

DIAGNÓSTICO SOBRE POLÍTICAS Y SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE VIH PARA POBLACIONES CLAVE EN AMÉRICA LATINA





Autor:

Este documento fue preparado por Alfonso Silva-Santisteban

Coordinación general:

Shirley Eng

Revisión técnica:

Gabriela de la Iglesia

Shirley Eng

Carlos Falistocco

Marjolein Jacobs

Rafael Mazín

Diseño y Diagramación:

Celina Hernández

DIAGNÓSTICO SOBRE POLÍTICAS Y SERVICIOS
DE PREVENCIÓN DE VIH PARA POBLACIONES
CLAVE EN AMÉRICA LATINA

ÍNDICE

1. Contexto actual de la respuesta al VIH	7
2. Metodología para la recolección y análisis de la información	10
3. Contexto epidemiológico: estado de la epidemia en poblaciones clave	13
3.1 Estudios con el modelo modos de transmisión	17
4. Facilitadores críticos: legislación sobre población clave y contexto de vulnerabilidad	20
4.1 Influencia de grupos religiosos en la prevención	23
4.2 Limitaciones legales en adolescentes	23
4.3 Vulnerabilidad en mujeres trans	23
4.4 Vulnerabilidad en usuarios de drogas	24
4.5 Impacto de la legislación sobre identidad de género y abordaje de la inclusión social: el caso de Argentina y Uruguay	25
5. Acceso a los programas de prevención y atención en la región	27
5.1 La cascada de la atención	30
6. Estrategias de prevención en poblaciones clave	32
6.1 Servicios de diagnóstico y tratamiento de ITS para población clave	35
6.2 Distribución de preservativo y lubricantes	38
6.3 Prevención basada en antirretrovirales	40
6.4 Salud, Dignidad y Prevención Positiva	40
6.5 Limitaciones de la estrategia de centros de salud para población clave	41
6.6 Alternativas para mejorar el acceso a servicios	43
6.6.1 Adecuación de los servicios a las necesidades de la población	43
6.6.2 Participación comunitaria e iniciativas de la sociedad civil	45
6.6.3 Aproximación comunitaria a la prueba	47
6.6.4 Unidades móviles para diagnóstico del VIH	47
6.6.5 Alianza con organizaciones de la sociedad civil para aumentar el acceso a la prueba	48
6.6.6 Implementación de pruebas rápidas	49
6.7 Estrategias para usuarios de drogas	50
6.8 Estrategias para personas privadas de libertad	51
7. Prevención en poblaciones clave: enfoque de control vs. prevención combinada	53
8. Brechas y retos para la implementación de las recomendaciones internacionales sobre prevención combinada	57

9. Conclusiones	60
10. Recomendaciones	63
Apéndice 1: Referencias de la Tabla 2 sobre prevalencias en población clave en la región	67
Anexo 1: Guía de Entrevista para Informantes Clave	70
Anexo 2: Taller sobre Uso de PrEP como estrategia de prevención del VIH para mujeres trans en América Latina	71

PREFACIO

El **Diagnóstico sobre políticas y servicios de prevención de VIH para poblaciones clave en América Latina** es un análisis regional de estrategias de prevención combinada del VIH enfocadas en las poblaciones clave. Destaca los logros alcanzados y los retos que aún persisten, y facilitará las acciones a seguir para ponerle fin a la epidemia de sida para 2030.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y Sida (ONUSIDA) ha propuesto metas globales ambiciosas de prevención del VIH: reducir las nuevas infecciones a menos de 500,000 para el 2020, y menos de 200,000 para el 2030. Este informe busca analizar las buenas prácticas, los modelos de implementación de los servicios de prevención, e identificar las oportunidades para que nuevas tecnologías como la profilaxis pre-exposición (PrEP), puedan contribuir a alcanzar esas metas.

América Latina es la región líder en la ampliación de la cobertura de tratamiento antirretroviral, pero esto no es suficiente para detener el crecimiento de la epidemia en la región. Para ello es necesario disminuir el número de nuevas infecciones acelerando los esfuerzos de prevención. Hay que abordar los obstáculos identificados como son, entre otros, el asegurar el acceso a la prueba y consejería y a los servicios integrales de salud diferenciados para las poblaciones clave.

Acabar con la epidemia de sida en América Latina para 2030 es posible, pero solo si logramos que las poblaciones clave, los jóvenes y las personas más afectadas por el VIH, no sean dejadas atrás. Por lo tanto se requiere la inversión inteligente de los recursos en la implementación de intervenciones de prevención basadas en evidencia y especialmente cerrar la brecha al acceso a servicios de prevención, tratamiento, y atención que tienen las poblaciones más afectadas por el VIH debido al estigma y la discriminación, pobreza y violencia basada en género a la que están expuestas.



Dr. César Antonio Núñez
Director Regional
ONUSIDA
América Latina



1. CONTEXTO ACTUAL DE LA RESPUESTA AL VIH

El presente documento busca analizar las respuestas nacionales al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) enfocadas en población clave de la región en el marco de las estrategias de prevención combinada.

La prevención combinada se define como: “el uso estratégico y simultáneo de diferentes clases de actividades de prevención (biomédicas, de comportamiento, sociales/estructurales) que operan en múltiples niveles (individual, interpersonal, comunitario, social), para responder a necesidades específicas de poblaciones particulares y modos de transmisión del VIH, y para hacer más eficiente el uso de recursos a través de la priorización, asociación, e involucramiento de las comunidades afectadas”¹. Dado el contexto público de las respuestas nacionales, entendemos que la prevención combinada debe formar parte de las políticas de los estados y debe tener un carácter multisectorial además de tener un enfoque multidisciplinario.

Por otro lado, las respuestas nacionales deben hacer un uso eficiente de los recursos disponibles. En tal sentido, el marco de inversión (Schwartländer 2011)² propone un enfoque estratégico para la respuesta mundial al VIH. Se fundamenta en la evidencia de actividades con impacto comprobado en el ámbito de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. El objetivo de este marco consiste en facilitar una utilización estratégica y definida de recursos en un contexto de disminución de fondos de cooperación. El marco tiene como componentes: i) actividades de programación básicas, ii) habilitadores esenciales y iii) sinergias con sectores de desarrollo.

Las estrategias de prevención en población clave deben enfocarse en evitar nuevas infecciones y en asegurar la detección temprana de individuos seropositivos y su inclusión en los servicios de atención y tratamiento para asegurar que alcancen y mantengan supresión viral completa y sostenida. Este último sigue el continuo de la atención (o “cascada del tratamiento”), un modelo desarrollado por Gardner y colaboradores en Estados Unidos (EE.UU.)³ para identificar los obstáculos y oportunidades relacionadas a la mejora de la provisión de servicios en personas viviendo con VIH. Este modelo permite identificar la proporción de la población viviendo con VIH que conoce su diagnóstico, la que está vinculada a los servicios y la que accede a tratamiento, lo cual facilita la identificación de brechas en la provisión de servicios. En los últimos años el uso de este modelo ha sido difundido entre los programas de VIH de la región.


1 Traducido de: UNAIDS Prevention Reference Group definition. From UNAIDS Taxonomy of HIV Prevention Activities. Discussion draft for UNAIDS HIV Prevention Reference Group meeting. 2009 March 2–4;

2 Schwartländer Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2031-41

3 Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis* 2011;52: 793–800.

4 Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra 2014. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las *Directrices unificadas sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por VIH en Poblaciones Clave*⁴. Este documento integra el uso de nuevas estrategias de prevención (como profilaxis pre-exposición (PrEP por su sigla en inglés) o tratamiento como prevención), con el uso de estrategias para cambios de comportamientos de riesgo, aumento del acceso a la prueba de VIH, integración de servicios de salud, participación comunitaria y desarrollo de entornos legales favorables para la integración social de las poblaciones clave. El presente análisis tiene como objetivo hacer un diagnóstico de las estrategias de prevención empleadas por los países de América Latina, con el fin de evaluar su impacto, sus limitaciones, rescatar las buenas prácticas y evaluar las condiciones para implementar nuevas estrategias disponibles.



2. METODOLOGÍA PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La elaboración de este informe recogió datos de las siguientes fuentes:

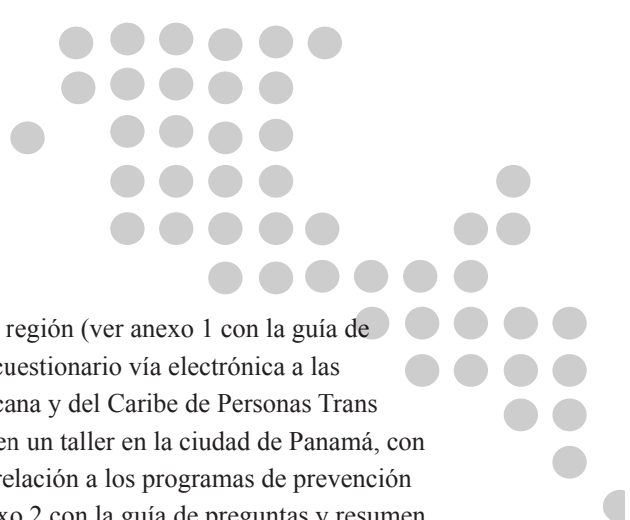
Revisión de Informes Nacionales de Progresos en la Respuesta al VIH y Planes Estratégicos Nacionales: Los informes de progresos documentan los estados actuales de la epidemia en los países (GARPRs por su sigla en inglés), así como los esfuerzos nacionales de prevención en grupos clave incluyendo el acceso y cobertura de servicios y programas. Estos documentos permiten obtener un panorama general de la epidemia y la respuesta en los países. Por otro lado, los Planes Estratégicos Nacionales (PEN) son documentos de políticas públicas que permiten analizar el enfoque de la respuesta de manera intersectorial, incluyendo aspectos estructurales de la prevención como el entorno legal y el acceso a derechos sociales, más allá del derecho a la salud.

Documentos, informes técnicos y reportes: Se incluyó documentación encontrada en la búsqueda por internet o a través de informantes clave (ver más abajo): documentos de trabajo, evaluaciones, investigaciones, reportes de proyectos, entre otros que aporten información sobre el estado de la prevención o de estrategias exitosas de prevención para población clave en la región. Las fuentes de información provinieron del sistema de Naciones Unidas (Organización Panamericana de la Salud (OPS), ONUSIDA, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas) y documentos de instituciones públicas de los distintos países.

Repositorios de información científica: se utilizó las bases Pubmed, BioMed Central y LILACS para identificar publicaciones que documenten intervenciones o programas de prevención en población clave de la región, así como investigaciones que provean información sobre el estado de la epidemia en estos grupos. La revisión incluyó un protocolo de búsqueda cuyos términos abarcaron estudios relacionados a la prevención de VIH en población clave⁵ (hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans, mujeres trabajadoras sexuales (MTS), personas privadas de libertad y usuarios de drogas). La información extraída comprendió estudios cuantitativos y cualitativos, así como artículos de revisión para contextualizar la información recogida.

Entrevistas con informantes clave: la información recogida se complementó con entrevistas semi-estructuradas a informantes claves de la región que proporcionaron información sobre intervenciones o programas de prevención dirigidos a la población clave que hayan resultado exitosos y puedan ser


⁵ Los términos «población clave» o «población clave de mayor riesgo de exposición al VIH» se refieren a aquella parte de la población que tiene más probabilidad de estar expuesta al VIH o de transmitirlo, por lo que su participación es fundamental de cara a obtener una respuesta de éxito frente al VIH; es decir, es clave en la epidemia y en la búsqueda de una respuesta para la misma. Fuente: <http://onusida-latina.org/images/DOCUMENTOS/regional/Orientaciones%20Terminologicas.pdf>



incluidos como buenas prácticas en la región (ver anexo 1 con la guía de preguntas). Asimismo, se entregó un cuestionario vía electrónica a las representantes de la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (REDLACTRANS) que participaron en un taller en la ciudad de Panamá, con el fin de recoger sus percepciones en relación a los programas de prevención implementados en sus países (ver anexo 2 con la guía de preguntas y resumen de la sesión del taller).

El análisis del estado de la prevención del VIH en poblaciones clave de los países de la región consideró las siguientes variables:

- Acceso y cobertura de servicios de prevención y atención: prueba de VIH, condones, estrategias de cambios de comportamiento, estrategias de información, comunicación y educación.
- Entornos legales sobre los derechos de las poblaciones clave
- Participación comunitaria en la prevención
- Funcionamiento de los servicios de atención y prevención
- Implementación de estrategias de prevención combinada y uso o disponibilidad de nuevas estrategias
- Si las estrategias implementadas se ajustan a las recomendaciones de OMS y ONUSIDA.



3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO: ESTADO DE LA EPIDEMIA EN POBLACIONES CLAVE

La tabla 1 muestra los tipos de poblaciones priorizados por los países en los reportes de progresos y documentos de planificación, como los grupos más vulnerables o donde se concentran la mayor cantidad de casos. Se ha incluido la categoría HSH/trans junta ya que en la mayoría de países se sigue abordando a estas poblaciones como una sola (excepto en Argentina, Brasil, México y Uruguay). El juntar la categoría HSH y trans dificulta el abordaje y diseño de intervenciones, ya que al asumir a estos grupos como una sola población, se dejan de lado algunas necesidades específicas y vulnerabilidades que deberían ser cubiertas por las estrategias de prevención (por ejemplo, aspectos de identidad de género o transformación corporal en la población trans).

En todos los países se describe a la población HSH, trans y de mujeres trabajadoras sexuales como poblaciones prioritarias. Sin embargo, como se podrá ver más adelante, la mayoría de estrategias y actividades de prevención se dan en las dos primeras poblaciones. Las personas privadas de su libertad y los usuarios de drogas son los grupos que siguen en el orden de prioridad, al ser listados como poblaciones clave. Las poblaciones indígenas y población migrante, aparecen como grupos vulnerables en aquellos países cuyos contextos geográficos, económicos y culturales han expuesto a estas poblaciones en riesgo para el VIH. Es importante señalar que casi todos los países describen también a la población adolescente como un grupo de alta vulnerabilidad. Sin embargo, las estrategias diseñadas para este grupo van en la línea de prevención enfocada en población general, por lo que no se incluye en la tabla.

Tabla 1: Poblaciones clave al VIH identificadas por los países de la región⁺

	HSH/trans	Trabajadores/as sexuales	Personas privadas de libertad	Usuarios de drogas*	Población indígena	Población móvil
Sudamérica						
Argentina [^]	✓	✓	✓	✓		
Bolivia	✓	✓				
Brasil [^]	✓	✓	✓	✓		
Chile	✓	✓	✓			
Colombia	✓	✓	✓	✓		
Ecuador	✓	✓	✓	✓		
Paraguay	✓	✓	✓	✓		
Perú	✓	✓	✓		✓	
Uruguay [^]	✓	✓	✓	✓		
Venezuela						
Centroamérica						
Costa Rica	✓	✓	✓		✓	
El Salvador	✓	✓	✓			
Guatemala	✓	✓	✓			
Honduras	✓	✓	✓		✓	
Nicaragua	✓	✓	✓		✓	
Panamá	✓	✓	✓			
México [^]	✓	✓		✓		

+ Planes Estratégicos Nacionales de los países

* Salvo México, el resto de países considera principalmente al grupo de usuarios de drogas ilegales no inyectables (pasta base de cocaína o crack).

