuestionario de Comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo (C-CODAR) se diseñó para contar con entrevistas cara a cara con diversos tipos de CODAR (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, prisiones, etc.). El C-CODAR se acompaña de otros dos cuadernos; (1) Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores; y (2) Manual de entrevista y aplicación del cuestionario, que ayudaron en la adaptación local del cuestionario, así como en la planeación y ejecución del estudio. Este estudio fue implementado en usuarios de drogas de Paraguay, Colombia y Argentina.

El estudio de infecciones de transmisión sanguínea y sexual y prácticas de riesgo en usuarios de pasta base de cocaína en el Área Metropolitana de Buenos Aires fue financiado por la OPS y ejecutado por Intercambios Asociación Civil para el Estudio y Atención de Problemas Relacionados con las Drogas. Este estudio de infecciones de transmisión sanguínea y sexual y prácticas de riesgo en usuarios de pasta base de cocaína en el AMBA, se implementó entre el 2006 y 2007 en 170 usuarios de drogas mayores de 18 años que hubiesen consumido pasta base de cocaína en forma no inyectable durante más de 25 días (una vez por semana aproximadamente) durante los 6 meses previos a la entrevista; y que además no hubiesen usado nunca drogas por vía inyectable. Los participantes fueron 170, de los cuales el 83,5% fueron varones; 15,3% mujeres; y 1,2% travestis. La media de edad fue 26 (18 – 64). 72% tenía instrucción primaria completa y solo el 14% tuvo secundaria completa. El 3% de los participantes eran extranjeros y la prevalencia de VIH fue de 2.9%.

Con base en los diferentes estudios que hemos revisado, podríamos decir que la evidencia científica y las mejores prácticas no han sido siempre empleadas por los gobiernos. Además sabemos que la transmisión de infecciones está relacionada con aspectos culturales, religiosos y muchas veces también jurídicos. Por ello, algunas políticas públicas de drogas y de salud sexual y reproductiva, también pueden estar contribuyendo a la diseminación del VIH o al fracaso del tratamiento para el mismo. En la mayor parte de Latinoamérica y el Caribe hay diversos obstáculos para la expansión y replicación de las mejores prácticas, entre las cuales destacan la carencia crónica de recursos, la insuficiente información acerca de las tendencias de la epidemia de VIH y su impacto en la población de usuarios de drogas; así como los cambios en los patrones de consumo que pueden contribuir al incremento de la transmisión de VIH, la dificultad de desarrollar instrumentos de recolección de datos para realizar estudios comparables, y la dificultad de traducir las investigaciones en respuestas rápidas para la intervención.

Las redes de colaboración científica son un instrumento clave para el desarrollo de la investigación, la transmisión de resultados y el uso de la evidencia para definir intervenciones y políticas. En este contexto, en diciembre de 2001, OPS y NIDA organizaron en Buenos Aires una reunión de expertos de Estados Unidos, España, Latinoamérica y el Caribe para intercambiar experiencias y lecciones aprendidas en la transmisión de infecciones entre UDIs y sus parejas. Asimismo en el año 2003, la revista *Clinical Infectious Diseases* publicó un suplemento con las presentaciones realizadas en dicha reunión, lo que contribuyó a la diseminación de resultados y alentó más colaboraciones.

Respecto de las barreras y necesidades de investigación en la región, tanto en Argentina, como en Brasil y Uruguay existe una población de usuarios de cocaína inyectable y no inyectable, con muy limitado uso de heroína. Algunos de los principales interrogantes se relacionan con la integración e interacción de redes de uso inyectable y no inyectable, teniendo en cuenta a las parejas sexuales. Algunas preguntas necesitan aún ser exploradas de manera periódica, como por ejemplo: ¿Cuál es la relación entre los cambios en los patrones de uso en la región y el surgimiento de nuevos riesgos para la transmisión de infecciones?, y ¿Cómo puede el conocimiento aprendido de las epidemias de VIH entre UDIs de los centros urbanos de Argentina, Brasil y Uruguay ser útil para prevenir similares epidemias en otros países de Latinoamérica y el Caribe, tanto en las poblaciones locales como entre los inmigrantes que se mueven entre países debido a las crisis económicas y políticas?

Finalmente, una posible agenda de investigación en la región necesitaría contemplar la necesidad de estudios multicéntricos para entender la influencia cultural en las prácticas de riesgo y cuidado, incorporando la visión de diferentes disciplinas y metodologías; además se debe analizar la información existente de modo de realizar comparaciones e identificación de tendencias en la región; identificar y describir la influencia de los cambios económicos y sociales sobre los comportamientos para la transmisión de infecciones y, lo que es más importante aún, analizar cuáles son las intervenciones más apropiadas. Otra tarea a completar es el diseño de herramientas comparativas para la recolección de datos, el diseño de investigaciones, y la evaluación de programas entre agencias gubernamentales, académicas, comunitarias y no gubernamentales con la finalidad de expandir y establecer la colaboración entre equipos de diferentes países y organizaciones. Por último, se necesita ofrecer entrenamiento para escribir artículos científicos y estimular la investigación en estos temas entre graduados jóvenes, que permitan una mayor difusión del conocimiento generado en este tema.

La Experiencia de Perú

Carlos Cáceres y Ximena Salazar, Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

“ALOQUEVENGA... Alcohol, Drogas y vulnerabilidad sexual” es un estudio realizado en 2007 en Perú por la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en colaboración con ONUSIDA y la Organización de Naciones Unidas contra las Drogas (ONUDD). Los objetivos del mismo fueron: explicar la magnitud del vínculo entre el consumo de drogas psicoactivas, incluido el alcohol y prácticas ilegales de riesgo para la transmisión del VIH, tanto en población general como en poblaciones vulnerables, incluyendo hombres gay, travestis, trabajadoras sexuales mujeres y niños de la calle; describir las formas en que el consumo de drogas influye en las prácticas sexuales de riesgo, según el género, la orientación sexual y las condiciones de vida de las poblaciones involucradas; describir las relaciones entre el uso de drogas y el sexo por intercambio, como factor de vulnerabilidad para la infección por VIH; e identificar las barreras para la prevención del VIH planteadas por ciertos patrones de consumo de drogas y alcohol.

El estudio incluyó cuatro ciudades peruanas: Lima, Callao, Iquitos y Chiclayo, y se reclutó participantes de la población general entre 18 a 25 años, así como de poblaciones vulnerables (hombres gay, travestis, trabajadoras sexuales, personas viviendo con VIH, niños de la calle, personas privadas de su libertad, y personas en rehabilitación por consumo de drogas).

El estudio tuvo un componente cuantitativo y el otro cualitativo. El estudio cuantitativo incluyó una encuesta de comportamientos sobre una muestra representativa de la población objetivo, varones y mujeres entre los 18 y 30 años de las ciudades ya mencionadas. El muestreo fue probabilístico, de áreas y trietápico, e incluyó la selección sucesiva de conglomerados, viviendas y personas. Se entrevistó un total de 1,739 personas (Lima/Callao: 586, Iquitos: 546 y Chiclayo: 577).

El estudio cualitativo incluyó entrevistas en profundidad con poblaciones vulnerables para conocer sus percepciones, hábitos, costumbres con respecto a la sexualidad y su relación con el consumo de alcohol y drogas; también se realizó grupos focales con población de hombres y mujeres, para conocer los aspectos normativos y del discurso social sobre sexualidad y consumo de drogas y/o alcohol.

Entre los hallazgos más importantes del estudio cuantitativo tenemos que la mayoría de los jóvenes no consideran el alcohol como peligroso cuando es ingerido en grandes cantidades, en tanto que las drogas como cocaína y marihuana, entre otras, sí son consideradas riesgosas. El uso de condón bajo los efectos del alcohol es muy bajo, y la frecuencia de relaciones sexuales bajo efectos del alcohol es alta. Chiclayo muestra datos interesantes: la prevalencia de no uso de condón alcanza el 9.7% en la muestra total, pero llega al 25.5% entre personas que consumen alcohol, lo que sugiere un vínculo fuerte entre el consumo de alcohol y los comportamientos de riesgo.

Entre los hallazgos cualitativos destaca la percepción del alcohol como desinhibidor. Algunas personas consideran que tienen que tomar alcohol para poder sentirse libres, diferentes; además, el alcohol es visto como un facilitador de las relaciones sexuales ocasionales. Los hombres hacen menos uso del preservativo con parejas ocasionales cuando se encuentran bajo los efectos del alcohol o las drogas y estos mismos hombres luego mantienen relaciones sexuales sin protección con sus parejas estables.

En la población travesti trabajadora sexual se establece una diferencia entre trabajo y diversión. La “diversión” se da con parejas principales o conocidos y con estas parejas es frecuente la posibilidad de



tener relaciones penetrativas sin protección. En esta población la condición de ser trabajadora sexual incrementa la frecuencia y cantidad de consumo de drogas psicoactivas ilícitas y alcohol.

Mientras tanto, en la población gay y bisexual, el consumo de marihuana, cocaína y alcohol se da en espacios de diversión y discotecas, o en contextos meramente sexuales.

En el caso de las trabajadoras sexuales mujeres, la utilización de drogas psicoactivas, incluido el alcohol, se encuentra influida por la pobreza y la maternidad; se consume más alcohol durante el trabajo, en comparación con los espacios de vida cotidiana.

En la población de niños y niñas de la calle, los resultados coinciden con los de varios estudios clínicos y experimentales que demuestran la relación entre el abuso físico, la victimización y el uso de alcohol y drogas en niños y adolescentes. Los relatos de los niños y niñas muestran tres distintos tipos de ejercicio sexual: la agresión sexual, el intercambio sexual y las relaciones sexuales consentidas con otros miembros del grupo de niños y niñas.

La población privada de su libertad (PPL) tiene una práctica de uso de alcohol relacionada a prácticas sexuales como “entretenimiento”. Se da el consumo de “chicha” (licor preparado por los mismos internos a base de fermentación de fruta que traen los familiares), y hay intercambio de sexo por drogas, de aquellos internos que son adictos a las drogas (“lacras”), también son frecuentes las violaciones. Según los entrevistados, la falta de incentivos hace que los internos dirijan sus intereses al comercio de drogas ilegales (producción y venta de alcohol artesanal, venta de drogas ilícitas). A esto se suma el hacinamiento, el tráfico sexual, tanto de hombres, como de mujeres, la presencia de alcohol y/o drogas y el reducido uso del condón en las diferentes circunstancias.

Para el caso de las personas viviendo con VIH (PVV), la vida anterior al diagnóstico de muchos de los entrevistados varones se caracteriza por comportamientos de riesgo, múltiples parejas y consumo de alcohol. El consumo de alcohol en situaciones sociales concretas, buscando diversión o desinhibición tuvo como correlato relaciones sexuales desprotegidas. Las parejas de las mujeres viviendo con VIH consumían frecuentemente alcohol, con consecuencias de presión y/o violencia sexual en algunos casos.

El grupo de personas en rehabilitación de consumo de drogas reportaron una presencia frecuente de contacto sexual bajo los efectos de las drogas, especialmente durante los inicios del consumo, y de acuerdo al incremento del mismo el sexo pasa a un segundo plano después de las drogas. Existe presencia del intercambio de sexo (no protegido) por drogas para mantener el consumo, y se refiere la ocurrencia de ITS en varias etapas de la vida de consumo.

A manera de conclusiones, se podría decir que el uso de alcohol y drogas se da como parte de una cultura de la diversión, y estas sustancias son utilizadas como agentes desinhibidores por excelencia, con elementos performativos (‘representan’ la diversión), existiendo una necesidad subjetiva de consumir alcohol para divertirse. El alcohol además proporciona la posibilidad de mantener relaciones sexuales ocasionales sin protección. En las TS travesti y TS mujeres el consumo de drogas o alcohol se constituye en un componente más de la transacción. La población en situación de adicción al consumo de drogas, la población masculina privada de libertad y los niños de la calle, suele intercambiar sexo –sin protección– por drogas. El consumo de drogas y/o alcohol también es una forma de legitimar prácticas estigmatizadas que posteriormente pueden “negarse” o “no recordarse”, como la prácticas sexuales no heterosexuales en varones y la sexualidad fuera de relación de pareja en el caso de las mujeres. Además existe un discurso masculino que legitima prácticas sexuales no consensuadas con mujeres si éstas se

encuentran bajo los efectos del alcohol o las drogas, en el sentido de que al consumir alcohol o drogas con ellos estas sabrían a lo que se expondrían.