[^] Países que cuentan con estrategias diferenciadas para población HSH y población trans.

La tabla 2 muestra las cifras de prevalencia de VIH para los grupos clave en la región, según lo reportado por los países en los documentos de planificación estratégica, informes de progresos o boletines epidemiológicos de los programas de VIH. Las prevalencias más altas se observan en la población trans, seguidas de la población HSH y los usuarios de drogas.

La epidemia en usuarios de drogas en Sudamérica tuvo una transición desde la transmisión por vía endovenosa en usuarios de drogas inyectables, a la transmisión sexual en usuarios de drogas no inyectables, principalmente crack

6 Shoptaw S, Montgomery B, Williams CT, et al. Not Just the Needle: The State of HIV Prevention Science among Substance Users and Future Directions. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013 July ; 63(02): S174–S178.

7 Ver apéndice I para las fuentes de los datos.

o pasta base de cocaína⁶. Las cifras de prevalencia en estos países provienen de estudios en usuarios de estas drogas, de los cuales una pequeña proporción continúa usando cocaína por vía inyectable. En México se mantiene el uso de drogas inyectables (principalmente heroína), especialmente en la zona de frontera con EE.UU.

La mayoría de casos se presentan en las capitales o ciudades más grandes de los países, lo que da cuenta del carácter urbano de la epidemia en la región.

Tabla 2: Prevalencia del VIH en población general y poblaciones clave ⁷

	Población general (15-49 años)	HSH	Trans	Trabajadores Sexuales	Usuarios de drogas	PPL
Sudamérica						
Argentina	0.4%	10.5%	33.5%	5.4%	11.9%	
Bolivia	0.2%	11.6%	20%	0.6%		
Brasil	0.5%	10.5%		4.9%	5.9%	
Chile	0.3%	20.3%		0.3%		0.5%
Colombia	0.5%	12.9%	10-18.8%	3.6%	1.9-3.8%	0-2%
Ecuador	0.4%	11.1%	31.9%	3.2%		1.3%
Paraguay	0.4%	19.1%	26%	2.2%	0.9-4.8%	0.7%
Perú	0.3%	12.4%	20.8%			
Uruguay	0.7%	9.7%	18.9%	1.3%	6.2% no-inyectables; 10.4% inyectables	2%
Venezuela	0.6%					
Centroamérica						
Costa Rica	0.2%	10.9%				
El Salvador	0.5%	10.4%	25.8%	3.1%		
Guatemala	0.6%	8.9%	23.8%	1.1%		0.7%
Honduras	0.5%	6.9-11.7%	17.2-33.3%	3.3-15.3%		
Nicaragua	0.7%	6.6%		2%		0.6%
Panamá	0.6%	19.8%	37.6%	5%		
México	0.2%	17.3%		7%	2.5%	

3.1 ESTUDIOS CON EL MODELO MODOS DE TRANSMISIÓN

El modelo Modos de Transmisión (MoT) es un modelo matemático para la estimación de la incidencia de VIH a corto plazo en grupos vulnerables, creado por una iniciativa del grupo de referencia de ONUSIDA para estimaciones, modelación y proyecciones en 2002, en colaboración con expertos mundiales en modelación de la epidemia de VIH. El modelo de incidencia utiliza información disponible sobre tamaños poblacionales, prevalencias de VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) y parámetros de comportamiento de riesgo/protección, como número anual de parejas sexuales, número de actos por pareja por año y porcentaje de actos protegidos (uso de condón o jeringas estériles) y cobertura en tratamiento. El modelo también considera la transmisión por transfusiones sanguíneas e inyecciones médicas.

El resultado principal de este modelo es la distribución porcentual de la incidencia entre los grupos vulnerables, que es interpretada como la proporción de la incidencia atribuible a cada mecanismo de transmisión o sub-población de riesgo en el periodo de un año. El ejercicio MoT es una herramienta útil y sencilla para la toma de decisiones informadas sobre la priorización de recursos e intervenciones preventivas en VIH. En América Latina, los resultados de los MoT han sido utilizados para la elaboración de Planes Estratégicos Nacionales en VIH y de notas conceptuales al Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria.

En América Latina, el modelo Modos de Transmisión ha sido aplicado en nueve países. En cada uno de estos nueve países, la población HSH es el grupo que concentra la mayor proporción de casos nuevos de VIH estimados como se puede apreciar en la tabla 3. En El Salvador se destacan las nuevas infecciones en MTS.

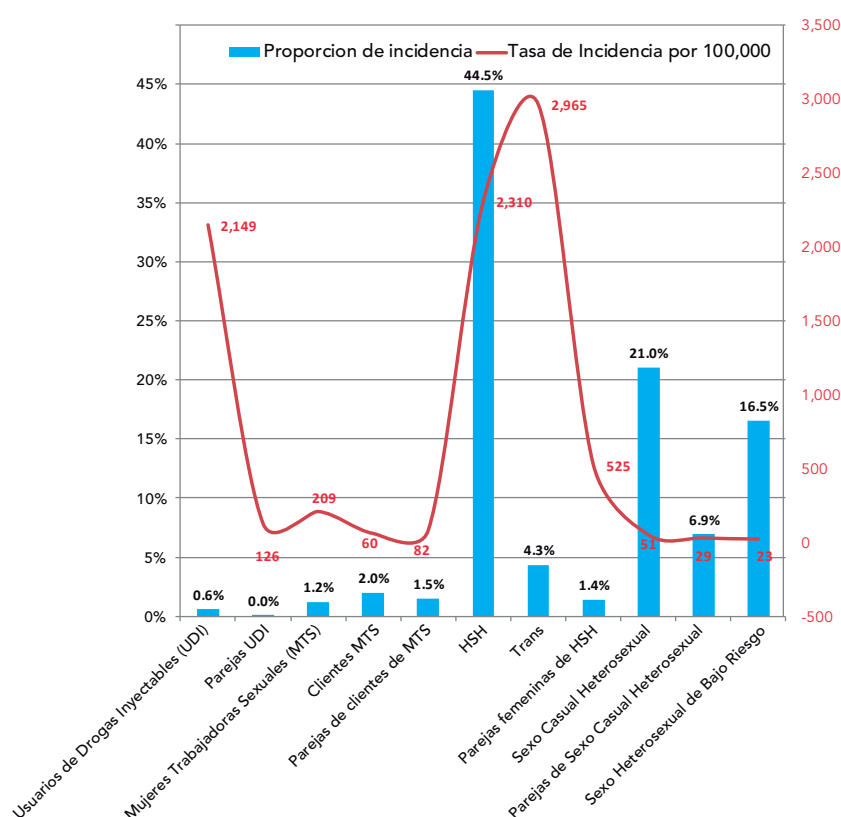
Tabla 3: Proporción de nuevos casos de VIH en población HSH, Trans y MTS en once países de América Latina*

País	Proporción estimada de nuevos casos de VIH de población HSH	Proporción estimada de nuevos casos de VIH en población Trans	Proporción estimada de nuevos casos de VIH de población MTS
Costa Rica	80.20%		0.01%
Colombia	61.50%	9.60%	0.77%
El Salvador	36.40%		7.80%
Guatemala	57.10%	2.10%	0.84%
Honduras	69.80%	3.80%	1.98%
Nicaragua	44.50%	4.30%	1.22%
Panamá	72.80%		0.16%
Paraguay	73.00%	0.80%	0.85%
Perú	55.00%		0.89%

* Estudios de Modos de Transmisión: Costa Rica, 2013; Colombia, 2013; El Salvador, 2011; Guatemala, 2012; Honduras, 2013; Nicaragua, 2012; Panamá, 2014; Paraguay, 2013; Perú, 2009.


En los cinco países que tenían datos de calidad suficientes sobre trans, ellas se destacan tanto por la proporción de incidencia esperada que por la altísima tasa de transmisión por 100,000 personas. La tasa de transmisión en población trans puede a veces superar la tasa de transmisión en HSH, como se puede evidenciar en Colombia, Guatemala y Nicaragua. Se proporciona un ejemplo en el gráfico 1.

Gráfico 1: Nicaragua. Proporción y Tasa de incidencia de diferentes segmentos de población, Modelo de transmisión 2011



En los informes de los países se reportan tasas de transmisión en usuarios de drogas inyectables (UDI). Pocos países tienen datos de VIH sobre esta población, por lo que los datos provienen de imputación de meta análisis regionales o globales. Se ha introducido a los UDI en los MoT por fines de abogacía para visibilizarlos y demostrar el impacto dramático que podría tener la introducción del VIH en esa población.

Estos modelos dan cuenta del carácter concentrado de la epidemia al evidenciar que aún en su condición de minoría, la población HSH junto con mujeres trans aporta la mayor proporción de nuevos casos de VIH en los países de la región y concentra la mayor carga de enfermedad. Refuerza además la necesidad de dirigir las estrategias de prevención a los grupos donde se generan los nuevos casos de VIH y a encarar la prevención de forma integral.



4. FACILITADORES CRÍTICOS: LEGISLACIÓN SOBRE POBLACIÓN CLAVE Y CONTEXTO DE VULNERABILIDAD

La OMS reconoce la influencia que tienen el estigma y la discriminación, la inequidad de género, la violencia, la falta de empoderamiento comunitario, la violación de derechos humanos y las leyes y políticas que penalizan el uso de drogas y las diversas formas de sexualidad e identidad de género, en la epidemia de VIH, disminuyendo la efectividad de las intervenciones⁸. El sistema de Naciones Unidas reconoce la importancia de la legislación que garantice el ejercicio de derechos de todas las personas como parte de la respuesta a la epidemia⁹. Esta legislación, además de buscar garantizar el respeto a los derechos de las personas, actúa como facilitador crítico de la prevención, al fomentar la inclusión social y con ello el acceso a salud o educación.

La tabla 4 muestra las leyes en cada país en relación a las parejas del mismo sexo, la identidad de género y la anti-discriminación.

El estado de la legislación que favorece los derechos de la población homosexual es heterogéneo en la región. Ningún país en la región latinoamericana penaliza las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Sólo Argentina, Uruguay y el D.F. de México reconocen el derecho al matrimonio de parejas del mismo sexo, sumados a Brasil, Colombia y Ecuador que reconocen las uniones civiles de estas parejas. Se debe señalar, que los cambios en la legislación nacional escapan al sector salud o a iniciativas de la sociedad civil y requieren de un compromiso político mayor en los países para impulsar estas leyes. En países como Guatemala, Panamá y Nicaragua donde las leyes que penalizaban la homosexualidad (leyes contra la sodomía) fueron derogadas en el año 2008, se espera que el avance hacia una legislación que reconozca el derecho de las parejas homosexuales sea más lento que en países del Cono Sur de Sudamérica.

Otra norma importante en el reconocimiento de los derechos de la población gay y trans son las leyes anti-discriminación que especifican la orientación sexual y la identidad de género como categorías sujetas a discriminación. La mayoría de países de Sudamérica tienen legislación que condena la discriminación por orientación sexual o la identidad de género a excepción de Perú y Paraguay. En países de Centroamérica donde no existe esta legislación se han emitido normas contra la discriminación por orientación sexual o identidad de género en sectores específicos como salud o en algunas instituciones educativas¹⁰.

8 WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, 2014. (traducción propia). Descargado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=T

9 Asamblea General de la ONU. Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf

10 Ver Informes de nacionales de progresos en la respuesta al VIH. Descargado en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries>

Tabla 4: Legislación relacionada a población clave para el VIH⁺

	Matrimonio personas mismo sexo	Unión civil personas mismo sexo	Ley de identidad de género	Ley contra Discriminación por Orientación Sexual	Ley contra Discriminación por VIH
Sudamérica					
Argentina	✓	✓	✓	✓	✓
Bolivia				✓	✓
Brasil	✓	✓	✓	✓	✓
Chile		✓		✓	✓
Colombia		✓		✓	✓
Ecuador		✓		✓	✓
Paraguay					✓
Perú					✓
Uruguay	✓	✓	✓	✓	✓
Venezuela				✓	✓
Centroamérica					
Costa Rica				✓	✓
El Salvador				✓	✓
Guatemala					✓
Honduras				✓	✓
Nicaragua				✓	✓
Panamá					✓
México	✓*	✓	✓ *	✓	✓

+ Datos de matrimonio: Los Derechos de Lesbianas y Gays en el Mundo, ILGA, 2013; <http://www.elmundo.es/america/2013/05/15/brasil/1368619221.html>

Datos de unión civil: Los Derechos de Lesbianas y Gays en el Mundo, ILGA, 2013.

Datos de ley contra discriminación por orientación sexual: Los Derechos de Lesbianas y Gays en el Mundo, ILGA, 2013; http://www.portalsida.org/Article_Details.aspx?ID=13505

Datos de ley contra discriminación por VIH: "Making the law work for the HIV response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support", disponible en: <http://www.gnpplus.net/resources/making-the-law-work-for-the-hiv-response-a-snapshot-of-protective-and-punitive-laws/>

*México D.F.

11 Ley de identidad de género en Uruguay: http://www.impo.com.uy/lenguaje_c/pdf/derecho_idgenero.pdf

12 <http://www.cronica.com.mx/notas/2014/867948.html>

13 Ley de identidad de género en Argentina: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>

Argentina, Brasil, México D.F. y Uruguay son los países de la región que cuentan con leyes de identidad de género, lo que regula el cambio del documento de identidad según el género con la persona que se identifica, para que coincida con el sexo sin necesidad de una operación de reasignación de sexo. La primera ley de este tipo en la región se dio en México D.F. en el año 2008

y requiere un proceso donde se necesita la aprobación de un juez para realizar el cambio, al igual que en Uruguay¹¹. Sin embargo, este requisito se encuentra en proceso de eliminación en México para facilitar el acceso¹². Según la ley de Argentina, no es necesaria la aprobación de un juez para realizar este cambio¹³.

4.1 INFLUENCIA DE GRUPOS RELIGIOSOS EN LA PREVENCIÓN

Algunos países (Costa Rica, Guatemala) reconocen en sus informes sobre la respuesta, el obstáculo de grupos religiosos para la prevención: ya sea a nivel de generación de leyes y políticas, movimientos de la sociedad civil, o para la implementación de programas de salud y educación sexual que consideren un enfoque de género y de diversidad sexual. En México, en la zona de frontera, los grupos religiosos obstaculizan la distribución de preservativos y se oponen a los programas de reducción de daños para usuarios de drogas inyectables¹⁴. En Perú, los grupos conservadores consiguieron eliminar la diversidad sexual e identidad de género de documentos como el Plan Nacional de Derechos Humanos¹⁵.

4.2 LIMITACIONES LEGALES EN ADOLESCENTES

La legislación sobre la edad de consentimiento de los adolescentes, constituyen una barrera en muchos países de la región, que limita el acceso a servicios de prevención y diagnóstico. Algunos países no ofrecen consejería y la prueba de VIH o servicios de anticoncepción a menores de 18 años, sin la autorización de sus padres o guardianes. Asimismo, las políticas, planes y legislaciones sobre salud de adolescentes son inconsistentes con el derecho internacional en aspectos relaciones a la orientación sexual, la identidad de género o las expresiones de género. Esto conlleva a un limitado conocimiento de los instrumentos de derechos humanos aplicables en personal de salud o justicia¹⁶. Las últimas guías de la OMS sobre VIH y adolescentes, recomiendan que los países revisen sus políticas sobre el consentimiento para acceder a los servicios, con el fin de facilitar que los adolescentes accedan a la pruebas de detección del VIH sin el consentimiento de sus padres¹⁷.

4.3 VULNERABILIDAD EN MUJERES TRANS

El contexto de vulnerabilidad al VIH en la población de mujeres trans se basa en una compleja relación de factores que van desde lo estructural, lo interpersonal y lo individual. El alto estigma y discriminación, limita las opciones de empleo para esta población, lo que hace que el trabajo sexual

14 Philbin MM, Mantsios A, Lozada R, Case P, Pollini RA, Alvelais J, et al. Exploring stakeholder perceptions of acceptability and feasibility of needle exchange programmes, syringe vending machines and safer injection facilities in Tijuana, Mexico. *Int J Drug Policy*. 2009; 20(4):329–335.

15 Diario Exitosa. Plan Nacional de Derechos Humanos no considera a comunidad LGTB. Julio 2014. <http://www.exitosadiario.pe/actualidad/plan-de-derechos-humanos-no-considera-a-comunidad-lgtb>

16 Organización Panamericana de la Salud. Barreras legislativas en la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Managua, 2014. <http://es.slideshare.net/derechoalassr/barreras-legislativas-en-la-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en-lac-lic-javier-vasquez-opswdc>

17 WHO. HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva 2013

18 Para la contextualización de la epidemia en Centroamérica: -Tallada, Joan, Aysa Saleh-Ramírez, Heather Bergmann, Jose Toro, y John Hembling. 2013. Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para La Población Trans de Panamá. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

-Tallada, Joan, Aysa Saleh-Ramírez, y José Toro. 2013. Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para La Población Trans de Guatemala. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

-Tallada, Joan, Aysa Saleh-Ramírez, y José Toro. 2013. Diagnóstico de Necesidades de Salud y Servicios Disponibles para La Población Trans de Panamá. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Ver también: -Poteat T, Wirtz A, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch MB, Khan SI, Winter S, Operario D. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet* 2014 Jul 21. pii: S0140-6736(14).

-Silva-Santisteban A, Raymond HF, Salazar X, Villayzan J, Leon S, McFarland W, Caceres CF. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: Results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS Behav.* 2012 May;16(4):872-81.

19 Stradthdee S, Magis-Rodriguez C, Mays VM, Jimenez R, Patterson TL. The Emerging HIV Epidemic on the Mexico-US Border: An International Case Study Characterizing the Role of Epidemiology in Surveillance and Response. *Ann Epidemiol.* 2012; 22(6): 426-438

20 Ministerio de Salud de Uruguay. Estudio de seroprevalencia de VIH/SIDA y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana. Montevideo, Uruguay, 2013.

21 Rossi D, Goltzman PM, Touzé GD, Ralón G. Uso de drogas y VIH: documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación. Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, 2012.

22 Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, et al. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2013 Dec 28;13:536.

23 Ver nota 16.

sea la principal actividad económica y que parte de la población viva en una situación de pobreza. El trabajo sexual se realiza principalmente en la calle, en un entorno donde es frecuente el consumo de sustancias y las situaciones de violencia o acoso por parte de las fuerzas de seguridad, los vecinos de la zona o los clientes. Las situaciones de violencia cotidiana también se reportan en el entorno de pareja. Por otro lado, el acceso a los servicios públicos se encuentra limitado por experiencias de discriminación, incluyendo el acceso a servicios de salud, donde se han documentado experiencias de acoso, humillación y negación de servicios¹⁸. Esta confluencia de factores explica las elevadas tasas de prevalencia de VIH documentadas en la región para esta población.

4.4 VULNERABILIDAD EN USUARIOS DE DROGAS

Al igual que en la población trans, la vulnerabilidad al VIH en usuarios de drogas de la región (pasta base de cocaína, crack o drogas inyectables) se asienta en la exclusión social, donde los factores estructurales o el casi nulo acceso a servicios, derivan en entornos de vulnerabilidad que influyen en las conductas de riesgo a nivel individual¹⁹. Un estudio llevado a cabo en Montevideo con 318 usuarios de pasta base de cocaína, muestra el alto grado de vulnerabilidad en que vive esta población²⁰: Prevalece un reducido acceso a educación (40% de participantes con instrucción primaria o sin instrucción). El inicio de consumo se da entre mayoritariamente entre los 12 y los 16 años. Las opciones de empleo están asociadas a condiciones de informalidad, trabajo sexual, venta de drogas, robo o hurto. Existe un limitado acceso a vivienda (27% vivió el último año en la calle) y experiencias de encarcelamiento (25% estuvo en un centro reclusorio juvenil y 34% estuvo alguna vez en prisión). La prevalencia de VIH en esta población fue de 6.3%, mientras que el 54% reportó no haberse hecho nunca una prueba de VIH. El contexto de exclusión de la población usuaria de pasta base también ha sido descrita en Argentina²¹ y en Brasil en usuarios de crack²², así como en México, especialmente en la zona de frontera con EE.UU. con usuarios de drogas inyectables²³. Son comunes las zonas específicas para uso de drogas (los “fumaderos” para pasta base/crack o los “picaderos” para drogas inyectables). Existe especial vulnerabilidad en mujeres usuarias de drogas que se dedican al trabajo sexual o que intercambian sexo por dinero para

el consumo de sustancias. Adicionalmente, el personal de salud suele replicar la discriminación y el estigma a usuarios de drogas, percibiéndolos como irresponsables o incapaces de transitar por los distintos canales del sistema de salud, lo que contribuye a la disminución del acceso y cobertura de los servicios de prevención y atención en esta población²⁴.

4.5 IMPACTO DE LA LEGISLACIÓN SOBRE IDENTIDAD DE GÉNERO Y ABORDAJE DE LA INCLUSIÓN SOCIAL: EL CASO DE ARGENTINA Y URUGUAY

Un estudio llevado a cabo por la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) y la Fundación Huésped documenta el impacto positivo de la ley en la población de mujeres trans²⁵. De las 452 participantes, el 57% de participantes había modificado su documento de identidad luego de 18 meses de implementada la ley. El estudio muestra una reducción en las experiencias generales de estigma y discriminación, así como de autoexclusión; también se redujeron las experiencias de discriminación en el sistema público de salud, en el sistema educativo y con las fuerzas de seguridad. Asimismo, se documentó un aumento en la reincorporación al sistema educativo y en la búsqueda de trabajo formal luego del cambio de documento de identidad. Cabe señalar que junto con la ley de identidad de género, Argentina viene implementando desde el Ministerio de Trabajo, un programa de inclusión laboral para población trans, a fin de mejorar el acceso a educación formal y las oportunidades de empleo²⁶.

Sin embargo, en otro estudio con los mismos datos, se exploraron los factores asociados a la obtención de un nuevo documento de identidad²⁷. Se encontró que el acceso a este derecho no ha sido homogéneo entre la población: aquellas mujeres trans que ejercían el trabajo sexual y que se habían sometido a procesos de feminización, tenían una mayor probabilidad de haber cambiado su documento según su identidad de género. Asimismo, las mujeres trans extranjeras tenían una menor probabilidad de haber realizado el cambio de documento, sumándose la migración a la vulnerabilidad dentro de las mujeres trans. Los resultados de este estudio sugieren que aquellas mujeres trans más empoderadas habían accedido antes a los beneficios de la ley.

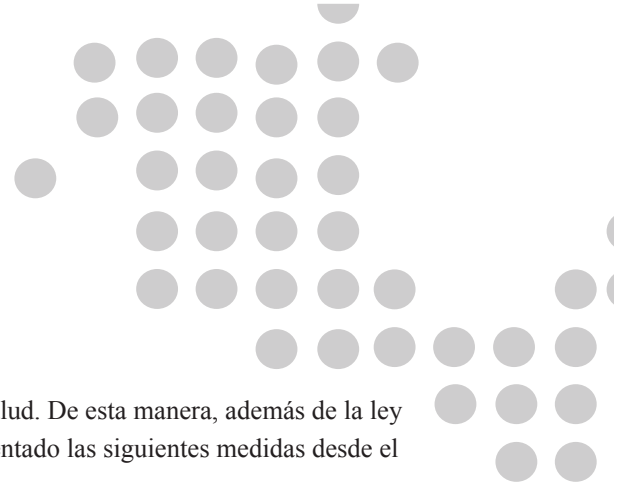
Por su parte, el gobierno uruguayo planteó un abordaje integral de la exclusión social de esta población, buscando garantizar el acceso a derechos básicos y

24 Strathdee SA, Shoptaw S, Dyer TP, et al. Towards combination HIV prevention for injection drug users: addressing addictophobia, apathy and inattention. *Curr Opin AIDS*. 2012; 7(4):320-5.

25 ATTA y Fundación Huesped. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires, Argentina. 2014.

26 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. TRANS-Inclusión laboral. <http://www.trabajo.gov.ar/diversidadsexual/inclusion.asp?subcat=2>

27 Socías ME, Marshall BDL, Arístegui J, Zalazar V, Romero M, et al. (2014) Towards Full Citizenship: Correlates of Engagement with the Gender Identity Law among Transwomen in Argentina. *PLoS ONE* 9(8): e105402.



mejorando indicadores sociales y de salud. De esta manera, además de la ley de identidad de género se han implementado las siguientes medidas desde el año 2012²⁸:

- Programa de oportunidades laborales y cuota de género que incluyen la discriminación positiva para personas trans.
- Acceso a programa de asistencia alimentaria para personas trans en situación de pobreza extrema.
- Sensibilización de funcionarios públicos en temas de identidad trans.
- Observatorio para denuncias de discriminación.
- Convenios con universidades para investigación para un mayor entendimiento de los principales problemas en la población.

²⁸ Programa del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay: <http://abilleira.files.wordpress.com/2012/09/derechos-trans.jpg>



5. ACCESO A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN LA REGIÓN

La tabla 5 muestra el acceso a los programas de prevención y a la prueba de VIH en la población clave en la región. Estos son de los muy pocos indicadores existentes para evaluar el desempeño de los programas de prevención en la región, lo cual debe señalarse como una importante limitación en las respuestas nacionales. Por otro lado, es necesario señalar que estos indicadores se construyen de forma distinta en los países de la región, lo que genera limitaciones para la comparación. Algunos países reportan estimados de datos programáticos (usuarios del programa, sobre los usuarios estimados), mientras otros estiman proporciones de usuarios sobre el total de la población. Por ejemplo, Perú pasó de usar como denominador el estimado de los usuarios de los programas de prevención, a usar el estimado del total de HSH en el país (aplicando el 3% del total de la población de hombres entre 18 y 45 años). Es por eso que su indicador de cobertura es del 5%, mostrando una gran brecha para llegar al total de la población HSH, si es que la meta del país fuera que toda la población acceda a través de los servicios públicos.

Cabe destacar que la escasez de datos sobre personas trans en general es una causa y una consecuencia de la falta de respuestas efectivas para esta población.

Tabla 5: Indicadores de acceso a programas de prevención y pruebas de VIH en población clave+

	HSH		Mujeres trans		Mujeres Trabajadoras Sexuales	
	Accedió a programas de prevención	Prueba de VIH último 12 meses	Accedió a programas de prevención	Prueba de VIH último 12 meses	Accedió a programas de prevención	Prueba de VIH último 12 meses
Sudamérica						
Argentina	94.2%	58.7%			88.1%	52.8%
Bolivia	55.6%	36.6%			47%	31.4%
Brasil	38.7%	20.3%			46.8%	17.5%
Chile	57.1%	25.1%			42.5%	85%
Colombia					42-70%	19-68%
Ecuador						
Paraguay	55.6%	56.6%			54.8%	71.8%
Perú	5%	6%			43.5%	44%
Uruguay		46.6%				33.3%
Venezuela						
Centroamérica						
Costa Rica	73.3%	64.9%				97.9%
El Salvador						
Guatemala	57%	44.8%			75.5%	73.4%
Honduras*		36.7-8.4%		73.7-86.6%		49.1-71.5%
Nicaragua						
Panamá	77.7%	8.1%		6.7% (trabajadoras sexuales trans)		86.3%
México						

+ Todos son datos de los informes GARPR 2014 de los países, menos Perú (GARPR 2013) y Bolivia (GARPR 2012), Brasil (datos de 2009 reportados así en los GARPRs hasta 2013) disponibles en www.aidsinfoonline.org

*Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de ITS y VIH en poblaciones clave de Honduras 2012 (ECVC), Secretaría de Salud de Honduras Departamento de ITS/VIH/SIDA

Existe heterogeneidad entre los indicadores de cobertura de los programas de prevención, en parte debido al explicado anteriormente. Adicionalmente, existe una diversidad de criterios para medir el acceso a los programas de prevención. En tal sentido y a pesar de las limitaciones, el indicador sobre prueba de VIH en los últimos 12 meses, puede servir como indicador indirecto de acceso. En general se observa una baja cobertura para el diagnóstico en población clave a lo largo de la región. La oferta de servicios de detección del VIH se concentra

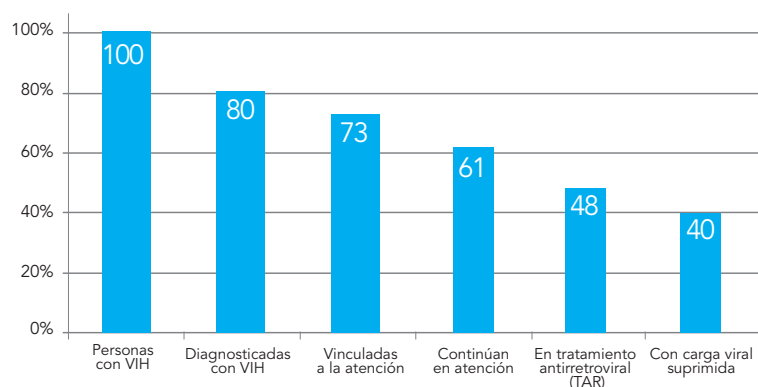
principalmente en los servicios de salud, lo cual limita las oportunidades de acceso. Como describiremos más adelante, son pocos los países que tienen estrategias fuera de los servicios de salud para aumentar el acceso a la prueba.