La relación entre el consumo de drogas no inyectables y alcohol y el riesgo por VIH es una realidad que los programas preventivos deben tener en cuenta. Existe además la necesidad de continuar estudiando (en investigaciones cualitativas y cuantitativas -epidemiológicas y descriptivas-) esta relación en cada una de las poblaciones consideradas en el presente trabajo.

Aportes de las preguntas y discusión

- Existen instrumentos estandarizados que pueden aprovecharse para levantar información sobre el uso de alcohol y drogas. Dichos instrumentos cuentan inclusive con presentaciones de diferente extensión para asegurar la calidad de los datos recolectados con la población usuaria de drogas.
- La necesidad de homogeneizar criterios en definiciones operacionales vuelve a resaltarse como un elemento muy importante para la validez de los estudios y la utilidad de sus hallazgos.

Situación del VIH en la Población General y la Transmisión Vertical del VIH a través de la Vigilancia en Gestantes

La Experiencia de Perú

Mónica Pun, Ministerio de Salud, Perú

La información epidemiológica sobre VIH y SIDA la recibe y procesa la Dirección General de Epidemiología (DGE). Esta información proviene de 7,370 unidades notificantes entre centros públicos y privados y el programa usado es el NOTIVIH. El producto final es un boletín trimestral o un boletín mensual para ver casos de SIDA y casos de VIH, la distribución por edad y sexo, la razón hombre/ mujer, y la distribución por departamento y provincia. Estamos a un 50% de avance de implementación de la notificación por distritos. Toda la información está automáticamente disponible de forma desagregada en cada dirección de salud del país.

Entre 1996 y 2000 la vigilancia centinela de VIH en gestantes menores de 25 años fue manejada por el entonces Programa de Control de la Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Esta se inició como vigilancia de segunda generación. Estos estudios incluyeron una metodología por muestreo de calidad de lote y permitieron establecer el nivel de la epidemia peruana como una epidemia concentrada. Lima concentra el 78% del total de casos notificados en el país. Un estudio determinante que ayudó a consistenciar la información se ejecutó entre los años 1996 y 1997, cuando se tamizó a 12,000 gestantes en el Instituto de Materno Perinatal, y además se colectó información de redes sexuales. Lo interesante de este estudio fue que mostró una prevalencia mas elevada del VIH en gestantes, 1.5%, cuando se manejaba una figura de 0.3% en ese momento. A partir del año 2002 y gracias a este estudio mencionado se jurisdiccionalizó la atención a gestantes y además se definió que el 86% de estas gestantes eran monógamas. El año 2001 se hace la transferencia de la responsabilidad de la vigilancia a la DGE.

El tamizaje de VIH de las gestantes en el Perú está por encima del 85%, y esto se ha mantenido entre los años 2000 a 2006. Los resultados conseguidos hasta ahora han permitido contribuir a darle mayor racionalidad a las decisiones en el Perú y han permitido fortalecer las capacidades del país. Los mismos trabajadores han participado de estudios multicéntricos y se ha logrado un mayor compromiso de lucha contra la epidemia. Se ha fortalecido el sistema nacional de vigilancia epidemiológica, realizándose estudios con diseños metodológicos bajo consideraciones éticas en investigación y respeto de los derechos humanos. Otras de las cosas que estos estudios permitieron fue conocer que efectivamente la epidemia sigue concentrada. Ello nos sirve para elaborar planes y estimar necesidades para gestantes y niños por transmisión vertical y evaluar la sensibilidad de la notificación de los casos de los niños en el sistema. Entre las fortalezas actuales se cuenta el haberse conseguido una buena organización, conformándose una red nacional de epidemiología, que incluye equipos de investigación regionales oficializados con resoluciones directorales. La debilidad más saltante es el aún complicado proceso de adquisición de reactivos y materiales.

Se tiene que apuntar a lo que hemos llamado vigilancia de tercera generación, que incluye estimaciones de incidencia de la ITS/ VIH, además de mediciones de cobertura, adherencia, y resistencia al tratamiento, así como mortalidad.

La Experiencia de Argentina

Liliana Orellana y Adriana Basombrío, Ministerio de Salud, Argentina

La experiencia de la vigilancia epidemiológica de la transmisión vertical (TV) del VIH en la Ciudad de Buenos Aires debe ser mostrada en el marco de la epidemia. La ciudad de Buenos Aires tiene una población de 3.049.941 habitantes (8% del país) y en esta viven cerca de 20.000 a 24.000 personas infectadas con el VIH, de las cuales el 50% desconoce su serología. La tasa de transmisión vertical para el periodo 2003-2006 es de 4,4%. La prevención de la TV como una de las estrategias relevantes implementadas en la ciudad, se estableció entre el año 2000 y el 2008, justificada en la creciente feminización de la epidemia, lo que revela la situación de vulnerabilidad de las mujeres y niños de los sectores con menos recursos, además de la elevada tasa de TV.

Los objetivos de este estudio fueron dotar a los servicios de los insumos necesarios para un abordaje integral y efectivo y promover espacios de intercambio y actualización entre los que trabajan en el campo, además de crear un sistema de información mediante la vigilancia epidemiológica de los partos y de los recién nacidos de madres con VIH.

Entre los esfuerzos y éxitos de este programa se tiene que la tasa de TV ha disminuido significativamente en Buenos Aires en los últimos 7 años (20% en 2000; 2,2% en 2006); sin embargo, los datos aún no son los esperados en países donde están disponibles los recursos para reducirla a alrededor del 1%.

Hay acciones básicas que deben realizarse para ayudar a disminuir las tasas de TV, como son la estimulación de la prueba voluntaria de VIH, y el ofrecimiento de la prueba de VIH a las mujeres embarazadas y a sus parejas por parte del equipo de salud.

Otras acciones importantes que se han llevado a cabo incluyen la elaboración de las recomendaciones de la prevención de la transmisión vertical del VIH (año 2002, actualizada en 2004), el reparto de material gráfico específico, acciones de capacitación, y la notificación sistemática de infecciones; estas acciones han permitido fortalecer la vigilancia de la transmisión vertical.

La metodología utilizada incluyó la búsqueda activa de la subnotificación de partos a partir de enero de 2003; la búsqueda activa de los resultados de PCR de los niños nacidos en el período 2003 - 2006 en los laboratorios de referencia, y el estudio de niños expuestos e infectados (41 niños). El proyecto de fortalecimiento de la prevención de TV del VIH del año 2007 buscó identificar los factores asociados a la TV en la población de mujeres seropositivas que completaron embarazos en el período 2003-2006.

La metodología incluyó un muestreo probabilístico estratificado con un diseño uniforme y fijo en una etapa. Se analizó historias clínicas de 247 madres con VIH e hijos expuestos no infectados. El estudio cualitativo incluyó encuestas a mujeres embarazadas atendidas en el sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

A manera de conclusiones se puede decir que es evidente la importancia del control temprano del embarazo, y que éste incluya la prueba para VIH. Los resultados confirman la efectividad de las estrategias conocidas. El trabajo conjunto de los equipos hace que la suma de saberes y los ajustes en los circuitos vayan en el mismo sentido, que es continuar disminuyendo la tasa de transmisión vertical del VIH.

Aportes de las preguntas y discusión

- En el Perú uno de los problemas superados en cuestión de análisis para VIH es el seguimiento. Muchas gestantes se perdían el proceso de post prueba porque la prueba confirmatoria demoraba hasta dos meses; con la inclusión de las pruebas rápidas en el proyecto del Fondo Mundial se ha mejorado este proceso.
- En el Perú, la razón de infección por VIH hombre - mujer ha variado en el transcurso de la epidemia, inicialmente se tuvo hasta 23 hombres infectados por cada mujer infectada, mientras hoy se tiene una razón de hombre – mujer de 2.5 a 3 más o menos estable en los últimos ocho años.
- Se debe mejorar la calidad de atención a mujeres viviendo con VIH en términos de su salud sexual y reproductiva, no sólo enfocada a aumentar la cobertura, sino también considerando el acceso a consejería y métodos anticonceptivos.

Situación del VIH en los Jóvenes

La Experiencia de Perú

César Cárcamo, PreVEN, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

El estudio PREVEN fue un estudio epidemiológico de nivel nacional realizado en Perú para conocer mejor la epidemiología de VIH e ITS, con muestreo en diferentes niveles y realizado casa por casa en personas de 18 a 29 años. Este estudio se realizó en 15,259 participantes que consintieron entre 16,867 elegibles que fueron invitados a participar. La muestra estuvo constituida por 7,485 varones y 7,774 mujeres, y de todos ellos más del 70% proporcionaron muestras biológicas para ser analizadas para VIH e ITS.

La información se colectó casa por casa y para ello se hizo uso de la tecnología de computadoras portátiles de mano, las cuales permitieron no solo registrar y almacenar la información epidemiológica de forma rápida sino también transmitir la información de manera más eficiente y uniformizada.

La prevalencia encontrada para VIH fue de 0.14%, mientras que sífilis, gonorrea, clamidia y tricomonas tuvieron prevalencias de 0.26%, 0.15%, 6.5% y 2,12% respectivamente. El estudio PREVEN representa a 72% de los jóvenes entre 18 y 29 años en el Perú, esto tomando como referencia la población del censo del año 2005, el cuál estimó que hay 26'152,265 peruanos. El análisis de los datos epidemiológicos mostró que los hombres tienen muchas más parejas sexuales que las mujeres: 8,841 varones reportaron 11,243 parejas sexuales, mientras que 8,716 mujeres reportaron 5,212 parejas sexuales.

También se realizó un estudio en 3720 trabajadoras sexuales femeninas a nivel nacional, que encontró prevalencias de 17.6%, 1.3%, 5,5%, 1.3%, 3.7% y 0.4% para Chlamydia, gonorrea, sífilis, sífilis reciente (RPR \geq 1:8), tricomonas y VIH, respectivamente.

La Experiencia de Colombia

Luis Ángel Moreno, Ministerio de Protección Social, Colombia

El Proyecto Colombia se desarrolla en el marco del apoyo del Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Tiene como antecedentes la creación en Enero del 2002 del Mecanismo Coordinador de País (MCP), con miembros del Estado, la cooperación internacional y la sociedad civil. El Proyecto "Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS, VIH /SIDA, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia" comenzó a implementarse en abril del 2004.

Se está trabajando la salud sexual y reproductiva en población desplazada, lo que incluye el estudio del embarazo adolescente (promedio país: 20.5%, mujeres desplazadas: 33,6%), violencia física por parte del cónyuge (general: 39%, desplazadas: 44.3%), violencia sexual por parte del cónyuge (general: 12%, desplazadas: 13.2%), y violencia sexual por agente diferente al cónyuge (general: 6%, desplazadas: 8.2 %), en un país con una tasa total de fecundidad de 2.4% en población general, y de 4.2% entre mujeres desplazadas.

El VIH también es causa de desplazamiento. Es así que del 2004 al 2007 se han reportado 214 casos de infección en población desplazada: 71 mujeres (34%) y 143 hombres (66%). El VIH *per se* es una causa de desplazamiento por parte de actores al margen de la ley.

Hay condiciones que aumentan la vulnerabilidad de la población juvenil a las ITS/VIH en el contexto del desplazamiento, entre los que se tienen: el cambio del entorno cultural, la deserción escolar, el desarraigo social, las presiones familiares para aportar recursos económicos, la frecuente exposición al abuso sexual y muchas veces el trabajo sexual forzado.

Las condiciones que aumentan la vulnerabilidad de la población juvenil en el contexto de desplazamiento a las ITS/VIH son aquellas que favorecen la soledad, el aislamiento, la falta de apoyo emocional, el acceso insuficiente a servicios de salud o un acceso donde no se consideran las diferencias culturales, la marginalidad y pobreza, y la ausencia de alternativas para sus proyectos de vida.

La meta del proyecto era reducir la vulnerabilidad frente a las ITS, el VIH y el SIDA, en una población de 600 mil adolescentes y jóvenes en 48 municipios inmersos en contextos de desplazamiento forzado, desde un enfoque integral de realización de los DDHH, el VIH, y la equidad de género.