Adicionalmente, los estudios de vigilancia epidemiológica dan información sobre el acceso a la prueba y al conocimiento del diagnóstico en la población. Datos de Perú muestran que solo el 24% de la población HSH/trans positiva para el VIH conoce su diagnóstico²⁹. En México DF, la misma proporción para mujeres trans es del 26%³⁰. Como se sabe, el conocimiento del diagnóstico es el primer paso en la cascada de atención del VIH y los datos indicarían que es el principal cuello de botella en la región.

5.1 LA CASCADA DE LA ATENCIÓN

El uso de la cascada de la atención y el tratamiento permite identificar del total de personas viviendo con VIH en un país, la proporción de las que conocen su diagnóstico, aquellas que están vinculadas a servicios de salud, las que continúan en atención, las que reciben tratamiento antirretroviral y las que llegan a un estado de supresión viral (personas con carga viral indetectable). En un documento de la OPS del 2014 se analizan las respuestas nacionales al VIH en la región, utilizando la cascada como marco conceptual³¹. El Gráfico 2 muestra la cascada de la atención en Brasil. La meta es lograr la mayor proporción posible en todos los pasos de la cascada. En la actualidad, la región se ha propuesto lograr que el 90% de personas viviendo con VIH (PVV) conozcan su diagnóstico, que el 90% esté en tratamiento antirretroviral y que el 90% tenga una carga viral suprimida³².

Gráfico 2: Cascada de la atención para el total de PVV en Brasil³³



29 Dirección General de Epidemiología-IMPACTA. Vigilancia Epidemiológica en VIH en Población HSH 2011. Ministerio de Salud. Perú, 2012.

30 Colchero A, et al. Resultados de la Encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México. Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2013.

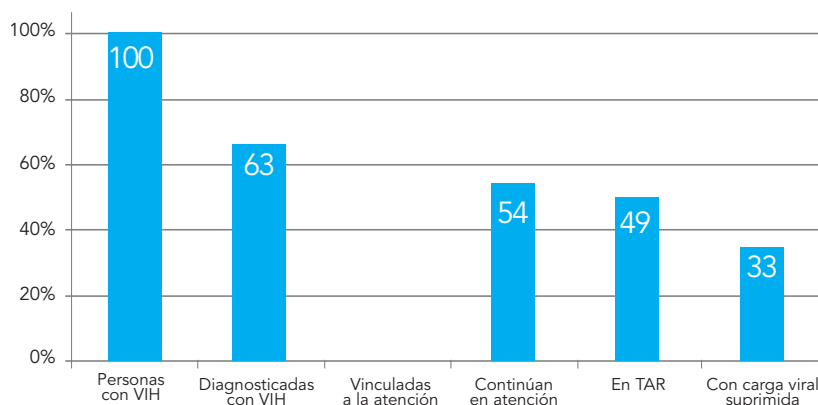
31 Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Washington DC, 2014.

32 Organización Panamericana de la Salud. "90-90-90", las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848%3A90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=239

33 Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Washington DC, 2014.

No obstante, los datos mostrados en el documento en mención corresponden al total de la población viviendo con VIH. Si bien estas cifras dan un panorama general de la respuesta, se corre el riesgo de enmascarar las diferentes realidades de grupos poblacionales distintos (población general (hombres, mujeres, adolescentes), población clave). Las cifras de diagnóstico presentadas pueden estar influidas por las intervenciones realizadas en gestantes, las cuales tienen una mayor cobertura en la región que el diagnóstico en poblaciones clave. Si por ejemplo analizamos los datos de México presentados en el documento, la cascada muestra que el 63% de personas viviendo con VIH conoce su diagnóstico (Gráfico 3).

Gráfico 3: Cascada de la atención para el total de PVV en México³⁴



Sin embargo, no se debe asumir que esta cifra es similar en todas las poblaciones: como señalamos anteriormente, un estudio de vigilancia llevado a cabo en México D.F. con mujeres trans mostró que sólo el 26% de aquellas seropositivas conocía su diagnóstico³⁵. Se evidencia una clara diferencia entre lo mostrado para la población total frente a una población clave. Para el caso de mujeres trans en México, la cascada de atención mostraría la principal caída en el paso correspondiente al diagnóstico de VIH.

En tal sentido, más allá de los datos correspondientes al total de PVV en cada país, es necesario contar con datos que permitan elaborar cascadas de atención para las poblaciones clave. Se debe evaluar la respuesta en aquellos grupos que concentran la mayor carga de incidencia o prevalencia como son la población HSH y trans, por ejemplo. Hasta la fecha, ningún país de la región ha generado este tipo de información.

34 Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Washington DC, 2014.

35 Ver referencia 29



6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN POBLACIONES CLAVE

Las Guías Consolidadas para la Prevención, Diagnóstico, Atención y Tratamiento del VIH en Poblaciones Clave de la OMS, establecen un paquete de medidas esenciales destinadas a la población clave³⁶:

- i) Intervenciones esenciales en el sector salud
 - Programas para la provisión de condones y lubricantes
 - Programas de reducción de daños en usuarios de drogas
 - Intervenciones conductuales
 - Consejería y prueba de VIH
 - Para personas con VIH se agrega la atención y tratamiento (incluyendo el manejo de co-infecciones y co-morbilidades).
- ii) Intervenciones esenciales para
 - Legislación favorable, compromiso político y financiero para poblaciones clave
 - Abordar el estigma y la discriminación
 - Empoderamiento comunitario
 - Abordaje de la violencia hacia poblaciones clave

El abordaje de estas medidas debería ser idealmente integral. Es decir, el paquete sugerido debe ser entendido como estrategias implementadas de forma conjunta al emprender las respuestas nacionales.

La tabla 6 resume las principales estrategias adoptadas por los países para la prevención del VIH en poblaciones clave, según lo presentado en los Planes Estratégicos Nacionales y en los Informes de Progresos. Las estrategias de prevención (especialmente en población HSH, trans y mujeres trabajadoras sexuales) son similares en la mayoría de países de la región.

En líneas generales estas estrategias se basan en los siguientes lineamientos:

- Campañas de información, educación y comunicación (IEC)
- Promoción y distribución del condón
- Diagnóstico y control de ITS
- Trabajo con promotores pares

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra 2014. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

La mayoría de estas estrategias se desarrollan desde los servicios de salud, en especial los servicios diferenciados para la población clave que se describen más adelante.

Tabla 6: Estrategias de prevención del VIH para poblaciones clave

Sudamérica	
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución gratuita de preservativos en puestos fijos, más talleres y campañas ■ Materiales informativos de prevención y acceso a servicios ■ Fomento de prueba VIH: actualización de algoritmos de diagnóstico incluyendo pruebas rápidas, centros de prevención asesoramiento y testeo (CePATs) y campañas de comunicación ■ Reducción de estigma: clínicas amigables, sensibilización de personal de salud y periodistas
Bolivia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y provisión de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH en centros de vigilancia y referencia ■ Trabajo con promotores educadores pares
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos y lubricantes ■ Refuerzo del diagnóstico de VIH: actualización de algoritmos, uso de pruebas rápidas (sangre y orales), alianza con organizaciones de la sociedad civil, servicio de unidades móviles ■ Prevención basada en antirretrovirales: implementación de tratamiento como prevención, profilaxis post-exposición (PEP), estudio de aceptabilidad de PrEP
Chile	<ul style="list-style-type: none"> ■ Materiales informativos de prevención para población HSH y trans ■ Promoción y distribución de preservativos en centros de salud
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Materiales informativos de prevención ■ Compra y distribución de preservativos
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y provisión de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH en centros de vigilancia y referencia ■ Trabajo con promotores educadores pares
Paraguay	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos ■ Trabajo con promoción de pares
Perú	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y provisión de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico de ITS/VIH y tratamiento de ITS en centros de referencia ■ Trabajo con promotores educadores pares en centro de salud
Uruguay	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos ■ Trabajo con sociedad civil enfocado en pares (HSH y trans) para mejorar atención en servicios de salud
Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sin información
Centroamérica	
Costa Rica	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos en centros de salud
El Salvador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico de ITS/VIH y tratamiento de ITS en centros de referencia ■ Abordaje comunitario para poblaciones clave para reforzar servicios de salud
Guatemala	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico de ITS/VIH y tratamiento de ITS en centros de referencia ■ Materiales informativos de prevención ■ Abordaje comunitario para poblaciones clave para reforzar servicios de salud
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y provisión de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico de ITS/VIH y tratamiento de ITS en centros de referencia ■ Trabajo con promotores educadores pares en centro de salud
Nicaragua	<ul style="list-style-type: none"> ■ Campañas de comunicación sobre prevención ■ Diagnóstico de ITS/VIH en centros de atención de primer y segundo nivel
Panamá	<ul style="list-style-type: none"> ■ Materiales informativos sobre prevención ■ Promoción y distribución de preservativos en centros de salud ■ Diagnóstico de ITS/VIH y tratamiento de ITS en centros de referencia ■ Abordaje comunitario para poblaciones clave para reforzar servicios de salud ■ Fomento de prueba VIH: actualización de algoritmos de diagnóstico incluyendo pruebas rápidas, y campañas de comunicación ■ Aplicación de la estrategia de testeo y oferta de tratamiento "test and treat" para poblaciones claves a partir de 2015
México	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción y distribución de preservativos ■ Diagnóstico de ITS/VIH y tratamiento de ITS/VIH en centros de referencia ■ Trabajo con promotores pares

6.1 SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ITS PARA POBLACIÓN CLAVE

La tabla 7 muestra los países de América Latina que cuentan con servicios de atención primaria enfocados en la población clave, para el diagnóstico de VIH y la detección y tratamiento de ITS. Estos servicios diferenciados han sido establecidos con la finalidad de incrementar el diagnóstico y tratamiento de ITS y la detección del VIH en la población con mayor riesgo para la epidemia. Principalmente se dirigen a la población de hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trabajadoras sexuales y mujeres trans. En muchos casos (especialmente en la población trans), constituyen el único contacto que estas poblaciones tienen con el sistema público de salud³⁷.

Las actividades realizadas en estos centros consisten principalmente en: i) consejería y prueba de VIH, ii) detección y tratamiento de ITS (principalmente sífilis) y iii) provisión de condones y lubricantes. En algunos países el personal de salud realiza actividades extramurales, como campañas de información y educación, junto con el ofrecimiento de pruebas rápidas en lugares donde se realiza trabajo sexual. Algunos centros (como por ej. en México) ofrecen servicios complementarios de salud oral, medicina general y psicología.

En Argentina y México estos centros brindan servicios de atención y tratamiento para personas viviendo con VIH, además de los servicios de prevención. La racionalidad de estos servicios se basa en que es más factible tener un recurso humano capacitado en la atención de una población altamente estigmatizada y minoritaria (población clave y PVV), que capacitar al personal de hospitales generales que atenderán esporádicamente a personas de los grupos clave. En Argentina, se han establecido siete consultorios amigables desde el año 2010 con la intención de expandir los servicios (ver más adelante).

Un análisis hecho por el Mecanismo de Coordinación Regional y OPS/OMS³⁸ sobre la situación de la consejería y acceso a la prueba en las poblaciones clave en Centroamérica y República Dominicana encontró que la mayoría de los países en la subregión no tiene planes nacionales para expandir el acceso a consejería y pruebas ni controlar la calidad de esos servicios.

37 Salazar X, Villayzán J, Silva Santisteban A, Cáceres, C. Las personas trans y la epidemia del VIH/SIDA en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos. IESSDEH. Lima, 2010.
38 "Análisis de la situación actual de la consejería/asesoría y acceso a la prueba en la población clave de los países de la subregión de Centroamérica y república dominicana. Estrategias para ampliar el acceso a la consejería/asesoría. Elaborado por: Mecanismo de Coordinación Regional, /OPS/OMS. Consultora principal: Julia Campos Guevara. 2014

38 Idem

Tabla 7: Servicios de diagnóstico y control de ITS para poblaciones clave

Sudamérica	
Argentina	Consultorios amigables/CePATS
Bolivia	Centro departamentales de información, vigilancia y referencia (CDVIR)
Brasil	Pueden recibir servicios a través del Sistema Único de Saúde (SUS)
Chile	
Colombia	
Ecuador	Centros de atención integral de salud sexual (CAISS)
Paraguay	
Perú	Centros de referencia de ITS (CERITS)
Uruguay	
Venezuela	Sin información
Centroamérica	
Costa Rica	Estrategia de vigilancia y control del VIH e ITS (VICITS)
El Salvador	Estrategia de vigilancia y control del VIH e ITS (VICITS)
Guatemala	Estrategia de vigilancia y control del VIH e ITS (VICITS)
Honduras	Estrategia de vigilancia y control del VIH e ITS (VICITS)
Nicaragua	Estrategia de vigilancia y control del VIH e ITS (VICITS)
Panamá	Clínicas amigables (CLAM-VICITS)
México	Centro ambulatorio de atención y tratamiento en SIDA y otras ITS (CAPASITS)

Los hallazgos principales del informe, detallados en la Tabla 8, señalan la necesidad de mejorar y expandir el acceso a la consejería y pruebas tanto en los centros de salud como en los programas comunitarios de las organizaciones de la sociedad civil.

Aunque Sudamérica no cuenta con un análisis sobre el acceso a la consejería y la prueba, los datos de los índices de estigma de 10 países de la región³⁹ revelan que las brechas son parecidas. El porcentaje de personas que viven con VIH que no habían recibido consejería ni antes ni después de realizarse la prueba oscilaba entre un 22% y un 32% en los países. El porcentaje de los que fueron forzados o presionados a hacerse la prueba, o se les hizo sin consentimiento, oscilaba entre un 13% y un 33%.

39 Índices de Estigma de Bolivia, Paraguay, Colombia, Ecuador, El Salvador, Costa Rica, México, Honduras, Guatemala, y Panamá.