Los objetivos a su vez fueron fortalecer la respuesta social y la coordinación intersectorial en los municipios sujetos del Proyecto; fortalecer el acceso y la calidad de los servicios municipales de educación para la sexualidad y prestación de servicios en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH; y la formación y empoderamiento de adolescentes y jóvenes inmersos en contextos de desplazamiento.

Entre los resultados se resalta la participación de 34 entidades ejecutoras en alianza, en 47 Municipios y 9 Localidades de Bogotá D.C., además de 83 Organizaciones aliadas para operar el Proyecto del Fondo Mundial en Colombia (PFMC). En términos de educación se realizó un mejoramiento de los servicios educativos a través del fortalecimiento de procesos de educación para la sexualidad con comunidades educativas formales y no formales. Este mejoramiento se realizó mediante capacitación a docentes y profesionales de la salud, utilizando también la estrategia de pares e involucrando a la comunidad mediante las escuelas de padres.

En total se capacitó a 2055 funcionarios de instituciones de educación, se logró la participación de 233 instituciones educativas en el desarrollo del producto y además se incluyó 209 Instituciones educativas con Proyecto de Educación para la Sexualidad como parte de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI).

La estrategia inter pares capacitó a 589.416 jóvenes, de los cuales 19.968 son jóvenes líderes. Entre las lecciones aprendidas destacan los procesos de formación vivenciales y participativos adelantados por el PFMC, que posibilitaron cambios actitudinales en los docentes con relación a la salud sexual y reproductiva como personas en sí mismas, parejas, padres y madres, y por ende como agentes sociales, es decir, como ciudadanos y ciudadanas. Además, la forma en que madres y padres viven su propia sexualidad es transmitida a sus hijas e hijos. Por tal razón el PFMC incluye acciones con las familias en torno a la sexualidad y la prevención de las ITS y el VIH, para facilitar a las personas jóvenes el apoyo necesario por parte de ellas.

Otro hito importante ha sido el desarrollo de servicios amigables para jóvenes a través de la implementación del modelo para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta de anticoncepción de emergencia (AOE) y métodos modernos, que incluye un programa de prevención a través de la entrega de información, educación y asesoría en temas como embarazo, contracepción, ITS/VIH, violencia, abuso, adicciones, provisión de métodos de planificación, incluyendo AOE y condones. Esta estrategia estableció una relación entre el componente de educación entre pares y el servicio amigable, indicando derechos, servicios, horarios, instituciones e incluso



funcionarios involucrados. En vista de que algunos centros de salud no eran garantía para los jóvenes por condiciones de posible vulneración de la confidencialidad o por la posibilidad de encontrarse con un vecino o un familiar como funcionario o usuario, se abrieron puntos amigables en sitios céntricos no relacionados geográficamente con la unidad base de acción, en universidades o en otras unidades de salud.

Aportes de las preguntas y discusión

- Hay muchas intervenciones en jóvenes, pero muy pocas investigaciones, sobre todo en aquellos menores de 18 años. Esto se relaciona directamente con las regulaciones éticas y de protección a las personas menores de edad vigentes en cada país. Se debe mejorar el acceso a esta información, que es fundamental para conocer lo que ocurre con estos adolescentes y jóvenes y diseñar intervenciones más adecuadas.

III. AVANCES Y RETOS METODOLÓGICOS



Vigilancia de la Resistencia a los Antirretrovirales e Indicadores de Alerta Temprana

Donald Sutherland, División de Salud Pública Internacional, Agencia de Salud Pública del Canadá, Canadá

La intención de esta presentación es describir la estrategia de OPS/OMS para medir el riesgo y la ocurrencia de fármaco-resistencia a antirretrovirales para el VIH (FRVIH), en vista de que la emergencia de resistencia a tales medicamentos es inevitable, dada la gran tasa de mutación del VIH y la necesidad de tratamiento de por vida. La OMS recomienda que los países desarrollen una estrategia de salud pública para minimizar la aparición y transmisión de FRVIH.

Las metas de la estrategia OPS/OMS en FRVIH plantean apoyar las prácticas de los programas de tratamiento antirretroviral (TARV) y la planificación nacional, minimizar la aparición prevenible de fármaco-resistencia a antirretrovirales para la infección por VIH, restringir el grado en que la resistencia reduce la efectividad de regímenes estandarizados limitados, y realizar este trabajo en el contexto de los planes nacionales de prevención y tratamiento del VIH.

Algunas interrogantes son fundamentales, como por ejemplo si el programa nacional está creando fármaco-resistencia más allá de un nivel inaceptable. Debemos entonces medir los Indicadores de alerta temprana en sitios de tratamiento y vigilar la ocurrencia de resistencia, desarrollando encuestas de monitoreo en sitios centinela. Otro parámetro a medir es si se está transmitiendo cepas fármaco-resistentes, por lo cual se debe vigilar la ocurrencia de FRVIH en personas recientemente infectadas, usando encuestas de umbral de FRVIH.

Los elementos de la estrategia nacional de prevención y evaluación de la resistencia a los fármacos antirretrovirales (ARV) recomendados por OMS para países que están extendiendo en forma masiva el TARV incluyen la formación de un Grupo de Trabajo nacional, encargado de la estrategia relativa a la FRVIH, basado en un plan de tres a cinco años con presupuesto asignado. Otro elemento importante es la evaluación periódica de los "indicadores de alerta temprana" (IAT) de todos los sitios de TARV (o sitios representativos). Además se debe tener en cuenta la implementación de estudios para monitorear la prevención de la resistencia a los fármacos anti-VIH y factores asociados en sitios de TARV centinelas, junto con estudios de umbral de transmisión de FRVIH en áreas geográficas en las cuales el TARV ha sido usado en forma amplia por 3 años o más. Adicionalmente, se debe elaborar una base de datos de FRVIH, se debe designar un laboratorio de genotipificación de FRVIH acreditado por la OMS dentro del país o región, junto con la revisión y apoyo a las actividades de prevención de la FRVIH, y la elaboración de un informe anual sobre FRVIH y recomendaciones que incluyan el uso de datos para TARV y planificación de la prevención.

Los Indicadores de Alerta Temprana (IAT) de la FRVIH son indicadores que ya existen y que se relacionan con la gestión del propio programa. La OMS recomienda el monitoreo de un conjunto factible de IAT de FRVIH de todos los sitios de TARV, o de un subconjunto de sitios de TARV representativos a nivel nacional.

Los IAT de FRVIH recomendados por la OMS cubren las siguientes áreas: (i) las prácticas de prescripción, es decir saber cuál es el porcentaje de pacientes que están iniciando el TARV y a quienes se les prescribe un régimen de primera línea apropiado por un período determinado de tiempo; la meta sugerida es 100%, (ii) porcentaje de pacientes perdidos en el seguimiento durante los 12 primeros meses

de TARV; la meta sugerida es < 20%, (iii) retención de pacientes en TARV de primera línea, reportando el porcentaje de pacientes que está iniciando el TARV durante un período de tiempo determinado y que está en un régimen de TARV de primera línea apropiado 12 meses más tarde; la meta sugerida es > 70%; (iv) fármacos ARV recogidos a tiempo, es decir saber cuál es el porcentaje de pacientes en TARV que recoge a tiempo los fármacos ARV prescritos (antes de que se le acabe la dosis anterior de fármacos); la meta sugerida es > 90%, (v) cumplimiento de citas para recibir TARV, medido en función del porcentaje de pacientes de TARV que acude a tiempo a todas las citas de la clínica (dentro de los 7 días de la cita programada); la meta sugerida es > 80% y (vi) continuidad del suministro de fármacos, reportándose el porcentaje de meses durante un año en que no se ha agotado el stock de fármacos antirretrovirales; la meta sugerida es 100%. Cuando no se cumplen las metas en un sitio específico se considera que se está frente a un indicador de alerta temprana para dicho sitio; cuando no se cumplen para muchos sitios se está frente a un indicador de alerta temprana para el Programa Nacional de TARV.

Para la selección de sitios TARV para el monitoreo de los IAT de FRVIH los países deben evaluar cuáles IAT pueden ser obtenidos de los registros existentes, tanto médicos como de farmacia. En este sentido se debe evaluar sistemas de registros disponibles y datos ingresados en los sistemas para identificar los datos que pueden ser extraíbles, y qué campos de información en cada sistema deben usarse. Si se están usando sistemas electrónicos para mantener los registros en los sitios de IAT, se debería programar sistemas electrónicos en forma apropiada, y si se están usando sistemas en papel o si no es posible descargar los datos desde un sistema electrónico, se debería capacitar a extractores de datos para extraer la información necesaria en un formato estándar desde registros en papel.

El mantenimiento de los niveles recomendados para los indicadores ayuda a fortalecer los servicios de salud. Como parte de la estrategia de la OMS relativa a la FRVIH, los IAT de la FRVIH son monitoreados en todo el país en todos los sitios de TARV, o en sitios representativos de TARV. Los estudios para monitorear la prevención de la FRVIH en los sitios centinelas complementan el monitoreo de los IAT con resultados de laboratorio y con información sobre pacientes y sitios en forma individual para apoyar luego análisis más detallados.

Además de la colección de IAT en algunos o todos los sitios de TARV, la OPS/OMS recomienda que los países desarrollen el monitoreo de FRVIH utilizando estudios de cohorte en algunos sitios TARV centinelas representativos. Se hace un seguimiento durante 12 meses a Cohortes de 130 pacientes iniciando TARV. Se realiza una evaluación basal de la FRVIH que incluye genotipificación e historial con respecto a antirretrovirales, y luego otra evaluación a los 12 meses (al menos a 96 de los pacientes), para estimar tasas de supresión viral y realizar mediciones directas de la ocurrencia de mutaciones de FRVIH en pacientes no suprimidos. Otras variables medidas incluyen genotipificación basal y factores individuales y del sitio TARV que podrían afectar la ocurrencia de resistencia. Los estudios relativos al monitoreo de la prevención de la FRVIH tienen dentro de sus criterios de inclusión, tener diagnóstico confirmado de infección por VIH-1, ser elegible para TARV, según se define en las directrices nacionales o del sitio, iniciar un régimen de TARV para adultos en el sitio, en la fecha o después de la fecha de inicio del estudio, sin importar la edad ni el historial con respecto a antirretrovirales, y dar consentimiento informado según el protocolo del país. Se debe excluir a aquellos individuos que estén participando en un ensayo clínico o en un estudio de investigación clínica, individuos que son parte de una cohorte de observación, individuos que están reiniciando el TARV, individuos que están siendo trasladados desde otro sitio de TARV quienes, al momento de ser trasladados, estén siguiendo un régimen de TAR de primera línea con 3 o 4 fármacos, e individuos infectados con VIH-2, o coinfectados con VIH-1 y VIH-2.

Los estudios para monitorear la prevención de la FRVIH y factores asociados en sitios de TARV pediátricos centinelas debe tener el mismo enfoque que los estudios de adultos, por supuesto con algunas consideraciones adicionales, como por ejemplo un historial con respecto a antiretrovirales que incluya la experiencia de la madre relativa a fármacos antiretrovirales durante el embarazo y la lactancia; y prácticas de prescripción que incluyan la dosificación apropiada según el peso y la evaluación de los sitios. Existen protocolos de la OMS específicos para poblaciones pediátricas.

Algunos resultados clave de los estudios incluyen la evaluación del porcentaje de la cohorte que logra la “prevención de la FRVIH” después de 12 meses de TARV (> 70%). Asimismo, entre los aislados con virus detectable se debe describir las mutaciones de FRVIH y los patrones de mutaciones y se debe evaluar la asociación entre la ocurrencia de la FRVIH y los patrones de mutación, con las características del paciente y los factores relativos al sitio.

El tercer instrumento de medición del riesgo y la ocurrencia de FRVIH intenta aclarar si la FRVIH se está transmitiendo dentro del país. La vigilancia de la transmisión de resistencia a los fármacos anti-VIH debe ayudar a evaluar si los regímenes estándares de TARV en el país seguirán siendo eficaces. Asimismo, debe evaluar las estrategias de profilaxis previas y posteriores a la exposición, incluidos los regímenes de prevención de la transmisión vertical, y debe entregar información a los investigadores que están desarrollando estrategias de prevención basadas en vacunas y microbicidas, además de considerar si las pruebas clínicas basales de resistencia a los fármacos anti-VIH podrían ser útiles antes del tratamiento.