Tabla 8: Hallazgos de la situación de consejería y pruebas en poblaciones clave en Centroamérica
Marco legal y normativo
Todos los países cuentan con un marco legal que incorpora el acceso a pruebas y la consejería. En Honduras la prueba de VIH es obligatoria para las parejas que contraen matrimonio.
En Costa Rica, Guatemala, Honduras y Panamá no hay servicios diferenciados para adolescentes. En Belice, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua, el acceso a la prueba es partir de los 15 a 16 años; en el resto de países se requiere de la presencia del padre o tutor.
Se ha incorporado el acceso a las pruebas de VIH en los planes estratégicos nacionales, a excepción de Honduras, pero no se incluye un abordaje enfocado en las poblaciones clave.
Acceso a pruebas diagnósticas de VIH
En la subregión el acceso a pruebas diagnósticas ha sido más enfocado en la población general. Sólo tres países reportan datos desagregados sobre poblaciones clave.
Una de las barreras más importantes para el acceso a pruebas es el estigma y discriminación hacia las poblaciones clave y a las personas con VIH.
Oferta de servicio de consejería/asesoría
La consejería pre y post test está mayormente focalizada en la población general y gestantes.
No toda la población que se realiza la prueba recibe consejería pre prueba; y una proporción mucho menor recibe consejería post prueba. Del total de pruebas realizadas en 2013, el 75.96% recibió consejería pre prueba y sólo el 28.48% recibió consejería post prueba.
Aunque existen servicios diferenciados para poblaciones clave en varios países, hay algunas limitantes (horarios, espacios exclusivos, y recursos humanos). La gratuidad de la consejería facilita el acceso a las poblaciones.
En todos los países se ofrece la consejería en VIH en los consultorios de ITS; la mayoría de los países la tienen integrada en otros servicios como planificación familiar y salud sexual y reproductiva.
En Belice, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá, se implementan actividades comunitarias para promover las pruebas y la consejería, dirigidas a población general; El Salvador, Guatemala y Panamá reportan estas actividades con poblaciones clave (HSH, Trans y mujeres trabajadoras sexuales). Guatemala es el único país que reporta haber elaborado un plan de promoción de la consejería y la prueba.
Recursos Humanos
En la mayoría de los países existe una brecha significativa entre el número de consejeros y la demanda de estos servicios. Muchos de ellos cumplen otras funciones.
Los países no cuentan con un programa de capacitación permanente para nuevos consejeros y de actualización para los que ya existen. Los temas prioritarios que deberían incluirse en las capacitaciones son: actualización en la normatividad, destrezas para el abordaje de los diferentes grupos poblacionales y consejería indicada por el proveedor. Los Programas Nacionales de Sida necesitan asistencia técnica en la formulación de planes nacionales de consejería, sistema de información, derechos humanos, y fortalecimiento de habilidades de comunicación con enfoque diferencial para las diferentes poblaciones.
Sistema de información, monitoreo y evaluación
Los sistemas de información no cuentan con datos desagregados sobre la población beneficiada de las pruebas y de la consejería pre- y post-prueba.
Los sistemas de monitoreo no son sistemáticos, no se cuenta con indicadores y estudios que permitan conocer el impacto y la calidad de la consejería.

La consejería post-prueba y el apoyo psicosocial para aceptar el diagnóstico son clave para reducir el tiempo y la pérdida de personas entre el diagnóstico positivo y el vínculo al cuidado en los centros de salud.

6.2 DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVOS Y LUBRICANTES

Algunos países como Argentina, Brasil o México realizan una compra y distribución masiva de preservativos, que incluye el hacerlos disponibles a la población a través de los servicios de salud, la distribución por pares o la disponibilidad de preservativos en espacios de socialización o trabajo sexual de la población clave, u organizaciones de la sociedad civil. En otros países de la región, la distribución de preservativos a la población clave se realiza principalmente en los centros de salud, lo cual tiene un alcance limitado.

Las informantes clave consultadas, mencionan que el número de condones entregados en los centros de salud (Bolivia, El Salvador, Panamá) no satisface la demanda de uso en la población de mujeres trans, sobre todo en aquellas que se dedican al trabajo sexual. Como se ha mencionado anteriormente, en un contexto de pobreza y donde el trabajo sexual es una de las pocas alternativas de empleo, el tener que comprar preservativos es una limitante para su uso.

Datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA) de México del año 2012 pueden dar una muestra indirecta de la cobertura de la distribución de preservativos⁴⁰: México reportó en el 2012 la adquisición de 108 millones de preservativos entre aquellos de uso masculino y femenino. De estudios comisionados por el programa se observa que el 41% de la población HSH que no vive con VIH, tenía como principal fuente de preservativos la compra directa y el 30% los obtenía en servicios públicos. Entre los HSH que viven con VIH, la cifra era de 30% para la compra y 37% en servicios de salud. En mujeres trans, se observó que el 43% de aquellas seronegativas obtenía los preservativos de centros de salud principalmente. La cifra aumentó a 57% en aquellas seropositivas.

La tabla 9 señala variaciones significativas en el uso del condón, entre países y poblaciones clave. El uso del condón es bastante alto entre HSH en Argentina, Paraguay, Honduras, Panamá y México, mientras que es bajo entre los usuarios de drogas inyectables en Paraguay y México. El uso del condón es alto entre los trabajadores sexuales en la mayoría de los países.

40 Secretaría de Salud, CENSIDA. El VIH/SIDA en México 2012. México DF, 2012.

A excepción de los HSH y trabajadores sexuales, faltan datos sobre el uso del condón entre las poblaciones clave en la mayoría de los países de la región.

Existen limitaciones tanto en la oferta y distribución de preservativos, como en su uso consistente por las poblaciones clave. Al igual que con otros servicios, es necesario trascender el espacio físico del establecimiento de salud para llegar a la población de más alto riesgo, sobre todo si parte de esta no suele acceder a los servicios.

Tabla 9: Uso del condón en poblaciones clave⁴¹

País	HSH	PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS	TRABAJADORES/AS SEXUALES
Sudamérica			
Argentina	88%	64%	96%
Bolivia	69%		96%
Brasil	60%		90%
Chile	56%		73%
Colombia	58%		98%
Ecuador	60%		99% mujeres
Paraguay	74%	45%	98%
Perú	50%		95% mujeres, 40% hombres, 73% trans
Uruguay	68%		85% hombres, 99% trans
Centroamérica			
Costa Rica	56%		84%
El Salvador	69%		97%
Guatemala	63%		98%
Honduras	71%		79%
Nicaragua	51%		96%
Panamá	78%		89%
México	73%	28%	87%

41 www.aidsinfoonline.org, informes de GARPR y DHS

La información en relación a lubricantes es escasa. La distribución de preservativos, no parece estar acompañada de una sistemática distribución de lubricantes en la región. Lo mismo se observa en cuanto a la distribución y uso de condones femeninos, que se distribuyen gratuitamente sólo en cinco países: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México.

6.3 PREVENCIÓN BASADA EN ANTIRRETROVIRALES

La OMS recomienda en las guías para población clave del 2014, el uso de antirretrovirales como alternativa para la prevención en población clave. Esta se puede dar a través del inicio de tratamiento antirretroviral temprano en personas VIH seropositivas (tratamiento como prevención), el uso de antirretrovirales en personas seronegativas (PrEP) y el uso de antirretrovirales en personas seronegativas que han tenido una relación sexual de riesgo (profilaxis post exposición, PEP, por su sigla en inglés).

El tratamiento como prevención se basa en la disminución de la carga viral de las personas infectadas, para disminuir la posibilidad de transmisión del virus. Argentina, Brasil y México son los países que han adoptado como política, el tratamiento de toda persona con VIH independientemente del recuento de CD4 u otros criterios de inicio. Brasil implementó esta medida desde diciembre del 2013, Argentina y México lo incorporaron en sus guías de tratamiento en el 2014⁴². Aún no se cuentan con datos que evalúen el impacto de esta medida, las cuales podrían ser factibles de evaluar luego de un período de 12 meses de implementación.

Brasil es uno de pocos países de la región que han incorporado el uso de la profilaxis post exposición para personas negativas al VIH que hayan tenido una relación sexual de riesgo (fuera de una violación sexual)⁴³. USAID está apoyando a los países centroamericanos en la actualización de sus protocolos de PEP.

Ningún país de la región ha incorporado PrEP como estrategia de salud pública para la prevención del VIH. En la actualidad, Brasil está desarrollando dos estudios demostrativos de la efectividad de PrEP en la prevención en población clave⁴⁴.

6.4 SALUD, DIGNIDAD Y PREVENCIÓN POSITIVA

En la región, se han implementado algunos de los servicios esenciales de prevención para las personas que viven con VIH (Salud, Dignidad y Prevención

42 México: Secretaría de Salud. Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH. México, 2014.
Argentina: Ministerio de Salud. <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/2436-argentina-ofrecera-acceso-universal-al-tratamiento-de-vih-en-cuanto-sea-diagnosticado>

43 Ministerio de Saúde. PEP: Recomendações para abordagem da exposição sexual ao HIV. Brasil, 2012; Ministerio de Salud: Guía de Profilaxis por Exposición ocupacional y no ocupacional al VIH. <http://www.pasca.org/userfiles/NI%20Guía%20Clinica%20PPE%20Ago2013.pdf>, Nicaragua, 2013

44 Fabio Mesquita, Ministerio de Salud de Brasil. Prevención Combinada. Presentación en Consulta Nacional: Construyendo Capacidades en Prevención Combinada del VIH en Perú. Lima, 2014.

Positiva, o SDPP). Sin embargo hay pocas guías nacionales de prevención secundaria y estos servicios suelen tener brechas importantes, por ejemplo en el sistema de referencia y contra referencia; la no inclusión en la consejería de los temas de planeamiento familiar y salud sexual y reproductiva; las limitaciones del personal de salud para mejorar la adherencia, realizar pruebas de ITS y atender a poblaciones clave. No existe un enfoque regional y sistemático para aplicar y monitorear los servicios en toda la región. Frente a esta brecha, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana desarrolló en 2014 una estrategia subregional para la Salud, Dignidad y Prevención Positivas⁴⁵. La estrategia está orientada al fortalecimiento de cuatro líneas estratégicas:

1. Consejería integral (consejería de evaluación del riesgo sexual, condones, drogas/alcohol, divulgación de sero-estatus, consejería para realización de pruebas en la pareja y la familia, consejería de planeamiento familiar y salud sexual y reproductiva y consejería de pares)
2. Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral
3. Diagnóstico y tratamiento de ITS, salud anal y oro-faríngea
4. Reducción del estigma y discriminación a las personas con VIH.

6.5 LIMITACIONES DE LA ESTRATEGIA DE CENTROS DE SALUD PARA POBLACIÓN CLAVE

Como se ha mencionado, la mayoría de servicios de prevención (incluyendo el acceso a la prueba de VIH) dirigido a poblaciones clave, recae en la atención brindada en los servicios de atención primaria enfocados en la detección de VIH y en la detección y control de ITS. No hemos encontrado evaluaciones que hayan medido el impacto de esta estrategia en la prevención en población clave. Los datos presentados en la tabla 5 pueden servir como indicador indirecto del acceso a estos servicios, el cual como se observa, es bastante bajo en los países que reportan datos. Existe información consignada en los reportes de progresos de los países y brindada por informantes clave, que permiten señalar las principales limitaciones de estos servicios en la región.

- a) Accesibilidad geográfica: Aunque la población clave es minoritaria, ésta suele estar distribuida en las diferentes áreas urbanas de las ciudades. La oferta de servicios suele estar en el rango de aproximadamente uno a dos centros por ciudad a diferencia de los servicios generales de atención primaria, lo que limita su accesibilidad en términos de distancia y tiempos necesarios para trasladarse a los centros.

45 Estrategia Regional Salud, Dignidad y Prevención Positivas para Centroamérica y República Dominicana, SICA/COMISCA/MCR/CDC. 2014.

- b) Horarios de atención: en muchos casos el horario de atención diurno no es adecuado para la población que realiza trabajo sexual por las noches y madrugadas o incluso para la población que tiene un trabajo estable durante el día. En algunos países (Argentina, Honduras, Ecuador) los mismos documentos de planificación reconocen esta limitación y plantean el adecuar sus horarios. La adaptación de horarios a las preferencias de la población clave es un paso que puede aumentar el acceso a los servicios, aumentando su eficiencia.
- c) Limitaciones de la cadena de suministro para garantizar disponibilidad medicamentos e insumos: este tema es transversal al funcionamiento de los sistemas públicos de salud en su conjunto y se ha visto reflejado no sólo en la prevención (ausencia de pruebas rápidas, limitado número de preservativos para distribución), sino también en el tratamiento del VIH (episodios de desabastecimiento de antirretrovirales documentados en distintos países de la región).
- d) Servicios de prevención y atención no integrados o con integración limitada: una vez que se identifica un caso nuevo de VIH, la derivación a los centros de tratamiento (los cuales suelen ser establecimientos de salud de mayor complejidad) recae enteramente en el usuario. Por otro lado, en países donde no existe un código único para identificar a los usuarios de servicios (por ej. Perú), se hace muy difícil poder seguir a través del continuo del tratamiento del VIH a aquellos casos identificados en los centros de nivel primario dirigidos a población clave.

A nivel de la calidad de atención en los servicios, se evidencian las siguientes limitaciones:

- e) Inexistencia de protocolos para población gay o trans que contemplen aspectos de salud integral: para una población con un alto grado de exclusión social, estos centros pueden ser el único contacto que tengan con los servicios de salud. En ese sentido, la atención podría considerar aspectos que vayan más allá del diagnóstico y tratamiento de ITS (lo cuál es además una demanda de los usuarios). En las estrategias de prevención dirigidas a población clave, no se encuentran intervenciones en aspectos de salud mental o manejo de experiencias de violencia, ligados a instancias para denuncias públicas. Los servicios de psicología o consejería, suelen enfocarse en aspectos del comportamiento sexual. Existen algunas iniciativas mencionadas más adelante, que han buscado cubrir

esta brecha. En la actualidad existen protocolos de atención elaborados por la OPS, tanto para población gay como para población trans, que abordan aspectos de salud integral, incluidos aspectos de identidad trans como los procesos de feminización corporal, que podrían ser utilizados para guiar la atención⁴⁶.

- f) Experiencias de discriminación en los servicios: Muchas veces originadas en el desconocimiento en temas de orientación sexual o identidad de género por parte del personal⁴⁷. Estas experiencias han sido documentadas principalmente en mujeres trans y pueden traducirse en maltrato en la atención (por ej. no reconocimiento de la identidad de género, utilización del nombre masculino a manera de burla), largos tiempos de espera o incluso la negación de la atención.
- g) Escasa participación comunitaria y actividades extramurales: En general, la participación comunitaria es limitada en los servicios de salud dirigidos a población clave. Algunos países incorporan al personal, como promotores pares. Sin embargo, los informantes clave refieren que esta participación es insuficiente o que muchas veces los promotores no han sido entrenados para divulgar mensajes de prevención. En la mayoría de países, las organizaciones comunitarias o de la sociedad civil no participan en el diseño de intervenciones, incluyendo los materiales de promoción y comunicación.

Las intervenciones comunitarias de prevención también deben asegurar que su abordaje y mensajes estén adaptadas a la población objetivo. Una evaluación de la efectividad de un proyecto comunitario de cambio de comportamiento y abordaje de pares en Guatemala⁴⁸ encontró que las intervenciones se hacían de forma fragmentada, sin estructura curricular y sin responder a un enfoque integral en el que se pudiera fortalecer el desarrollo de actitudes responsables para la disminución del riesgo de infección. Se constató que las actividades habían permitido un mayor nivel de conocimiento sobre las formas de prevención entre las poblaciones clave, pero que se saturó a las poblaciones con la repetición del mismo mensaje, lo que generó cierto rechazo.