Se debe por otro lado, realizar estudios para evaluar la transmisión de FRVIH en áreas geográficas del país donde es más probable que surja la resistencia primero, y ampliarse a otras áreas cuando sea necesario. El Método para el Estudio del Umbral de la Resistencia a los Fármacos anti-VIH utiliza la clasificación de la prevalencia de la resistencia a los fármacos anti-VIH transmitida en un área geográfica específica en 1 de 3 categorías: baja prevalencia ($\leq 5\%$), alta prevalencia ($\geq 15\%$) y prevalencia moderada (5% - 15%).

Las bases de datos sobre FRVIH de la OMS a nivel nacional deben incluir la vigilancia de la transmisión de FRVIH y el monitoreo de FRVIH en programas antirretrovirales. Los Laboratorios de genotipificación deben ser seleccionados por los Ministerios de Salud y deben ser acreditados por la Red Mundial de Laboratorios de la OMS para que entreguen resultados correspondientes a vigilancia y monitoreo de la FRVIH. La red de la OMS puede brindar asesoría técnica y capacitación para apoyar al desarrollo de laboratorios dentro del país para que consigan la acreditación.

En conclusión, Latinoamérica debería realizar esfuerzos serios para la recolección, análisis y monitoreo de los indicadores de alerta temprana de FRVIH. Los países pueden además contribuir con elementos específicos de su base de datos nacional a las bases de datos HIVResNet sub-regional y global de OMS.

Como parte de la estrategia de red de laboratorios en Latinoamérica, los laboratorios de referencia para FRVIH pueden solicitar una lista de chequeo de autoevaluación, y designados por las autoridades nacionales pueden solicitar la acreditación de la OMS. Uno o más laboratorios pueden ser designados como laboratorio regional si se cumplen los criterios adecuados. En términos de asistencia técnica, la OPS/OMS apoyará a los países en la implementación de la estrategia de FRVIH a través de la diseminación de guías técnicas, protocolos y listas de chequeo para la valoración de capacidades nacionales en el área de laboratorio; así como también con la provisión de guías técnicas para el monitoreo y publicación de indicadores de alerta temprana de FRVIH.

Hacia la Armonización de la Definición de Caso Avanzado de VIH en la Vigilancia y el Monitoreo

Jesús María García-Calleja, Organización Mundial de la Salud

Entre las definiciones de caso de VIH existentes, tenemos las siguientes: primero, la definición de caso SIDA de 1985 hecha en Bangui, modificada luego incluyéndose información del tamizaje de VIH (definición del CDC, 1986, la misma que fue modificada nuevamente en 1988). En el año 1994, se hizo una modificación adicional que incluía información sobre anticuerpos contra el VIH e infecciones oportunistas como tuberculosis, neumonía recurrente y carcinoma cervical invasivo.

Otras definiciones son: la europea de 1993, modificada para niños en 1995; la definición de caso de OPS hecha pública en Caracas en 1989, la definición de Brasil de 1987 y revisada en 2004, y por último, la definición de caso de Australia.

Como hemos podido observar, no hay una definición común de caso de VIH utilizada por los países, pero en lo que sí ha habido consenso es en la definición de caso SIDA. Históricamente, la vigilancia de SIDA se ha considerado importante porque mide de manera gruesa el efecto de la epidemia del VIH, e incluye además datos de representación nacional ligados a información básica de sexo y edad.

Actualmente, existe la necesidad de revisar la definición de caso avanzado de VIH. Esta necesidad está basada en el aumento masivo de la cobertura del tratamiento antirretroviral, así como la existencia de reportes limitados de estas dos condiciones en algunos países, especialmente del África y Asia. Otra razón importante es alcanzar el consenso, debido a la existencia de múltiples definiciones de caso y el hecho que los países necesitan una definición simplificada tanto de caso como de los estadios de la infección. Adicionalmente, tal como está definido actualmente, el SIDA no da información completa sobre la carga de la enfermedad. Una revisión de la definición de caso ayudaría básicamente a monitorear más efectivamente la morbilidad y la mortalidad asociada con la infección de VIH y simplificaría las estimaciones de la carga de enfermedad asociada al VIH. Además, una cada vez mejor definición de caso implicaría una mayor consistencia de ésta con las actuales prácticas de diagnóstico (incluyendo las recomendaciones para el tratamiento).

Los procesos para la nueva revisión clínica y una nueva definición para la vigilancia han incluido una reunión en Ginebra el año 2004 y reuniones regionales el año 2005, para luego terminar en una reunión global para incorporar recomendaciones el año 2006. Las recomendaciones para la vigilancia del curso de la infección por VIH incluyen: primer diagnóstico por VIH, necesidades sintomáticas para tratamiento antirretroviral / profilaxis, diagnóstico de SIDA, y la muerte de la persona infectada.

La ventaja de tener definiciones para la vigilancia es que estas se pueden insertar en el sistema de seguimiento de pacientes, implementarlas es económico y pueden ayudar a mejorar la estimación de personas que necesitan tratamiento antirretroviral en los servicios. Además, aquellas permiten un mejor seguimiento a los pacientes con VIH y fortalecer las acciones preventivas para las parejas de las personas que viven con VIH. Se debe crear una definición piloto para caso avanzado de VIH en algunos países en diferentes regiones, conducir posteriormente un análisis comparativo de los registros y, finalmente, adaptar la nueva definición al manejo de los pacientes infectados.

Para facilitar el escalamiento del acceso a la terapia antirretroviral, y de acuerdo con un enfoque de salud pública, la OMS, en consulta con instituciones colaboradoras, con los países y sus oficinas

regionales ha realizado algunos cambios en la definición de caso de VIH para vigilancia, así como en las clasificaciones clínicas e inmunológicas de la enfermedad causada por el VIH. Las definiciones de caso de VIH están armonizadas con las clasificaciones clínicas e inmunológicas para mejorar la vigilancia relativa al VIH, para realizar un mejor seguimiento de la incidencia y la prevalencia del VIH así como de las necesidades de tratamiento, y para planificar respuestas de salud pública apropiadas. Las clasificaciones clínica e inmunológica revisadas del VIH están diseñadas para ayudar en el manejo clínico de la infección por VIH, especialmente allí donde la capacidad de los laboratorios es limitada. Dichas clasificaciones están disponibles en <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/index.html>

Aportes de las preguntas y discusión

- Se debe notificar no sólo la infección por VIH, sino también las otras infecciones asociadas.
- Se debe realizar una triangulación oportuna y adecuada de la información para conocer exactamente el nivel de la epidemia.

Evaluación de Impacto del Tratamiento Antirretroviral. Estudio de Cohorte Chilena

Carlos Beltrán, Asesor de CONASIDA, Ministerio de Salud, Chile

La experiencia de la Cohorte Chilena de SIDA en el monitoreo de impacto de Tratamiento Antirretroviral (TARV) es un ejemplo importante en Latinoamérica. La organización del acceso al TARV en Chile incluyó a 33 centros del país de nivel terciario con capacitación continua de profesionales, guías nacionales de TARV basadas en evidencia extranjera y nacional, adquisición y administración centralizada de los antiretrovirales, evaluación de las solicitudes de inicio y cambio de TARV por un Comité Científico Asesor, realización de estudios de CD4, carga viral y genotipificación en laboratorios de referencia, garantía del acceso dado por la Ley 19.966 de Garantías Explícitas (sectores público y privado) desde 2005, e incorporación de medicamentos genéricos desde el año 2006.

La cohorte Chilena es de carácter multicéntrico e incluye 33 centros de los cuáles 29 han participado en más del 95% del seguimiento de las terapias activas. Los datos generados en estos centros son enviados mediante una ficha electrónica a una unidad ejecutora central, en donde la unidad verificadora analiza los datos, pide aclaraciones y monitoriza los datos en los centros en forma aleatoria. Además los centros tienen reuniones periódicas de revisión de criterios y planificación de estudios. La cohorte chilena representa el mayor número de pacientes en una cohorte de un país no desarrollado. Toda esta tarea de organización y seguimiento ha sido financiada por el Fondo Global.

La incorporación de pacientes a la cohorte ha sido progresiva y ha ido en aumento en los últimos años. Actualmente se cuenta con más de 7 mil personas recibiendo TARV. Esto ha cambiado las tendencias de la mortalidad, la cual ha ido bajando, pero aún debería disminuir más, puesto que siguen llegando personas infectadas a los servicios en estadios muy avanzados de enfermedad, y a pesar de la terapia la mortalidad en este grupo es aún alta.

En general, el impacto del TARV se puede ver históricamente en la subida de los CD4 y en la disminución de la carga viral, pero lo central no son necesariamente datos de laboratorio, sino cómo estamos afectando o mejorando la sobrevivencia de las personas infectadas con VIH. Más del 50% de los pacientes en la cohorte chilena continúan recibiendo la terapia inicial, y 21% ha cambiado por la toxicidad de la misma, sin que haya fracaso terapéutico. El 21% de los pacientes tiene fracaso terapéutico, de los cuáles casi la mitad fallece y el porcentaje restante abandona, fracasa y luego entra a terapia de rescate. La iniciativa chilena es una buena experiencia a replicar. No es compleja de implementar; los costos no son tan altos, pero sí se requiere de mucho trabajo a nivel interdisciplinario con monitoreo constante, y la centralización del análisis ha permitido conseguir información de forma más rigurosa, y darle un valor administrativo alto.

Aportes de las preguntas y discusión

- Se debe mejorar la vigilancia de la adherencia. Hasta ahora, ésta ha estado basada en el auto-reporte realizado por los usuarios, pero se necesita mecanismos innovadores que permitan conocer si los pacientes están o no recibiendo los medicamentos.
- Dentro de la vigilancia de la adherencia se debe considerar no solo la adherencia a medicamentos, sino también la adherencia a los controles y pruebas periódicas.
- Se debe incluir vigilancia de resistencia utilizando técnicas modernas de laboratorio como genotipificación, sobre todo en aquellos pacientes en los cuales se da fracaso de la terapia.

Experiencias Innovadoras en Vigilancia de Hombres que tienen Sexo con Hombres en Perú y Ecuador

Jorge Sánchez y Juan Guanira, Investigaciones Médicas en Salud (INMENSA), Perú

ONUSIDA estima que hay más de 1.7 millones de personas viviendo con VIH (PVV) en América Latina, de las cuales 240,000 son nuevas infecciones y alrededor de 95,000 muertes son debidas a SIDA en Latinoamérica. La Infección se encuentra concentrada en grupos de alto riesgo, predominantemente HSH (8-24%) que representan un 42% del total de casos acumulados de SIDA. En el Perú tenemos también una epidemia concentrada: la prevalencia de VIH en población general alcanza en hombres el 0.4% y en mujeres el 0.1%, mientras que en grupos de alto riesgo llega a 14.5%, 1% y 1% en HSH, trabajadoras sexuales y personas privadas de la libertad, respectivamente. La incidencia de VIH también es variable y depende del estudio y la población estudiada. Investigaciones hechas en ciudades como Lima reportan incidencias que van desde 3.5% (1988-2000) hasta 6.2% (2002-2004).

A la fecha se han tamizado alrededor de 8000 HSHs en sucesivas vigilancias centinelas y el análisis multivariado muestra que la prevalencia de VIH se incrementa 6% cada año, a pesar de que hay un incremento en el porcentaje en el uso de condón con la última pareja sexual estable y casual.