6.6 ALTERNATIVAS PARA MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS

6.6.1 Adecuación de los servicios a las necesidades de la población

Clínica La Condesa de México

La clínica la Condesa en México se estableció en el año 2003 y fue el primer centro que ofrecía servicios de prevención y atención del VIH dirigidos a

46 Organización Panamericana de la Salud “Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe”. 2010. Washington, D.C.: OPS. Pan American Health Organization [PAHO], John Snow, Inc., World Professional Association for Transgender Health, et al. 2014. Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans Persons and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries. Arlington, VA: John Snow, Inc.

47 T Poteat, D German, D Kerrigan. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. Social Science & Medicine 2013. 84, 22-29

48 S Morales-Miranda et al. “Evaluación de la efectividad de las acciones de prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo”. 2012

poblaciones clave. Reconociendo las vulnerabilidades específicas a la epidemia en la población de mujeres trans, la clínica implementó un servicio gratuito de terapia hormonal provisto por endocrinólogos e internistas, junto con un programa de sensibilización del personal de salud para la atención de esta población. Según datos provistos por el personal de la clínica, la implementación de este programa aumentó la retención de mujeres trans positivas, siendo mayor la retención de PVV en esta población que en el resto de grupos clave. El 90% de aquellas mujeres trans negativas se realizaba una prueba de VIH cada seis meses. No se cuentan con datos de seguimiento, para ver la incidencia en este grupo. Además fue posible tratar las complicaciones derivadas de un inadecuado uso de hormonas por la automedicación.

Consultorios Amigables de Argentina

Estos consultorios fueron creados con el objetivo de incluir a la población de la diversidad sexual en el sistema público de salud, bajo una lógica de discriminación positiva. La experiencia de estos servicios fue sistematizada luego de dos años de implementación⁴⁹. La iniciativa consiste en conformar equipos mixtos con personal de salud (medicina, enfermería, psicología o trabajo social) entrenados en temas de diversidad sexual y miembros de organizaciones de la sociedad civil entrenados como promotores de salud. Los consultorios amigables se establecen en centros de salud u hospitales existentes. Se acondicionan espacios para la atención y se implementan horarios diurnos y nocturnos para facilitar el acceso. Los servicios brindados consisten en: atención clínica integral y derivación a otras especialidades, vacunación, terapia hormonal para personas trans, salud mental, diagnóstico de VIH, profilaxis post exposición, distribución de preservativos y lubricantes. El personal comunitario asume tareas de promoción de los consultorios entre pares, junto con actividades educativas de prevención de VIH y recepción y acompañamiento en los procesos de atención en los centros de salud. Los consultorios se enlazan con instituciones públicas encargadas de garantizar los derechos de las personas de la diversidad sexual. Asimismo, la implementación de los consultorios está acompañada de estrategias comunicacionales dirigidas al personal de los centros de salud, a los potenciales usuarios (personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans (LGBT)) y al público en general. Todavía no se ha realizado una evaluación de la estrategia de consultorios amigables.

⁴⁹ PNUD Argentina. Consultorios amigables para la diversidad sexual: guía de implementación. Argentina, 2013.

6.6.2 Participación comunitaria e iniciativas de la sociedad civil

Parte de los problemas en las estrategias de prevención con las poblaciones clave se basa en un divorcio entre los servicios públicos y la población que los usa: el personal de salud no está lo suficientemente sensibilizado y capacitado para atender a población la población HSH/trans y de trabajadoras y trabajadores sexuales. A su vez, la población al estar altamente estigmatizada y excluida, tiene una limitada cultura de acceso a servicios de salud. En ese sentido, la participación comunitaria emerge como una alternativa para cerrar la brecha entre los servicios y la población. La literatura internacional muestra que en países de escasos recursos, la participación comunitaria puede: incrementar el acceso a servicios de prevención, incrementar la cobertura de programas, mejorar niveles de retención en los centros de salud, potenciar procesos de transformación social, e incluso disminuir la incidencia de VIH y otras ITS⁵⁰.

Somos Gay en Paraguay

En algunos países, algunas organizaciones de la sociedad civil se presentan como alternativas a la atención en los servicios públicos. Este es el caso de la asociación Somos Gay en Asunción, Paraguay cuya labor a través de una clínica comunitaria, puede servir de ejemplo de buena práctica para acercar los servicios de salud a la población clave⁵¹. La clínica Kuimba´e es un centro que se enfoca en la salud del hombre y en la detección temprana del VIH, establecido en Asunción. Este centro provee servicios de consejería y prueba de VIH, sífilis y otras ITS, atención médica relacionada a ITS, atención psicológica y odontológica. El personal de la clínica es miembro de la comunidad gay o está altamente sensibilizado. El horario de atención es de 2 de la tarde a 10 de la noche de lunes a sábado, sin necesidad de sacar una cita y todos los servicios son gratuitos gracias al financiamiento de la cooperación internacional (Aids Healthcare Foundation). Como elemento innovador y a fin de facilitar el proceso de diagnóstico de VIH, la clínica ha aplicado un algoritmo de confirmación de casos basado en el uso de dos pruebas rápidas secuenciales, siguiendo los lineamientos de la OMS⁵², sin necesidad de hacer una prueba de ELISA o western blot. Los casos detectados son derivados en el programa nacional de VIH (PRONASIDA), a través de agentes comunitarios que facilitan el proceso de inscripción. Es

50 Wouters E, Van Damme W, van Rensburg D, et al. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. *BMC Health Serv Res* 2012 12:194.

Rodriguez-Garcia R, et al. Evaluation of the community response to HIV and AIDS: learning from a portfolio approach. *AIDS Care* 2013;25 Suppl 1:S7-19.

Celleti et al. Can the deployment of community health workers for the delivery of HIV services represent an effective and sustainable response to health workforce shortages? Results of a multicountry study. *AIDS* 2010;24 Suppl 1:S45-57.

51 <http://somosgay.org/el-centro/kuimba-e>

52 OMS 2012. Service Delivery Approaches to HIV Testing and Counselling (HTC): A Strategic HTC Programme Framework. Asociación Somos Gay. Reporte de incidencia Kuimba´e y MWC. 2014.

así como de 53 casos detectados hasta abril del 2014, el 100% estaba en el programa nacional y el 90% se encontraba en tratamiento antirretroviral por cumplir con los criterios de inicio de tratamiento⁵³.

Ovejas Negras en Uruguay

La participación también puede establecerse como un complemento o refuerzo a los servicios existentes. Por ejemplo, la asociación Ovejas Negras de Montevideo, Uruguay lidera un proyecto coordinado con la municipalidad de esta ciudad, la Universidad República y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), llamado Centros de Salud Libres de Homofobia, enfocado en las policlínicas barriales de la ciudad. El proyecto tiene como objetivo el sensibilizar a la comunidad circundante a los servicios para incorporar una postura de respeto a la diversidad e incrementar la demanda de servicios de salud de la población LGBT, con foco en la salud sexual y reproductiva. Es decir, el proyecto se enfoca en la integración de la población clave a los servicios existentes de salud primaria al mejorar la calidad de atención para esta población. Dentro de las actividades se capacita al personal de salud, a los vecinos de la comunidad que participan en los centros, y a los residentes de Medicina Familiar que laboran en los policlínicos. Estas actividades se complementan con una estrategia de mercadeo social en los puntos de encuentros de la población LGBT y en internet, para difundir la existencia de estos centros. A través de reuniones mensuales se evalúan las acciones y se discuten mejoras en su implementación⁵⁴.

Centros Comunitarios en El Salvador

Otro mecanismo para incrementar la participación comunitaria de la población clave consiste en buscar la integración de los servicios públicos y comunitarios como parte de la respuesta. Como ejemplos, podemos mencionar los programas de El Salvador con el Fondo Global. El programa “Innovando servicios, reduciendo riesgos, renovando vidas en El Salvador” tiene como una de sus actividades la instalación de Centros Comunitarios de Prevención Integral (CCPIs), los cuales son manejados por organizaciones de la sociedad civil. En estos centros brindan servicios de diagnóstico del VIH, asesoría y acompañamiento en violaciones de derechos y realizan la coordinación con

53 Asunción, Paraguay. <https://prezi.com/dxi0xgxozyx/reporte-de-incidencia-kuimbae-mwc-abril-2014/>

54 <http://www.unfpa.org.uy/proyectos/proj-centros-de-salud-libres-de-homofobia.html>. Complementada con información provista por informante clave.

las clínicas de atención integral del Ministerio de Salud, para atender a las personas diagnosticadas con VIH. Según el programa, deberán ser instalados 14 CCPIs entre para el año 2016⁵⁵.

6.6.3 Aproximación comunitaria a la prueba

Las aproximaciones comunitarias a la prueba de VIH consisten en intervenciones como servicios móviles de diagnóstico, proporcionar la prueba en lugares de trabajo, en organizaciones de base, realizar la prueba a los contactos de un caso índice, entre otras. Como hemos señalado, el acceso al diagnóstico es el principal cuello de botella para la prevención en población clave en la región. La oferta de servicios de salud es insuficiente, lo que se refleja en la limitada cobertura y acceso a la prueba. La evidencia científica muestra el impacto positivo de las aproximaciones comunitarias a la prueba de VIH: un meta-análisis y revisión de la literatura reciente que comparó la aproximación comunitaria a la prueba de VIH vs. la oferta en servicios de salud encontró en los primeros: un incremento de la aceptación de la prueba de hasta diez veces y de siete veces en la cobertura, una mayor proporción de personas haciéndose la prueba por primera vez, mayor proporción de participantes con CD4 por encima de 350 células/ml (diagnóstico temprano) y una menor proporción de positivos⁵⁶.

6.6.4 Unidades móviles para diagnóstico del VIH

En la región existen algunos ejemplos que evidencian el impacto de estas aproximaciones en la mejora de indicadores de acceso y cobertura a la prueba de VIH. En Perú, el Proyecto Somos implementó una unidad móvil para la aplicación de la prueba rápida de VIH y sífilis en diversas zonas de la ciudad de Lima entre los años 2007-2009. Al comparar a las personas de la población clave que se realizaron la prueba en la unidad móvil vs. las que se realizaron la prueba en una clínica de salud durante el período del estudio se encontró en las primeras: una mayor proporción de población trans, mayor proporción de haber tenido sexo transaccional, mayor uso de alcohol/drogas en la última relación sexual y una mayor proporción de personas que se hacían la prueba por primera vez. Dentro de este último grupo, la prevalencia de VIH fue de 49% para mujeres trans y de 11% para población HSH⁵⁷. Esta intervención

55 http://www.plan.org.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=314:plan-es-receptor-de-139-millones-para-lucha-contra-vih&catid=2:noticias&Itemid=57. Más información provista por informante clave de El Salvador.

56 Suthar A, Ford N, Bachanas P, Wong VJ, Rajan J, Saltzman A, et al. Towards Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Med* 2013 Aug;10(8):e1001496.

57 Lipsitz MC, Segura ER, Castro JL, et al. Bringing testing to the people - benefits of mobile unit HIV/syphilis testing in Lima, Peru, 2007-2009. *2014 Apr*;25(5):325-31.

muestra que el uso de una unidad móvil facilita el llegar a una población de alto riesgo que no necesariamente acude a centros de salud, lo que podría permitir identificar a personas seropositivas en estado inicial de la infección. La estrategia puede ser adoptada por el Ministerio de Salud como complemento de los servicios ofrecidos por los centros de ITS para población clave.

Un estudio similar realizado en el departamento de Escuintla en Guatemala, muestra los resultados de la implementación de un servicio móvil de diagnóstico de VIH, dos veces por semana en zonas comerciales de encuentro sexual. Al igual que el estudio de Lima, la unidad de testeo móvil en comparación con el establecimiento de salud, captó más gente que nunca se había hecho una prueba de VIH, y una mayor población trans⁵⁸. De las personas testadas en el servicio móvil, había una menor prevalencia de VIH que en los establecimientos de salud; esto se puede explicar al tener una mayor cobertura en población que no necesariamente es la de mayor riesgo. Se asume que las personas que acuden a los servicios de salud a hacerse una prueba lo hacen motivadas por la percepción de haber estado expuestas al virus. Por ende, la prevalencia de VIH es mayor. Asimismo, es posible dirigir los servicios móviles y aumentar su costo-efectividad si se realiza una búsqueda activa de la población en mayor riesgo, identificando las áreas de trabajo sexual o los lugares de socialización donde se realizan encuentros sexuales⁵⁹.

6.6.5 Alianza con organizaciones de la sociedad civil para aumentar el acceso a la prueba

Por otro lado, en Brasil se está implementando el proyecto “Viva mejor sabiendo” del Ministerio de Salud de Brasil junto con Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que tiene como objetivo probar la estrategia del uso de pruebas rápidas orales para VIH en poblaciones clave (HSH, mujeres trans, usuarios de drogas, trabajadores y trabajadoras sexuales), con el fin de aumentar el acceso a las pruebas y el diagnóstico temprano. La iniciativa consiste en la asignación de fondos, a través de concursos públicos; hasta el 2014, había asignado fondos a 33 organizaciones de la sociedad civil (organizaciones de base u ONGs) en 21 ciudades para implementar proyectos pilotos en distintas zonas del país⁶⁰. Las organizaciones son apoyadas por personal técnico para la implementación de las pruebas, aunque al ser pruebas

58 Lahuerta M, Sabido M, Giardina F, Hernandez G, Palacios JF, et al. Comparison of users of an HIV/syphilis screening community-based mobile van and traditional voluntary counselling and testing sites in Guatemala. *Sex Transm Infect* 2011 87: 136–140.

59 Instituto Nacional de Salud Pública. Modelo de detección de casos de VIH usando pruebas rápidas. México, 2014.

60 Es posible acceder a los ganadores del concurso en la página del programa de VIH del Ministerio de Salud de Brasil: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos_campanhas/2014/56157/resultado_selecao_tecnica_edital_fluido_oral2014.pdf

orales, no se requiere personal de laboratorio. Además de las pruebas, se entregan preservativos, lubricantes y material comunicacional sobre prevención. La colaboración con estas instituciones tiene como fin el llegar a aquella población que no suele acudir a los servicios de salud, pero que puede ser abordada a través de pares o instituciones con experiencia de trabajo de campo. Entre los meses de abril y noviembre del 2014 se han entregado más de 41,000 kits para pruebas rápidas.

Este proyecto es un ejemplo de cómo el sector público puede asociarse con la sociedad civil para incrementar la llegada de los servicios de salud o para trasladar algunas funciones, como el diagnóstico comunitario en población clave. La participación comunitaria es clave para cerrar la brecha entre el sistema de salud y grupos poblaciones con un alto nivel de estigma y marginación, al recurrir a la misma población para reforzar el acceso y la llegada de las intervenciones.