Desde 1996, el Perú había aplicado la metodología de vigilancia centinela denominada “vigilancia de segunda generación”, la cual, además de obtener marcadores biológicos de la epidemia (por ejemplo, casos de SIDA, prevalencia de VIH, mortalidad por SIDA, entre otros), adicionaba el estudio de factores comportamentales en el estudio de las poblaciones más expuestas al VIH, ya que estos elementos son el motor que alimenta la epidemia. Esta metodología fue útil hasta el 2004, año en el Ministerio de Salud del Perú inició el programa de Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) con el soporte del Fondo Mundial, el cual a Agosto de 2007 cubría a más de 11,000 personas. Hoy en día, debido a que la expectativa de vida de las personas VIH positivas se está incrementando en varios años debido al tratamiento antiretroviral, la prevalencia se incrementa de manera artificial, y por esta razón la prevalencia como indicador de la epidemia ya no es tan útil como lo era anteriormente. En este contexto, la incidencia, o el número de casos nuevos que ocurren en una población susceptible, es lo único que puede decirnos como está avanzando realmente la epidemia. Para poder hallar la incidencia hay que hacer estudios de seguimiento de grupos de personas no infectadas pero en riesgo de infectarse con el VIH, a fin de ver cuántos de estos seroconvierten o se infectan en un periodo determinado de tiempo (normalmente se trata de períodos de doce meses de seguimiento). La desventaja de estos estudios es que son muy costosos y los resultados están disponibles sólo después del tiempo de seguimiento.

La necesidad de contar con datos más precisos sobre la epidemiología del VIH en HSH motivó la implementación de un estudio de vigilancia centinela con las características mencionadas, enfocado en la incidencia. El objetivo primario de la misma fue identificar casos de VIH recientemente infectados y estimar la incidencia de VIH mediante una prueba de ELISA desensibilizado (conocido como BED ELISA, en inglés)³ en

³ Una solución para poder tener los datos de incidencia rápidamente y de una manera no tan costosa, fue usar la metodología de ELISA desafiado o BED ELISA. Esta metodología utiliza el concepto de que la producción de anticuerpos contra el VIH no es constante desde el inicio de la infección, y que más bien estos van en aumento hasta alcanzar un nivel máximo. Normalmente, las pruebas basadas en anticuerpos para la detección del VIH tienen un punto de corte para el cual poseen una alta sensibilidad y alta especificidad; aquí, los casos que son recientes infectados dan un resultado negativo debido a que están aumentando sus niveles de anticuerpos y no han llegado aún al nivel de detección. Lo que hace esta metodología es aumentar el punto de corte de detección haciendo que la especificidad disminuya. Con esta información y mediante fórmulas matemáticas, es posible calcular la incidencia para estas poblaciones. Cabe mencionar que la información sobre incidencia que arroja esta metodología es una aproximación a aquella, utilizando información de tipo transversal. Para mayor detalle se puede revisar Parekh B. S, et al. *Quantitative detection of increasing HIV type 1 antibodies after seroconversion: a simple assay for detecting recent HIV infection and estimating incidence. AIDS research and Human retroviruses.* 2002. 18;4:295-307.

5 ciudades de la Región Andina. Además, se buscó estimar la prevalencia y patrones de resistencia a drogas antirretrovirales entre aquellos HSH recientemente infectados y se buscó también describir la variabilidad genética de los virus de VIH-1 que circulan en Lima, Arequipa, Sullana e Ica en Perú, y Guayaquil en Ecuador.

El estudio se realizó entre Marzo y Julio del 2006 y el muestreo fue por conveniencia. Se reclutó un total de 2608 HSH en alto riesgo de adquisición del VIH. Los criterios de inclusión consideraban: ser varón de nacimiento, tener 18 años o más, haber tenido sexo anal en los últimos 6 meses y cumplir con al menos uno de los siguientes criterios de riesgo: intercambio de sexo por dinero, comida, drogas o albergue; ser pareja de una persona VIH positiva y no hacer uso consistente de condón con ella, tener diagnóstico de una ITS al momento del tamizaje o en los últimos 6 meses, y/o sexo anal no protegido en los últimos 6 meses. El único criterio de exclusión fue tener una prueba de VIH positiva. En ese mismo año, la Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud del Perú utilizó la misma metodología y criterios de inclusión para ampliar la vigilancia centinela en HSH a otras 5 ciudades del Perú (Iquitos, Tarapoto, Huancayo, Chiclayo y Trujillo).

Los procedimientos de la vigilancia consistieron en una evaluación médica con examen físico dirigido, aplicación de un cuestionario de comportamiento asistido por computadora, consejería pre y post test para VIH, prueba rápida de VIH y RPR para sífilis y evaluación de aceptabilidad para participar en estudios de prevención del VIH (vacunas, profilaxis pre-exposición y circuncisión). Cabe precisar que los participantes fueron evaluados para VIH mediante la prueba rápida de Determine® en la sede centinela, y confirmados a través de Western Blot en los laboratorios de NMRC.

A continuación, algunos de los resultados preliminares del estudio:

- La edad de inicio de relaciones sexuales es en general de 15 años, con una pequeña variabilidad entre las ciudades. La mediana de inicio de relaciones sexuales fue de 15 años siendo la ciudad con menor mediana de edad para inicio de RS fueron Iquitos y Tarapoto; y la mayor mediana fue Huancayo.
- La identidad sexual de los participantes era mayoritariamente homosexual y bisexual (bajo la definición: "haber tenido sexo anal con otro hombre en los últimos 12 meses"), con un 5% de personas autodefinidas como heterosexuales. Asimismo, se autoreconocieron como travestis 12.3% de los participantes en esta vigilancia, siendo de Ica, Trujillo y Chiclayo las ciudades con mayores proporciones. Llama la atención sin embargo que en las ciudades de Tarapoto y Huancayo se autoreconocieron como travestis un 3.3% y 4.7% respectivamente.
- A la pregunta de cuál fue su rol sexual durante los últimos 5 años, aproximadamente un tercio dijo que su rol había sido exclusivamente *insertivo* y otro tercio que había sido exclusivamente *receptivo*, el resto de los entrevistados refirió no haber sido exclusivamente activo o pasivo en los últimos 5 años. Siendo Tarapoto y Huancayo las ciudades con menor proporción de exclusivamente insertivos. Sin embargo, cuando se reclasifica el rol sexual como *insertivo* a aquellos que fueron desde mitad del tiempo insertivos hasta los que fueron exclusivamente insertivos, y como *receptivos* a aquellos que fueron mayormente receptivos o exclusivamente receptivos, se puede apreciar diferencias entre el tipo de rol y la región en donde esta situada la ciudad evaluada: las ciudades en la sierra tienen una mayor proporción de insertivos, mientras que las ciudades en la selva la proporción de insertivos es mucho menor. Respecto al rol en la última relación sexual en los resultados de los últimos 5 años, la proporción de sexo receptivo fue mayor que la reportada en los últimos 5 años en todas las ciudades.

- El uso consistente de condón se definió como haber usado condón en todos los actos sexuales que la persona tuvo con su última pareja sexual. Así, el uso consistente de condón con la última pareja sexual fue de solo el 47.2%, mucho más bajo que el reportado anteriormente en otras vigilancias o estudios publicados⁴. El uso de condón fue mucho más bajo en aquellas ciudades en donde el sexo insertivo fue predominante (Arequipa, Huancayo) y viceversa, el uso fue más alto en las edades en donde el sexo receptivo era más frecuente (Iquitos, Tarapoto)
- En cuanto a historia de infecciones de transmisión sexual (ITS), úlceras genitales y/o anales en los últimos 3 meses, en promedio 21.9% de los entrevistados refirieron haber tenido una ITS en los últimos 3 meses y un 7.1% refirió haber tenido alguna úlcera(s) genital o anal en el mismo período de tiempo. Ciudades con altas proporciones de ITS o úlceras fueron Trujillo (35.9% y 7.0%), Chiclayo (37.8% y 12.3%) en la costa y Tarapoto (31.8% y 10.9%) e Iquitos (29.5% y 15.3%) en la selva.
- En cuanto a la tasa de infección por VIH-1, Lima (10.7%) sigue siendo la ciudad más afectada por esta infección, seguido por las ciudades de Iquitos (9.8%), Sullana (9.4%) y Tarapoto (6.7%). Las ciudades con tasas más bajas son Huancayo (2.2%) y Trujillo (2.3%). Cabe mencionar que estas tasas que se describen no pueden ser usadas como datos de prevalencia, ya que debido a la metodología del estudio, todos los individuos que ya conocían su estatus de HIV positivos fueron excluidos del estudio.

Los estudios preliminares de la epidemiología molecular del VIH se realizaron en Lima, Sullana, Ica, Arequipa y Guayaquil. Se pudo amplificar la región GAG de un total de 257 muestras para genotipificación del VIH; no se pudo amplificar 11 muestras. 252 fueron de sub-tipo B, 2 fueron de sub-tipo A y otra fue de sub-tipo F; está pendiente el análisis de 18 muestras. Todos los especímenes de Perú fueron sub-tipo B, mientras que las 3 que no son sub-tipo B fueron encontradas en Guayaquil, Ecuador.

Todos estos resultados son preliminares, y aún hay algunas tareas pendientes, como por ejemplo el análisis de la información de las ciudades de Chiclayo, Trujillo, Huancayo, Tarapoto e Iquitos. Asimismo, resta concluir el análisis de resistencia a drogas antirretrovirales, calcular la incidencia para VIH-1 de las otras cinco ciudades, analizar las redes sexuales en seroconvertidores, entre otros.

Las limitaciones de este estudio incluyen el muestreo por conveniencia, el haber excluido a personas VIH positivas y las limitaciones propias de la prueba para detectar individuos recientemente infectados.

Aportes de las preguntas y discusión

- Debido a la dinámica cambiante de la epidemia del VIH, la metodología que se debe utilizar para la medición del estado de la epidemia debe adaptarse a los cambios. En momentos en que el acceso a tratamiento en el Perú es algo casi universal, la prevalencia de VIH no es más una medida real y certera de lo que está sucediendo en relación a la epidemia de VIH. La incidencia o porcentaje de nuevas infecciones entre aquellos susceptibles es una mejor manera de hacer el seguimiento de la epidemia. Esta aproximación se puede hacer mediante métodos indirectos de estimación de incidencia, ya que estudios de cohorte para determinar las incidencias reales son difíciles de implementar y pueden llegar a ser sumamente costosos.

⁴ Por ejemplo, la persona pudo haber tenido sexo anal insertivo con condón y también sin condón, o sexo anal insertivo con condón y sexo anal receptivo sin condón, en cualquiera de esos casos la persona no tuvo uso consistente de condón.

Conoce tu Epidemia: Reflexiones Finales sobre la Situación y Perspectivas para la Información Estratégica Referida al VIH en la Región

Reflexiones Finales desde OPS

Mónica Alonso, Asesora Regional para Información Estratégica en VIH, OPS

En el año 2007 según ONUSIDA hubo casi 500 nuevos casos diarios de infección por VIH, y casi 250 muertes diarias, según un resumen de la vigilancia de VIH e ITS en la región. Es importante hacer uso de los datos de la vigilancia en VIH/ ITS para realizar un análisis adecuado de situación y conocer las tendencias de la infección. Asimismo, la vigilancia ayuda a mejorar la abogacía y movilización de recursos, a focalizar intervenciones y a planificar y evaluar programas.

Es importante, entonces, conocer nuestra epidemia, es decir, conocer y utilizar la información disponible para la respuesta, dirigiendo las acciones e intervenciones hacia donde se encuentra la epidemia. Por otro lado, conocer la epidemia significa también entender fenómenos que ocurren en relación con la transmisión del VIH en cada país.

Como sabemos, se generan muchos datos en relación al VIH, pero lo importante es saber usarlos, saber con qué datos nos quedamos y no terminar ahogándose en información. Muchas veces se colecta demasiada información de poca utilidad, de la cual no se puede inferir nada importante. Para conocer la epidemia es necesario usar los datos y priorizar y seleccionar la información, para que esta se obtenga a tiempo, sea de calidad adecuada y sea parte de un proceso sostenible (que forme parte de un sistema de información verdadero). He aquí un reto importante, utilizar la información estratégica en la toma de decisiones y asociarla con la planificación estratégica. Desde el punto de vista político, es importante tener evidencias que respalden decisiones a este nivel, ya que esto tiene que ver con rendición de cuentas y con movilización de recursos. Es así que se debe fortalecer el análisis de los datos y combinarlos con información etnográfica, mapeo, y estudios cualitativos. La vigilancia es una pieza fundamental en la evaluación del impacto de las políticas y representa también una ventana de oportunidad para estudiar el contexto político, económico y social.