6.6.6 Implementación de pruebas rápidas

La aplicación de pruebas rápidas es una alternativa para facilitar el acceso a pruebas de VIH en la población clave. Se han descrito como barreras para el acceso a la atención en los centros de salud los largos tiempos de espera o la necesidad de realizar una segunda visita para recoger el resultado. El uso de pruebas rápidas permite acortar los procesos en el centro de salud, a la vez que se obtiene el resultado el mismo día. Además facilitan la aplicación de estrategias móviles para el diagnóstico⁶¹. En la actualidad existen diferentes opciones de pruebas rápidas validadas que pueden ser utilizadas para el diagnóstico⁶². Algunos países (como Argentina o Brasil) han adaptado sus guías de diagnóstico de VIH para incorporar el uso de pruebas rápidas⁶³. México se encuentra en el proceso de adaptación. Aunque aún no se tienen evaluaciones que documenten los alcances de esta estrategia, la literatura internacional ha mostrado la efectividad de estas medidas para incrementar el diagnóstico de VIH⁶⁴.

Los países de la región deben seguir en la línea de la implementación de pruebas rápidas como parte de su oferta diagnóstica de VIH para poblaciones clave. En estos grupos, donde la oferta y acceso a servicios se encuentra limitada, es necesaria una mayor eficiencia de los sistemas de salud. El uso de pruebas rápidas, sumadas a las iniciativas extramurales con involucramiento de la comunidad, puede contribuir a mejorar los indicadores de detección

61 Organización Panamericana de la Salud. "Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH –Región de Américas". Washington, D.C., OPS. 2009. WHO. HIV Assays: Operational characteristics. Report 16, Rapid Assays. 2009.

62 http://www.who.int/diagnostics_laboratory/publications/Report16_final.pdf

63 Bouzas, M. B.; Cudola, A.; Salomón, H. Propuesta sobre nuevos algoritmos de diagnóstico de VIH, Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, 2013. Schito ML, Peter TF, Cavanaugh S.

64 Opportunities and Challenges for Cost-Efficient Implementation of New Point-of-Care Diagnostics for HIV and Tuberculosis. J Infect Dis. 2012;205 Suppl 2:S169-80.

temprana de nuevas infecciones y a su enlace en los servicios de salud.

6.7 ESTRATEGIAS PARA USUARIOS DE DROGAS

OMS recomienda un enfoque de reducción de daños basado en evidencias para abordar la prevención, atención, y tratamiento de VIH para las personas que usan drogas, y ha definido un paquete de intervenciones que incluye: programas de distribución e intercambio de jeringas; tratamientos de sustitución; pruebas y consejería para el VIH; tratamiento de tuberculosis y hepatitis virales; prevención y tratamiento de las diversas infecciones de transmisión sexual; atención y tratamiento antirretroviral para el VIH; e información, educación y consejería para la reducción de riesgos. El concepto de reducción de daños también abarca la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal.

La reducción de daños está plasmada en documentos de políticas públicas de Argentina, Brasil, Colombia, México, Paraguay y Uruguay, pero no en los países centroamericanos. En muchos países de la región los programas de VIH no se articulan con la agenda de drogas para ofrecer una atención integral.

En la mayoría de los países latinoamericanos, los centros de tratamiento por drogas basan sus intervenciones en un modelo abstencionista, cuyo objetivo principal es el abandono del consumo. El modelo abstencionista dificulta el trabajo respecto a la sexualidad y el VIH porque se centra en “dejar las drogas” y no en otros problemas relacionados con el consumo⁶⁵.

México y Brasil ofrecen buenos ejemplos de implementación de estrategias diferenciadas para la prevención del VIH en población usuaria de drogas, especialmente en población inyectable. En los últimos años, los países del Cono Sur de Sudamérica (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), han buscado diseñar e implementar estrategias de prevención y atención de VIH para usuarios de crack y pasta base de cocaína, los cuales habían permanecido fuera de los programas para poblaciones clave⁶⁶. Las intervenciones buscan aumentar el acceso a preservativos, lubricantes, a la prueba de VIH y al tratamiento de la infección. El enfoque consiste en enlazar programas de salud mental o servicios de atención a usuarios, con los servicios de prevención de VIH, capacitando al personal de ambos servicios para reconocer y atender las necesidades específicas de esta población.

65 Rossi, Diana. 2012. Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

66 UNODC. Crack y VIH: un nuevo reto para los sistemas de salud. En: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2012/08/30-crack-e-hiv-um-novo-desafio-para-os-sistemas-de-saude.html>

En México, las estrategias de prevención se enfocan en la reducción del riesgo de transmisión de infecciones (VIH, Hepatitis) en usuarios de drogas inyectables. Se trata del Modelo de Mitigación de Daños, el cual se basa en el trabajo con promotores de pares, la consejería y pruebas y la referencia a servicios de salud⁶⁷. Dentro de las acciones realizadas se encuentra el intercambio de jeringas, la instrucción sobre el uso higiénico y desinfección de agujas, implementación de sitios para inyección segura, tratamiento de morbilidades asociadas al uso de inyectables, información sobre servicios de rehabilitación, distribución de preservativos, referencia a los CAPASITS y en algunos casos se ofrecen servicios móviles para acceder a la prueba de VIH⁶⁸. En algunos centros se incluyen programas de sustitución con metadona, una intervención recomendada por la OMS pero que aún no es común en la región. En Brasil, las estrategias con usuarios de drogas inyectables son similares a las mexicanas y también se basan en la reducción de daños⁶⁹.

El principal desafío en esta población se encuentra en el trabajo de inclusión social para garantizar el acceso al derecho a la salud (tanto a nivel de VIH, como de programas de salud mental y salud integral) y a servicios básicos ofrecidos por las instituciones públicas.

6.8 ESTRATEGIAS PARA PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

La información sobre VIH y PPL es bastante escasa en la región, a pesar que muchos países mencionan a este grupo como población clave en los documentos de planificación estratégica. Las dinámicas de transmisión en esta población no han sido descritas en documentos recientes. Los centros penitenciarios incluyen servicios de salud, donde la disponibilidad de pruebas de VIH o provisión de preservativos es variable según los distintos programas de la región y no es una práctica sistemática en la mayoría de países. Una limitación para la aplicación de estrategias, se da en que los sistemas de salud en centros penitenciarios no dependen de los Ministerios de Salud, sino de instituciones judiciales.

Como parte de los avances con esta población se puede mencionar a Brasil, donde desde el año 2013 la administración de salud en prisiones pasó a ser competencia del Ministerio de Salud. Asimismo en El Salvador se ha implementado una estrategia para mejorar la atención de VIH en PPL⁷⁰.

67 Ramos R. Modelo de Mitigación de Daños. Programa Compañeros A.C. México, 2011.

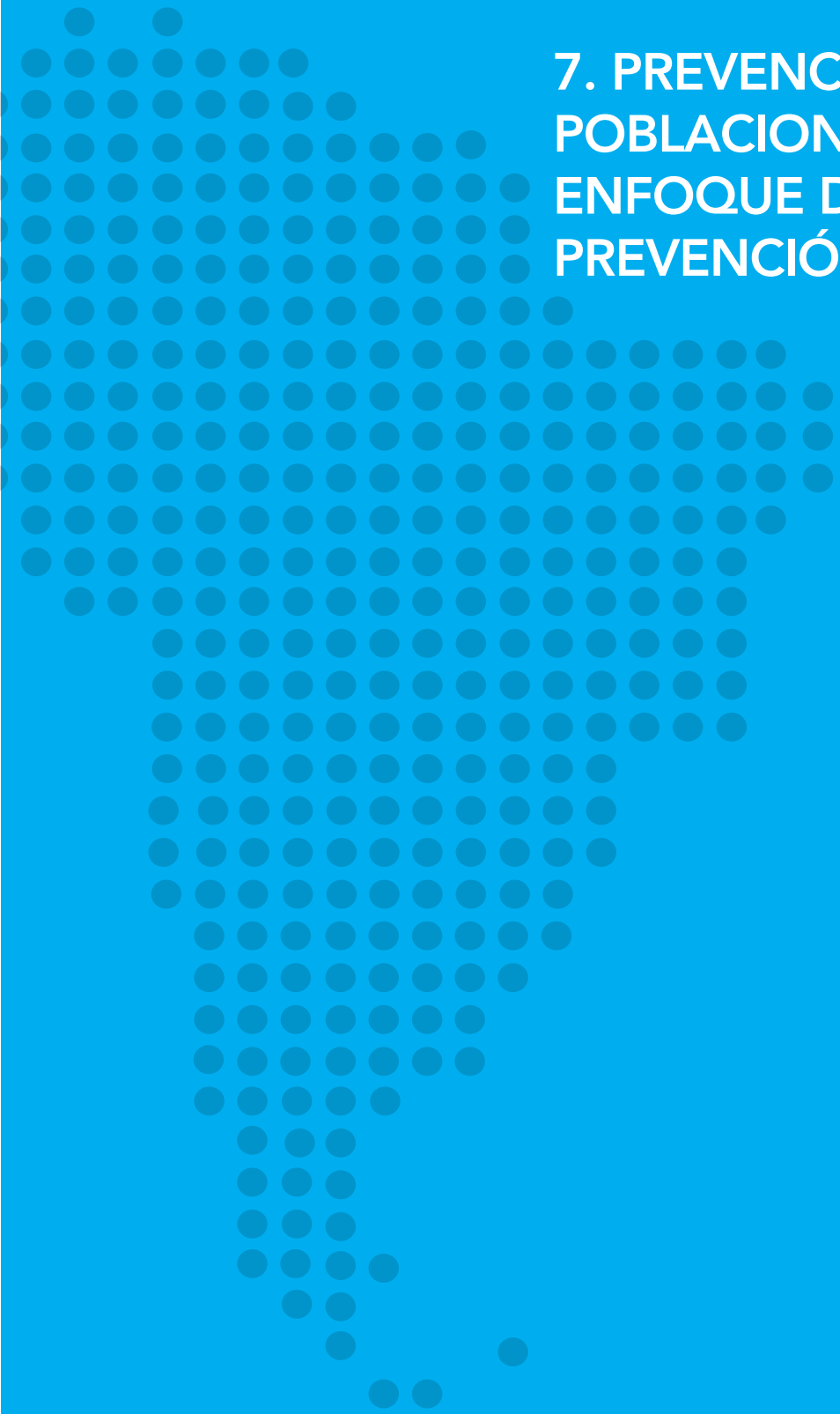
68 Lozada R. Reducción del daño en usuarios de drogas inyectables de Baja California. ISP Baja California, CENSIDA. En: http://www.icyt.df.gob.mx/documents/cursos_diplomados/vih_sida/UDIS_DRA_LOZADA.pdf

69 Inglez-Dias A, Mendes Ribeiro J, Bastos FI, Page K. Políticas de redução de danos no Brasil: contribuições de um programa norte-americano. Cien Saude Colet. 2014;19(1):147-57.

70 OPS. Promueven la salud y prevención del VIH en personas privadas de libertad. 2014. En: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=930%3Apromueven-la-salud-y-prevencion-del-vih-en-personas-privadas-de-libertad&Itemid=291

71 Ministerio de Salud de El Salvador. Fortalecimiento de la Respuesta Regional al VIH y las ITS en Personas Privadas de Libertad (PPL). San Salvador, 2013.

Esta estrategia se lleva a cabo entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia. Dentro de las acciones planteadas se encuentra el tamizaje continuo de VIH junto con la detección de tuberculosis. Para agosto del 2014 se habían diagnosticado 260 nuevas infecciones de VIH. Asimismo, se espera coordinar y replicar esta estrategia en otros países de Centroamérica⁷¹.



7. PREVENCIÓN EN POBLACIONES CLAVE: ENFOQUE DE CONTROL VS. PREVENCIÓN COMBINADA

En general, se puede decir que el enfoque de prevención de VIH prevaeciente en América Latina para poblaciones clave continúa siendo sanitarista. La respuesta al VIH se enfoca principalmente como el control de una infección, sin llegar a abordar los determinantes sociales de la enfermedad (pobreza y exclusión en grupos como mujeres trans o usuarios de drogas, estigma elevado en minorías sexuales, marcos legales que no garantizan el ejercicio de derechos de las poblaciones, limitadas opciones de empleo, situaciones de violencia, etc.). Las principales estrategias implementadas siguen siendo la provisión de condones, el diagnóstico de VIH e ITS y en algunos casos, la promoción de pares. La mayoría de estas intervenciones se llevan a cabo principalmente en los centros de salud. Existe un limitado involucramiento de la comunidad, tanto en la planificación como en la ejecución de los servicios. En varios países el contexto de debilidad de los sistemas públicos de salud (limitado recurso humano, limitada oferta de servicios, servicios no integrados), se suma al alto nivel de marginación y desconfianza hacia el sistema de salud presente en poblaciones clave, para resultar en una cobertura insuficiente y un acceso limitado. Los servicios de prevención y atención no se encuentran integrados en la mayoría de países y las estrategias no parecen reflejar aún el abordaje del continuo del tratamiento. La principal brecha encontrada está en el abordaje de la población de mayor riesgo para que acceda al diagnóstico. Esto afecta, consecuentemente, la detección de nuevos casos y su enlace al sistema de salud. Este enfoque sanitarista se observa principalmente en los países de Centro América, la Región Andina y algunos del Cono Sur (Chile y Paraguay).

Asimismo, se observan algunas divergencias entre el enfoque en los documentos de planificación y las estrategias implementadas. Por ejemplo, Ecuador plantea un enfoque de derechos para la respuesta a la epidemia en el Plan Estratégico Multisectorial de Respuesta Nacional al VIH/sida con la participación de diversos sectores (salud, educación, justicia). Sin embargo, las actividades de prevención siguen basándose en estrategias clásicas como la distribución de condones y la prueba de VIH en servicios de salud. En países como Argentina, el Plan Estratégico sobre el VIH no es realmente un plan multisectorial. Es una estrategia de la Dirección de Sida del Ministerio de la Salud. Aunque esta dirección articula con otros actores estatales en la implementación de las actividades que requieren la participación de otros sectores, esta colaboración no está siempre mencionada explícitamente en las estrategias.