Debemos entonces trabajar para cubrir las brechas de información y priorizar en su calidad, poniendo atención a los grupos vulnerables y comprendiendo que los datos sirven en múltiples niveles a nivel nacional. Se debe, asimismo, asegurar un mayor y mejor uso de la información. Es importante el papel de la sociedad civil, con quienes se debe compartir y hacer alianzas no solo para la producción de información sino para asegurar su uso.

Reflexiones Finales desde las Poblaciones en Mayor Riesgo

Ronald Álvarez, Movimiento Homosexual de Lima (MHOL), Perú

Se entiende que los retos para construir una respuesta social al impacto del VIH y SIDA son muy grandes, y desde la sociedad civil, las comunidades vulnerabilizadas los asumen como parte de su responsabilidad. Sin embargo, se entiende que esta responsabilidad no es exclusiva de las organizaciones y comunidades al interior de las poblaciones vulnerables, sino que compromete la firme voluntad y participación del Estado, gobiernos regionales y municipales, de las instituciones de sociedad civil especializadas en el tema, y de las comunidades de trans, gays, bisexuales, trabajadoras sexuales y personas viviendo con VIH, para todas y todos corregir y multiplicar lo mejor de las experiencias que realmente funcionan.

Las primeras acciones de respuesta a la epidemia se gestaron en la segunda mitad de los años 80. El MHOL promovió campañas de prevención en espacios de socialización de la comunidad en Lima y algunas regiones cercanas, las mismas que estaban acompañadas de talleres informativos y de sexo seguro. Luego se implementaron las primeras estrategias de prevención sostenidas: la de promotores educadores de pares y la línea telefónica informativa Sidayuda. Asimismo, el MHOL brindó soporte al Programa de Soporte a la Autoayuda de Personas Viviendo con VIH y SIDA (PROSA) en su primera etapa de existencia.

En esta misma perspectiva, otra experiencia pionera fue la de la Asociación Germinal (1989), que consistía en un conjunto de acciones dirigidas a la prevención del VIH en adolescentes que frecuentaban espacios de socialización y/o comercio sexual de población transgénero, gay y bisexual (TGB) en Lima.

Asimismo, la Asociación Vía Libre (1990) surge como una iniciativa profesional en salud orientada al desarrollo de intervenciones preventivas en poblaciones TGB, así como al acompañamiento y atención a personas viviendo con VIH.

Posteriormente, hasta muy avanzada la década de los años 90, las respuestas desde las comunidades vulnerabilizadas han sido intermitentes y aisladas. En este período destaca el rol del MINSA, que a través de la implementación del Sistema de Promotores Educadores de Pares del PROCETTS (1997), generó espacios de identificación y reconocimiento que derivaron en la formación de organizaciones de TGB sobretodo en el interior del país.

A fines de los años noventa en el Perú se produjo un importante proceso de reactivación y fortalecimiento de la sociedad civil. En el contexto de luchas por el retorno a la democracia, emergieron distintas expresiones comunitarias y políticas entre TGB, TS y PVV. Las organizaciones TGB se articulan a nivel nacional, y desde 2002 se formaron organizaciones de trabajadoras sexuales. Rápidamente los objetivos se ampliaron y complejizaron, surgiendo nuevas formas de relacionamiento con otros actores sociales. Asimismo, las redes de PVV se cohesionan, iniciando fuertes procesos de incidencia política, y finalmente logrando el tratamiento antirretroviral gratuito universal.

La ejecución de los Programas del Fondo Mundial en Perú inició una nueva era en la respuesta al VIH: la multisectorialidad. El Perú, a través del Instituto Nacional de Salud (Estado), presentó una propuesta en la 1ª Ronda de licitaciones del FM. El proyecto no fue financiado. En la 2da Ronda, la propuesta peruana fue formulada por la CONAMUSA, que agrupó al Estado, sociedad civil, personas afectadas, etc. Desde ese momento, la concertación y el diálogo multisectorial se convirtieron en una constante para la ejecución eficiente de programas que respondiesen a la epidemia.

Desde 2004, ONUSIDA impulsa que los países se adscriban a los “tres unos” para responder de un modo eficaz a la epidemia: un marco de acción sobre VIH acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todas y todos a través del Plan Estratégico Multisectorial de ITS, VIH y Sida en el Perú 2007 – 2011 (PEM); una autoridad nacional de coordinación del VIH con mandato multisectorial amplio que es la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) y un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país (Sistema de vigilancia epidemiológica de la DGE/ MINSA). Nuestro PEM ha sido diseñado teniendo en cuenta estas líneas propuestas. Perú es el primer país que ha implementado exitosamente los tres unos en la región.

En este largo proceso, la respuesta comunitaria de trans, gays, bisexuales, trabajadoras sexuales, personas con VIH y otros sectores de la sociedad civil siempre han sido una fuerza presente. En un

inicio probablemente muy centrada en Lima y en las comunidades TGB, o en los aspectos de soporte y ayuda mutua o muy determinada por los imperativos epidemiológicos del MINSA. Como fuere, estas experiencias son las que han permitido que en la actualidad se constituyan importantes espacios de articulación y convergencia regional y nacional con el propósito común de enfrentar los retos de la epidemia.

Probablemente se sobreestima la cobertura de atención que el MINSA brinda a las poblaciones más expuestas a la epidemia, al afirmarse que ésta alcanza aproximadamente al 10% de las poblaciones más expuestas. Sin embargo, el MINSA y todos los actores comprometidos en la lucha contra el VIH tienen claro que la cobertura debe ampliarse con urgencia (PEM).

Reflexiones Finales desde las Personas que Viven con VIH

Pablo Anamaría, Observatorio Latino, Aid for AIDS, Perú.

Para incrementar la eficacia de la respuesta nacional a la epidemia en el contexto del financiamiento global se podría utilizar como punto de partida, por un lado el fortalecimiento efectivo de los sistemas de información estratégica, y por el otro saber sí se está usando apropiadamente la información para dar forma a las políticas y programas.

En el contexto del financiamiento del Fondo Mundial, América Latina ha mantenido un perfil estable en las últimas rondas (5% del financiamiento global) con un leve incremento en el número de propuestas aprobadas entre la Ronda 6 y 7 (6 en la Ronda 6 y 10 en la Ronda 7), pero esto no ha sido suficiente y para ello se debe aprovechar las oportunidades que se presenten. Entonces se debe hallar la manera de solucionar ya sea la falta o la inconsistencia de la información estratégica, que ha influido en el acceso al financiamiento.

El problema en la preparación de las propuestas es que no se utiliza la información estratégica y la información utilizada no tiene un proceso de "control de calidad" de los datos que permita discriminar los más pertinentes de los menos; asimismo la información presentada responde a intereses políticos y no necesariamente responde a la realidad.

Por otro lado, algunos indicadores son aún no consistentes con los datos y la evidencia, y hay una sobreestimación de coberturas o del tamaño de la población a ser alcanzada, a lo que se suma el que no existen sistemas de recolección de datos que permitan superar los cuellos de botella de manera oportuna.

Entonces, para mejorar la posibilidad de obtener financiamiento del Fondo Mundial se debe utilizar las cuatro C desde la comunidad, (i) construir alianzas con el sector comunitario, (ii) crear, construir o desarrollar la capacidad de la comunidad, (iii) conocer la epidemia, no invisibilizarla, y (iv) construir sistemas de gerencia del conocimiento o de la innovación que permitan usar la información para dar forma a las políticas.



**IV.
CONCLUSIONES, PASOS A SEGUIR Y ACUERDOS FINALES**

Conclusiones de los Trabajos de Grupo

Trabajo de Grupo I: Programas Nacionales y Sociedad Civil: Definiciones de TS, HSH y UDI para futuros estudios

- Trabajador/a sexual (TS): se refiere a los trabajadores sexuales masculino, femenino, trans. Personas trabajadoras mayores de 18 años que ejercen servicio sexual a cambio de pago de dinero. Menores de 18 años se excluyen, pues son objeto de explotación sexual.
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): es una categoría de carácter epidemiológico y no siempre responde a una realidad. En las investigaciones aparecen diferentes grupos (i) gay y homosexual: varones que tienen relaciones sexuales con varones exclusivamente, (ii) hombres de comportamiento bisexual: son los hombres que son gays o heterosexuales que se relacionan sexualmente con hombres y mujeres, (iii) las trans y las travestis: biológicamente son hombres y adoptan la identidad del género femenino y con prácticas sexuales muy diversas.
- Usuarios de drogas inyectables (UDI): tenemos usuarios de drogas endovenosas y no endovenosas, se debería usar el término CODAR (consumidor de drogas de alto riesgo) para los estudios.
- Conductas de riesgo: no uso de condón en las relaciones sexuales, uso de instrumental médico y jeringas contaminadas.

Trabajo de grupo II: Epidemiología: Definición de metodologías básicas para estimar seroprevalencia en Poblaciones en Mayor Riesgo

- Metodología para conocer seroprevalencia en poblaciones en mayor riesgo (*MARPS* por su sigla en inglés): trabajar de manera conjunta abarcando todas las poblaciones y tener una visión más general. Las metodologías más utilizadas son *respondent-driven sampling* (RDS), bola de nieve y muestreo por tiempo y lugar (TLS) utilizando los servicios. La aplicación de una u otra metodología va a depender del país y del recurso financiero disponible. Se debe analizar las comparaciones entre RDS y TLS y empezar a trabajar con base en la comparación de resultados y de métodos; analizar el nivel de experiencia que tienen los países para cada una de las metodologías y ver cuál sería la más recomendable; y utilizar encuestas biológicas que se complementen con cuestionarios y pruebas de comportamiento. Se debe tratar de incorporar a los mayores de 15 años.
- Metodología para definir tamaños poblacionales de las poblaciones en mayor riesgo: para calcular el numerador y el denominador se debe utilizar una combinación de: censos nacionales, estudios de captura y recaptura, el método del multiplicador, etc. Se está elaborando guías de cálculo de tamaños poblacionales. Los países con mayor avance pueden apoyar a aquellos países que aún estén en etapas desarrollo o implementación de estas estrategias.
- Uso de Spectrum para estimaciones poblacionales: resulta de mucha ayuda en epidemias concentradas para definir el modelo de respuesta a utilizarse. La idea final debe resultar de un estudio multicéntrico, que sienta las bases para el ajuste de la curva.

Trabajo de Grupo 3: Lineamientos para un Plan de Trabajo Regional de Mejora de la Información Estratégica

Sistematización de las Conclusiones del Grupo 1 (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Bolivia) y del Grupo 2 (Argentina, Uruguay, Paraguay, Brasil)

Actividad a ser implementada según los acuerdos del taller	Cómo	Cuándo	Quién	Recursos y apoyo técnico necesario para el éxito de la implementación
I. Conformación de un ente del MERCOSUR para el tema de información estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Formar un ente del MERCOSUR con actores del Gobierno para canalizar propuestas en el tema de VIH e ITS. Utilizar para esto los mecanismos ya existentes en el MERCOSUR Definir a los actores involucrados 	Próxima reunión a mediados de Mayo en Buenos Aires		Apoyo de la cooperación técnica y financiera de las agencias de cooperación internacional
II. Definición de caso:	<ul style="list-style-type: none"> Realizar en análisis en cada país y asumir la pertenencia y factibilidad de la utilización de definiciones de caso propuestas por OPS 	Un año de plazo	Responsable: cada país	OPS
III. Estudios multicéntricos	<ul style="list-style-type: none"> Definiciones de las poblaciones vulnerables. Propuestas de grandes líneas para los estudios multicéntricos Realizar estudios multicéntricos en poblaciones de poblaciones más expuestas Decisión política de 8va Ronda para presentar propuesta de la sub-región andina al Fondo Global Propuesta de realizar estudios en poblaciones vulnerables debe además incluir estudios de resistencia a los antirretrovirales 	Para Junio 2008	Responsable: cada país	Responsable: cada país
IV. Indicadores de alerta temprana:	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar indicadores de alerta temprana a los planes subregionales Plan de monitoreo, estimaciones y proyecciones en la propuesta para el Fondo Global. 	Un año de plazo	Responsable: Comité Técnico Regional.	Responsable: Comité Técnico Regional.
V. Reuniones nacionales de consenso	Objetivo: lograr acuerdo sobre la denominación oficial de las sub-poblaciones más expuestas	Un año de plazo	Responsable: cada País	Responsable: cada País

Acuerdos Finales

Sobre las estimaciones del VIH

- Es una necesidad que los países reciban mayor asistencia técnica para realizar las estimaciones. Esto incluye orientación metodológica, orientación estadística, implementar los estudios (que cada país haga dos o tres estudios en dos o tres años), que sean sólidos metodológicamente, que se estudien mejor los patrones epidémicos, especialmente aquéllos que son similares para varios países o para toda la región, de tal manera que la información sea metodológicamente comparable con la producida en los otros países de la región y contar con indicadores armonizados que sirvan para comparar la situación de la epidemia en la región con el resto de regiones.
- Se requiere apoyo técnico para la elaboración de instrumentos de evaluación comparativa de las poblaciones en estudio, así como para la realización de estudios como censos que brinden datos de calidad e información sobre las características del comportamiento de estas poblaciones.
- Se aspira a que los estudios incluyan prevalencia de VIH, ITS, y comportamientos de riesgo.
- Es importante incorporar a la población más joven (menores de 18 años, desde los 15 años o menos, según el promedio de edad de inicio sexual). Para esto, es necesario hacer abogacía en los países para modificar los marcos jurídicos que limitan el acceso de los adolescentes al tamizaje de VIH, condones, y otros servicios de salud reproductiva.
- RDS, TLS, Bola de nieve y datos de los mismos servicios de salud constituyen formas y métodos posibles para relevar información sobre prevalencia de poblaciones más expuestas. Existen países, como es el caso de Brasil que ha tenido la posibilidad de implementar estudios utilizando TLS y RDS. En consecuencia se propuso que ambas metodologías fueran comparadas a fin de que estos resultados sean de utilidad para la región.
- Es necesario promover que cada país identifique cuáles son sus necesidades de investigación, y recursos disponibles.
- Se requiere que la cooperación técnica contribuya a facilitar el contacto entre los países para intercambiar/ganar experiencia y promover estudios multicéntricos para el año 2010.
- Para definir el tamaño de las poblaciones más expuestas, existen metodologías como por ejemplo los censos, captura-recaptura, método multiplicador, entre otras; también se puede incluir el RDS (*Respondent-Driven Sampling*) o el TLS (*Time Location Sampling*). Se indicó que esta última ha generado resultados satisfactorios en estudios en HSH.
- Se identificó como una necesidad ajustar los valores que utiliza el Spectrum en sus estimaciones para que reflejen mejor la realidad y proyección de la epidemia en Latinoamérica. Se citó como ejemplo las discrepancias encontradas entre los datos de mortalidad por VIH de algunos países de la región con los que arroja el Spectrum, los datos referidos a niños viviendo con VIH, o las diferencias que habrían entre los comportamientos nacionales y sub- nacionales de la epidemia. OMS ha ofrecido trasladar esta inquietud de la región al equipo que desarrolla el método de estimación Spectrum.

Sobre la definición de caso avanzado de VIH

- La estandarización de la definición de CASO en la región requiere procesos previos de acuerdo y consenso a nivel de país sobre una definición única de CASO. Este consenso requiere:

A corto plazo:

- Un acuerdo entre las perspectivas de los epidemiólogos y clínicos
- Fortalecer la capacidad diagnóstica en el país
- Reforzar la capacitación de los profesionales de la salud.
- Realizar diagnósticos de la situación de la notificación, la vigilancia de la epidemia, y los servicios en los países.
- Mejorar los sistemas de información de los países
- Desarrollar estudios de fármaco-resistencia

A largo plazo:

- Estandarizar a nivel regional la definición que utilizan los países.

Sobre la vigilancia epidemiológica e investigación en VIH

- El involucramiento de las organizaciones de poblaciones vulnerables en la realización de estudios con poblaciones más expuestas, porque además de contribuir a enriquecer el estudio e incorporar la perspectiva de derechos humanos, ayuda a generar un acercamiento de los servicios a las poblaciones meta, lo que puede llegar a tener un impacto tanto en la tasa de rechazo en el muestreo de los estudios como en lo referente a incrementar la cobertura del tamizaje.
- En los estudios con trabajadoras sexuales se debe incluir a los clientes.
- Los trabajadores sexuales hombres son diferentes de TS mujeres y diferentes de TS trans. Los estudios deben incluir y diferenciar estas sub-poblaciones.
- La OMS y la OPS han ofrecido asistir a los países socializando las guías actualizadas para la estimación de poblaciones más expuestas y generando espacios virtuales para la difusión e intercambio de conocimientos.
- Se deberían hacer estudios multicéntricos, en países con el apoyo de las agencias de cooperación
- Se requiere asistencia técnica para:
 - Elaboración de instrumentos para las investigaciones a fin de que las investigaciones sean comparativas.
 - Diseminación de las investigaciones realizadas.
 - Fortalecimiento de la cooperación Sur-Sur para mejorar el manejo clínico, la vigilancia de la epidemia y el sistema de información.

ANEXOS



Anexo 1

Lista de Participantes

ARGENTINA

Adriana Basombrío

Dirección Coordinación SIDA
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Teléfono: 54-11-74478745
Correo electrónico: abasombrio@yahoo.com.ar

Gabriela de la Iglesia

Oficial de Monitoreo y Evaluación, ONUSIDA, Argentina
Teléfono: 54-11-43142376
Correo electrónico: DelaiglesiaG@unaid.org

Liliana Orellana

Representante Dirección Nacional de SIDA e ITS, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina
Teléfono: 54-11-49580488
Correo electrónico: lilianacorellana@gmail.com

Elena Reynaga

Red Latinoamericana de trabajadoras sexuales, Argentina
Correo electrónico: nacional@ammar.org.ar

Diana Rossi

Panelista Invitado (Asociación Civil), Argentina
Teléfono: 54-11-49547272
Correo electrónico: drossi@intercambios.com.ar

Dr. Marcelo Vila

Punto Focal de VIH, OPS, Argentina
Correo electrónico: vilamarc@arg.ops-oms.org

BRASIL

Maria Fernanda Alvim

Técnica del Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud, Brasil
Teléfono: 55-61-34488168 / 55 61 34488036
Correo electrónico: Fernanda.alvim@aids.gov.br

Rubén Edgardo Figueroa

Punto Focal de VIH, OPS, Brasil
Teléfono: 55-61-32519523
Correo electrónico: ruben@bra.ops-oms.org

Thaísa Lima

Técnica del Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud, Brasil

Teléfono: 55-61-34488019

Correo electrónico: Thaisa.lima@aids.gov.br

BOLIVIA**Juan Pablo Protto**

Punto Focal ONUSIDA, Bolivia

Teléfono: 59-1-2412465

Correo electrónico: jprotto@unfpa.org.bo

Ronny Rossel

Jefe del Programa Nacional de SIDA, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia

Correo electrónico: ronnyrossel@hotmail.com

COLOMBIA**Ricardo García**

Oficial de País de ONUSIDA, Colombia

Teléfono: 57-6467000 Ext. 332

Correo electrónico: garciar@unaids.org

Luis Angel Moreno

Representante Programa Nacional de Sida, Ministerio de Protección Social, Colombia

Teléfono: 57-1-330 5000 Ext. 1418

Correo electrónico: lmoreno@minproteccionsocial.gov.co

Rafael Pardo

Punto Focal de VIH, OPS, Colombia

Correo electrónico: pardoraf@col.ops-oms.org

Roberto Sempértegui

Consultor Información en Salud, Colombia

Teléfono: 57-4889000

Correo electrónico: rsempert@col.ops-oms.org

Martha Lucía Rubio

Asesora en VIH/Sida, UNFPA, Colombia

Correo electrónico: rubio@unfpa.org

Carolina Villalba

Representante de Epidemiología, Ministerio de Protección Social, Colombia

Teléfono: 57-312 44 322 46

Correo electrónico: cvillalba@ins.gov.co

CHILE

Carlos Beltrán

Asesor de CONASIDA, Chile
Correo electrónico: cabel@vtr.net

Maritza García

Representante Epidemiología, Ministerio de Salud, Chile
Teléfono: 56-2-5740113
Correo electrónico: Maritza.garcia@minsal.cl y hzúñiga@minsal.cl

Edith Ortiz

Coordinadora Ejecutiva de CONASIDA, Chile
Teléfono: 56-2-630067
Correo electrónico: eortiz@minsal.gov.cl

Luis Toro

Punto Focal de VIH, OPS, Chile
Correo electrónico: torol@chi.ops-oms.org

ECUADOR

Orlando Montoya

Fundación Ecuatoriana Equidad, Ecuador
Teléfono: 593-9-9736959
Correo electrónico: omontoya@equidadecuador.org

Kristina Morales

UNICEF, Punto Focal de ONUSIDA, Ecuador
Correo electrónico: kmorales@unicef.org

José Muñoz

Representante Programa Nacional de SIDA, Ministerio de Salud Pública, Ecuador
Teléfono: 22303170
Correo electrónico: epidguayas@yahoo.com

Celia Riera

Punto Focal de VIH, OPS, Ecuador
Teléfono: 98886260
Correo electrónico: celriera@ecu.ops-oms.org

PARAGUAY

Beatriz Cohenca

Representante Programa Nacional de Control de ITS / SIDA, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay
Teléfono: 59-5-21245700
Correo electrónico: Betty_cohenca@yahoo.com

Margarita Ferreira

Punto Focal de VIH, OPS, Paraguay

Teléfono: 62-1-450495

Correo electrónico: ferreirama@par.ops-oms.org

María Vera

Representante Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

Teléfono: 59-5-21204604

Correo electrónico: veragmaria@hotmail.com

PERU**Jorge Alarcón**

Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima

Teléfono: 51 1 6197000 Ext. 4407

Correo electrónico: joav06@gmail.com

Ronald Alvarez

Movimiento Homosexual de Lima

Teléfono: 51 1 3322945 - 3322562

Correo electrónico: ralvarez@mhool.org.pe

Pablo Anamaría

Coordinador, AID for AIDS – Observatorio Latino, Perú

Teléfono: 51-1-991980125

Correo electrónico: pablo.anamaria@aidforaids.org

Luis Beingolea

Coordinador de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica, ORAS - CONHU, Perú

Teléfono: 51 1 2210074 / 440 9285 / 4226862

Correo electrónico: lbeingolea@conhu.org.pe

José Best

Coordinador Nacional de Salud, Instituto Nacional Penitenciario, Perú

Teléfono: 51-1-996293694

Correo electrónico: jgbest2002@yahoo.com

José Luis Bolarte

Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, Perú

Teléfono: 51-1-998664674

Correo electrónico: jbolarte@dge.gob.pe

Patricia Bracamonte

Oficial de Monitoreo y Evaluación

ONUSIDA PERU

Telefono: 51 1 213-3200 Anexo 2216

Correo electrónico: bracamontep@unaids.org

Silvia Bustamante

Punto Focal VIH/Sida, OIT, Perú

Teléfono: 51 1 9-9943-1475

Correo electrónico: sbustamante@oit.org

César Cárcamo

Miembro de la Unidad de Epidemiología, ETS y VIH, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Teléfono: 51 1 3190028

Correo electrónico: carcamo@u.washington.edu

Carlos Cáceres

Profesor Principal, FASPA, UPCH, Perú

Director, Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano

Teléfono: 51-1-203 3300

Correo electrónico: ccaceres@upch.edu.pe

Fernando Cisneros

Secretario Ejecutivo de CONAMUSA, Perú

Teléfono: 51 1 3156600 Anexo 2356

Correo electrónico: fcisneros@minsa.gob.pe

Fernando Gonzales

Oficial de Programas, OPS, Perú

Teléfono: 51 1 3195731

Correo electrónico: fgonzale@per.ops-oms.org

Olivier Gregoire

Oficial de Programa

ONUSIDA PERU

Teléfono: 51 1 213-3200 Anexo 1802

Correo electrónico: gregoireo@unaid.org

Juan Guanira

Investigador INMENSA, Perú

Teléfono: 51 1 2423072

Correo electrónico: jguanira@inmensa.org

Luc Frejacques

Médico, Comité Internacional de la Cruz Roja, Perú

Teléfono: 51-1-997584028

Correo electrónico: lima.lim@icrc.org

Lourdes Kusunoki

Consultora, ORAS – CONHU, Perú

Teléfono: 51 1 221 0074 / 440 9285 / 4226862

Correo electrónico: lkusunoki@conhu.org.pe y lkusunoki@hotmail.com

Javier Lama

Investigador, INMENSA, Perú
Teléfono: 51 1 242-3072 / 441-3993 Anexo 207
Correo electrónico: jlama@inmensa.org

Rubén Mayorga

Coordinador para Perú, Ecuador y Bolivia, ONUSIDA, PERU
Teléfono: 51 1 2133200 Anexo 1801
Correo electrónico: mayorgar@unaids.org

Walter Mendoza

Oficial Encargado de Población y Desarrollo, UNFPA
Teléfono: 51 1 2261026
Correo electrónico: mendoza@unfpa.org

Carmen Murguía

Asesora en VIH, UNFPA, Perú
Teléfono: 51-1-2261026
Correo electrónico: murguia@unfpa.org.pe

José Pajuelo

Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo Humano, FASPA, UPCH, Perú
Teléfono: 51-1-2418334
Correo electrónico: 02539@upch.edu.pe

Tula Pebe

Médico, Comité Internacional de la Cruz Roja, Perú
Teléfono: 51-1-991485786
Correo electrónico: tulapebe@gmail.com

Mónica Pun

Coordinadora del Grupo Temático De Vigilancia y Evaluación de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, Perú
Teléfono: 51 1 4335859 extensión 129
Correo electrónico: mpun@dge.gob.pe

Gustavo Rosell

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH/SIDA, Ministerio de Salud, Perú
Teléfono: 51 1 3156600 Anexo 2341
Correo electrónico: grosellda@yahoo.es

José Luis Sebastián

Coordinador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual ITS y VIH/SIDA, Ministerio de Salud, Perú
Teléfono: 51 1 3156600 Anexo 2341
Correo electrónico: jsebastian@minsa.gob.pe

Mario Tavera

Oficial de Salud, UNICEF Perú

Teléfono: 51-1-2130707

Correo electrónico: mtavera@unicef.org

Ximena Salazar

Coordinadora General, Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo Humano

FASPA UPCH, Perú

Teléfono: 51-1-203 3300

Correo electrónico: 16570@upch.edu.pe

Jorge Sanchez

Presidente, Investigaciones Médicas en Salud, INMENSA, Perú

Teléfono: 51 1 265-8542 / 0051 1 242-3072

Correo electrónico: jsanchez@impactaperu.org

Eddy Segura

Investigador Asociado, FASPA, UPCH

Teléfono: 51-1-2416929

Correo electrónico: 03929@upch.edu.pe

Victor Suarez Moreno

Coordinador del Laboratorio e Infecciones Intrahospitalarias y Entéricas, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Perú

Teléfono: 51 1 4719920

Correo electrónico: vjsuarez@yahoo.com

Luis Suárez Ognio

Asesor de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, Perú

Teléfono: 51-1-991866705

Correo electrónico: lsuarezo@gmail.com

Mario Valcárcel

Asesor del Área de Epidemiología y Control de Enfermedades, OPS, Perú

Teléfono: 51 1 3195700

Correo electrónico: valcarc@paho.org

Marianella Villalta

Punto Focal VIH/Sida, UNICEF, Perú

Teléfono: 51 1 2130707 Anexo725

Correo electrónico: mvillalta@unicef.org

Angela Villón

Presidenta de la Asociación de Trabajadoras Sexuales Miluska Vida y Dignidad, Perú

Teléfono: 0051 1 388-6497

Correo electrónico: miluskavidaydignidad@yahoo.es y angelavillon@yahoo.es

URUGUAY

Rubén Berriolo

Representante Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Uruguay
Correo electrónico: rberriolo@msp.gob.uy

Gustavo Delgado

Punto Focal de VIH, OPS, Uruguay
Teléfono: 7073590
Correo electrónico: delgadog@uru.ops-oms.org

María Luz Osimani

Directora del Programa Prioritario Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, Ministerio de Salud Pública, Uruguay
Teléfono: 59-8-2-4088296
Correo electrónico: mlosi@adinet.com.uy

Rubén Torres

Punto Focal de VIH, OPS, Uruguay
Teléfono: 59-82-7073590
Correo electrónico: torresru@uru.ops-oms.org

VENEZUELA

Amanda Alvarez

Representante del Gobierno, Venezuela
Teléfono: 0212 4080051 / 0414 569 8590
Correo electrónico: Amalvarez0273@hotmail.com , aalvarez@mpps.gob.ve

Julio Cordova

Adjunto al Director General de Epidemiología, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela
Teléfono: 58 212 4080000
Correo electrónico: jcordova@msds.gob.ve

Daysy Matos

Coordinadora del Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela
Teléfono: 58-22-12 408 0637
Correo electrónico: dmatos@mpps.gob.ve, deisymatos@gamil.com

Miriam Morales

Representante Epidemiología, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela
Teléfono: 58-21-24080193 / 58-414-2479448
Correo electrónico: gestionsaludpublica@yahoo.com , miriamor@yahoo.com

Soledad Pérez

Punto Focal de VIH, OPS, Venezuela

Teléfono: 58-21-22065051 / 58-41-66203789

Correo electrónico: soledad@ven.ops-oms.org

ONUSIDA (sede regional / internacional)

Rob Lyerla

Gerente Geográfico de Enlace, ONUSIDA, Suiza

Teléfono: 041 227914750

Correo electrónico: lyerlar@un aids.org

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (sede regional / internacional)

Mónica Alonso

Experto Asociado, OMS/OPS, USA

Teléfono: 1-202-9743954

Correo electrónico: alonsomon@paho.org

Bertha Gómez

Asesora del Programa Sub-regional del Area Andina en VIH-SIDA, OMS/OPS, Colombia

Teléfono: 571 314 4141

Correo electrónico: gomezber@col.ops-oms.org

Jesús María García Calleja

Epidemiólogo, OMS/OPS, Suiza

Correo electrónico: callejaj@who.int

Donald Sutherland

International Public Health Division, OMS/OPS, Canadá

Correo electrónico: Donald_sutherland@phac-aspc.gc.ca

Anexo 2 Programa del Taller

Primer Día: 15 de Abril de 2008

Hora	Temario y Responsables / Panelistas
08:30 - 09:00	Inscripción de los participantes ONUSIDA Sub-Región Andina
09:00 - 09:30	Apertura, palabras de bienvenida y objetivos de la reunión Dr. Hernán Garrido Lecca Ministro de Salud del Perú Sr. Jorge Chediek Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en el Perú Dr. Oscar Feo Secretario Ejecutivo ORAS-CONHU
09:30 - 10:00	Presentación del programa y explicación de la metodología de trabajo Dra. Lourdes Kusunoki Facilitadora
10:00 - 10:30	Presentación y expectativas de los participantes Dra. Lourdes Kusunoki Facilitadora
10:30 - 11:00	Descanso - café
11:00 - 11:45	Una mirada a los sistemas de vigilancia, producción y análisis de información estratégica Dr. Robert Leerla Jefe de equipo del área de Epidemiología y análisis del Impacto, ONUSIDA Dra. Gabriela De la Iglesia / Patricia Bracamonte ONUSIDA
11:45 - 13:00	Panel 1 Estimación de tamaños poblacionales de grupos más expuestos Experiencia de Colombia Dr Luis Angel Moreno Ministerio de Protección Social Experiencia de Uruguay Dr. Rubén Berriolo Ministerio de Salud Moderador: OPS
13:00 - 14:30	Almuerzo

14:30 - 16:00	<p>Panel 2 Situación del VIH en la población de HSH y subpoblaciones de mayor vulnerabilidad (población trans). Avances, tendencias y necesidades de fortalecimiento en la producción de información estratégica</p> <p>Experiencia de Bolivia Dr. Ronny Rossel Ministerio de Salud y Deportes</p> <p>Experiencia de Uruguay Dr. Rubén Berriolo Ministerio de Salud</p> <p>Moderador: ORAS</p>
16:00 - 16:15	Descanso - café
16:15 - 17:45	<p>Panel 3 Situación del VIH en la población de TS. Avances, tendencias y necesidades de fortalecimiento en la producción de información estratégica</p> <p>Experiencia de Argentina Elena Reynaga Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales</p> <p>Experiencia de Colombia Dr. Luis Angel Moreno Ministerio de Protección Social</p> <p>Moderador: ONUSIDA</p>

Segundo Día: 16 de Abril de 2008

08:30 - 09:00	Resumen del día anterior País voluntario
09:00 - 10:10	<p>Panel 4 Situación del VIH en la población privada de la libertad. Avances, tendencias y necesidades de fortalecimiento en la producción de información estratégica</p> <p>Experiencia de Perú Dra. Mónica Pun Ministerio de Salud</p> <p>Experiencia de Venezuela Dra. Daysi Matos Ministerio de Salud</p> <p>Moderador: OPS</p>
10:10-10:30	Descanso - café
10:30-11:40	<p>Panel 5 Situación del VIH en la población usuaria de drogas. Avances, tendencias y necesidades de fortalecimiento en la producción de información estratégica</p> <p>Experiencia de Argentina Diana Rossi, Intercambios Asociación Civil)</p> <p>Experiencia de Perú Dr. Carlos Cáceres / Ximena Salazar Universidad Peruana Cayetano Heredia</p> <p>Moderador: ONUSIDA</p>

11:40 – 13:00	Trabajo de grupos
13:00 - 14:00	Almuerzo
14:00 – 15:00	Sesión plenaria acerca de los trabajos en grupos
15:00 - 16:00	Vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales e indicadores de alerta temprana Dr. Donald Sutherland OPS International Public Health Division/Division des affaires International Public Health. Agency of Canada/ Agence de Santé Publique du Canada
16:00 - 16:15	Descanso – café
16:15 - 17:45	Panel 6 Situación del VIH en los jóvenes. Avances, tendencias y necesidades de fortalecimiento en la producción de información estratégica Experiencia de Perú Dr. César Cárcamo PREVEN, Universidad Peruana Cayetano Heredia Experiencia de Colombia Dr. Luis Angel Moreno Ministerio de Protección Social Moderador: ONUSIDA

Tercer Día: 17 de Abril de 2008

08:00 – 09:30	Hacia la armonización de la definición de “Caso” en la vigilancia y el monitoreo Dr. Jesús María Calleja OMS Moderador: ONUSIDA
09:30 – 10:00	Evaluación de Impacto del tratamiento Antirretroviral. Estudio de Cohorte Chilena Dr. Carlos Beltrán Asesor de CONASIDA, Ministerio de Salud, Chile
10:00 - 10:15	Descanso - café
10:15 – 11:15	Panel 7 Situación del VIH en la población general y la transmisión vertical del VIH a través de la vigilancia en gestantes. Avances, tendencias y necesidades de fortalecimiento en la producción de información estratégica Experiencia de Perú Dra. Mónica Pun Ministerio de Salud Experiencia de Argentina Dra. Liliana Orellana / Dra. Adriana Basombrió Ministerio de Salud Moderador: OPS

12:00 – 13:00	<p>Conoce tu epidemia: Reflexiones finales sobre la situación y perspectivas para la información estratégica referida al VIH en la Región</p> <p>Dra Mónica Alonso Regional Advisor for HIV, Strategic information, OPS</p> <p>Ronald Alvarez Movimiento Homosexual de Lima – MHOL</p> <p>Pablo Anamaría Observatorio Latino</p> <p>Modera: facilitadora</p>
13:00 - 14:30	Almuerzo
14:30 - 16:00	<p>Trabajo Grupal: Conclusiones, pasos a seguir y acuerdos finales</p> <p>Facilita: Comisión de representantes de países seleccionada para trabajar los acuerdos finales</p>
16:00 - 16:30	<p>Clausura del evento</p> <p>Sr. Jorge Chediek, Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en el Perú</p> <p>Dr. Jesús María Calleja Epidemiología, OMS</p> <p>Dr. Robert Lyerla Jefe de equipo del Área de Epidemiología y Análisis del Impacto, ONUSIDA</p> <p>Dr. Ruben Mayorga Coordinador de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia</p>

Esta memoria se termino de imprimir
en los talleres Graficos de



Luisa Beausejour 2444 Urb. Chacra Rios, Lima
Central Telef. 3367144 / 3366578