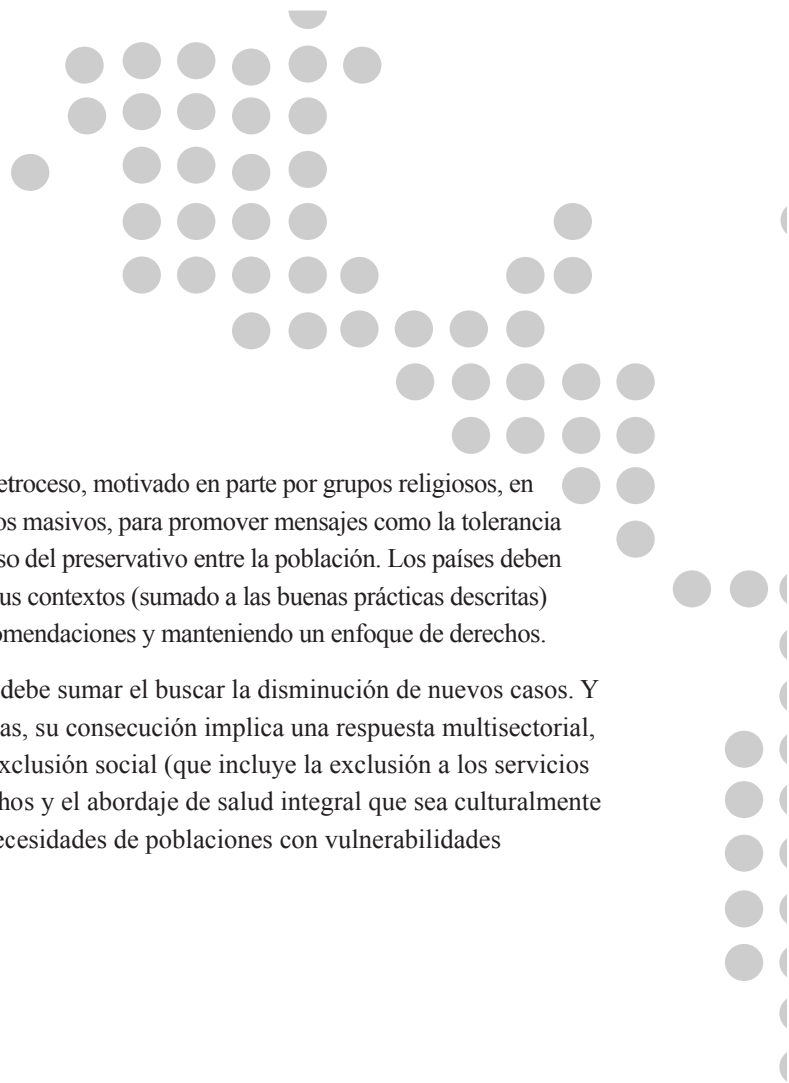
Los países de la región que han presentado un mayor avance en el abordaje integral de las respuestas son Argentina, Brasil, México y Uruguay.

Argentina y Uruguay han impulsado políticas desde el gobierno nacional, para garantizar los derechos de la población LGBT. De esta manera, la salud en estas poblaciones (incluyendo el abordaje del VIH) se ha hecho desde una perspectiva de inclusión social. En ambos países existen programas para fomentar el empleo en población trans, por ejemplo la asistencia a poblaciones en situación de pobreza. A través de los Consultorios Amigables en Argentina, se ha buscado generar espacios que permitan aumentar el acceso de la población de la diversidad sexual a los servicios de salud existentes. Por otro lado, Uruguay ha buscado mejorar la provisión de servicios a esta población empezando por la red municipal de salud. Asimismo, Argentina ha implementado el tratamiento independiente del nivel de CD4. La principal limitación consiste en basar la oferta de servicios en instituciones de salud, para una población cuyo acceso es limitado.

Brasil y México han buscado adaptar las respuestas en prevención a los enfoques de prevención combinada y a las recomendaciones internacionales. Ambos ofrecen tratamiento independiente del nivel de CD4, con el fin de no perder a las poblaciones de mayor riesgo una vez que son diagnosticadas y para disminuir la carga viral comunitaria en estos grupos, a fin de disminuir la transmisión. Asimismo, también implementan programas de reducción de daños para usuarios de drogas siguiendo las recomendaciones internacionales. Brasil por su parte, ha incorporado la profilaxis post-exposición para relaciones sexuales de riesgo (fuera de violaciones sexuales) pudiendo estar al alcance de la población clave y actualmente está evaluando el uso de PrEP como estrategia de salud pública a través de dos estudios demostrativos. El enfoque de Brasil prioriza las intervenciones en los grupos que concentran los nuevos casos (población HSH y trans, especialmente adolescentes en ambos grupos, usuarios de drogas y trabajadores sexuales)⁷². A las estrategias mencionadas anteriormente se le han agregado intervenciones estructurales, como la integración de organizaciones de la sociedad civil para facilitar el acceso al diagnóstico en población clave.


72 Fabio Mesquita, Ministerio de Salud de Brasil. Prevención Combinada. Presentación en Consulta Nacional: Construyendo Capacidades en Prevención Combinada del VIH en Perú. Lima, 2014.

Como se puede observar, la prevención combinada para población clave en Brasil recae casi en su totalidad en el sector salud. Sin embargo, en los últimos



años este país ha registrado un retroceso, motivado en parte por grupos religiosos, en campañas educativas o de medios masivos, para promover mensajes como la tolerancia hacia la diversidad sexual o el uso del preservativo entre la población. Los países deben adaptar las recomendaciones a sus contextos (sumado a las buenas prácticas descritas) buscando incluir las nuevas recomendaciones y manteniendo un enfoque de derechos.

A las metas de 90-90-90, se le debe sumar el buscar la disminución de nuevos casos. Y si bien estas metas son sanitarias, su consecución implica una respuesta multisectorial, que aborde aspectos como la exclusión social (que incluye la exclusión a los servicios de salud), el ejercicio de derechos y el abordaje de salud integral que sea culturalmente competente para abordar las necesidades de poblaciones con vulnerabilidades específicas.



8. BRECHAS Y RETOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE PREVENCIÓN COMBINADA

Una de las principales limitaciones existente en la región, es la reducida oferta de servicios para población clave. En la mayoría de los países, no se cuenta con una red muy amplia de servicios diferenciados. Las limitaciones en la provisión de servicios señaladas anteriormente (experiencias de discriminación, personal con poco entrenamiento para atender población de la diversidad sexual, desconfianza en los usuarios) disminuyen el acceso de la población clave. La población trans o los usuarios de drogas, tiene un alto nivel de marginación que los aleja de los programas existentes. Los servicios de prevención (prueba de VIH, provisión de preservativos) no deben estar concentrados solo en los establecimientos de salud, si se quiere llegar a la población más excluida.

El acceso y la disponibilidad de la prueba de VIH es un cuello de botella existente en la región, tanto para la implementación de estrategias basadas en antirretrovirales, como para el tratamiento de las personas con VIH. Asimismo, es necesario reforzar el enlace entre los servicios de prevención y tratamiento. Con un acceso a servicios de prevención limitado, es necesario cuidar que aquella proporción que llega a los servicios y se identifican como positivos no se pierden en la referencia a los hospitales donde se da el tratamiento (en la mayoría de países de la región). Esto puede realizarse en colaboración con organizaciones de la población clave, reforzando los servicios con mayor recurso humano, o integrando servicios de prevención y atención.

Por otro lado, el uso de tratamiento antirretroviral temprano implicará aumentar la carga de usuarios en los servicios de salud. Se han descrito deficiencias en la región, tanto en el recurso humano, como en las cadenas de suministro que en algunos casos generan desabastecimiento de medicamentos e insumos. El adaptar los programas a una estrategia de testeo y oferta de tratamiento (“test and treat”) implica necesariamente reforzar los servicios de salud.

A lo largo del documento, hemos mencionado algunas estrategias implementadas en la región que pueden contribuir a mejorar los servicios, como la participación comunitaria, las estrategias extramurales en la provisión de servicios, la capacitación del personal de salud en temas de diversidad sexual, la oferta de servicios que cubran otras necesidades de la población además del VIH, o el proveer tratamiento antirretroviral en los centros de atención dirigidos a personas de la población clave. Asimismo, los países deben considerar la necesidad de aumentar la cantidad de recurso humano disponible para otorgar tratamiento y la integración de los servicios de prevención y atención.

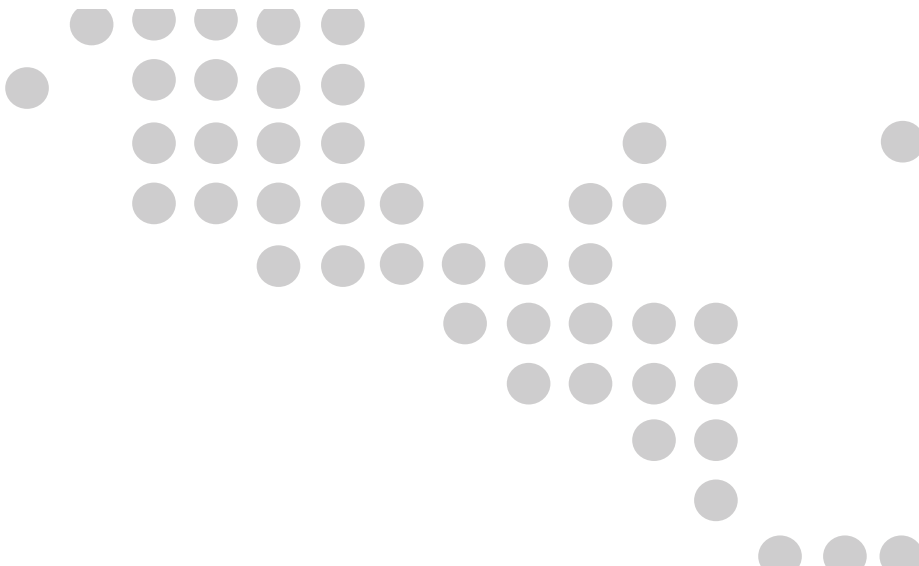
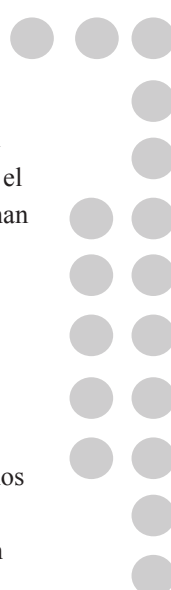
Complementariamente, las actuales estrategias deben reforzar las intervenciones conductuales que tienen como objetivo el modificar hábitos o adoptar conductas saludables en el autocuidado y en el ámbito de la sexualidad. Para esto es necesario generar evidencia que describa los contextos específicos de las prácticas sexuales de la población: el trabajo sexual, los espacios de socialización, el uso de internet, los tipos de pareja, entre otros. Los mensajes de prevención que se utilicen deben estar dirigidos a cubrir las vulnerabilidades específicas encontradas en relación a las posibles conductas de riesgo y el autocuidado.

Finalmente, existe la necesidad de evaluar las intervenciones y programas que se implementan en la región. Los reportes de avances elaborados por los países permiten obtener un panorama general del estado de la prevención del VIH. Sin embargo, es necesario contar con información que permita identificar a los grupos más vulnerables dentro de las poblaciones, evaluar la cobertura de los programas, el acceso a los servicios y el impacto de las estrategias adoptadas tanto en indicadores programáticos, como epidemiológicos.

A decorative graphic on the left side of the page, consisting of a grid of small, light blue dots. The dots are arranged in a pattern that tapers to the right, creating a sense of depth and movement. The dots are spaced evenly, and the overall effect is a modern, minimalist design.

9. CONCLUSIONES

- La epidemia de VIH en la región se concentra en la población de hombres que tienen sexo con hombres, donde se siguen generando la mayoría de nuevas infecciones. La población de mujeres trans tiene la prevalencia más alta de VIH en los países donde ha sido medida.
- Las condiciones de vulnerabilidad son similares a través de la región. Existen grupos como el de mujeres trans o de usuarios de drogas que viven en un contexto de pobreza y exclusión social, el cual limita la efectividad de las estrategias implementadas, ya que éstas no llegan a la población de mayor riesgo.
- Aunque algunos países de la región han mostrado avances en la legislación para favorecer a la población clave (legalización del matrimonio homosexual o de las uniones civiles, leyes de identidad de género, despenalización del consumo de drogas), el entorno legislativo es aún desfavorable en la mayoría de países de la región. Más allá de un aspecto de justicia social, la legislación mencionada incrementa el acceso a los servicios de salud, potencia las intervenciones y hace más eficiente el uso de recursos.
- En la actualidad, el enfoque de prevención en la región es principalmente sanitarista con un enfoque pronunciado en un paradigma de control. Las principales actividades de prevención en la región se basan en la provisión de preservativos, el control de ITS y diagnóstico de VIH, y en algunos casos las actividades de los promotores de pares. Estas actividades se realizan principalmente en centros de salud de nivel primario, con servicios diferenciados para la población clave, los cuales presentan algunas limitaciones en la oferta de servicios y el acceso.
- Existen estrategias implementadas en la región, para mejorar los servicios en los centros de salud. Estas consisten en: ofrecer servicios que cubran prioridades de la población junto con los programas de VIH (México), generar centros de salud gestionados por la sociedad civil que complementen los servicios públicos (Paraguay), o reforzar los servicios públicos para mejorar la atención de población clave (Argentina, Uruguay).

- 
- Argentina y Uruguay han mostrado un mayor avance en el enfoque de la prevención en grupos clave teniendo como objetivo la inclusión social y el acceso a los servicios de salud. Brasil y México son los países que más han avanzado en la actualización de estrategias biomédicas, en relación a las últimas recomendaciones internacionales.
 - Existe una brecha importante en la cobertura y acceso al diagnóstico de VIH en la población clave, la cual es principalmente pasiva al basarse en la detección en centros de salud. Algunos países han implementado alternativas como estrategias comunitarias, adopción de nuevos algoritmos de diagnóstico o actividades extramurales de los servicios para ampliar la cobertura. No hay planes nacionales de consejería y pruebas, y existen debilidades en la calidad de estos servicios.
 - La prevención basada en antirretrovirales es aún incipiente en la región y se basa principalmente en el tratamiento como prevención (Brasil y México). Es necesario reforzar los sistemas de salud pública en aspectos de cobertura y acceso si se considera la implementación de estrategias como PrEP que necesitan un acceso continuo a la prueba de VIH.
- 



10. RECOMENDACIONES

- Reforzar los sistemas de información para que sea posible evaluar el alcance de las estrategias en población clave, en relación a su cobertura, acceso y su impacto a nivel de la disminución de nuevos casos. En tal sentido, se deben elaborar cascadas del continuo de la atención para los grupos de población clave, especialmente los que tengan mayor carga de enfermedad en los países. Se debe fortalecer la recolección y análisis de datos sobre todas las poblaciones clave, particularmente la población trans.
- Elaborar e implementar planes nacionales costeados para ampliar la cobertura de acceso a pruebas diagnósticas y consejería en poblaciones clave. El marco legal debe garantizar el respeto a los derechos humanos incluyendo la voluntariedad, confidencialidad, el acceso a diagnóstico y la vinculación a los servicios. Es necesario actualizar las guías de consejería para incluir los distintos modelos de testeo (consejería y prueba voluntaria, consejería y pruebas de VIH iniciadas por el proveedor, etc.) y estandarizar los procesos, estrategias y contenidos. Se debe asegurar el cumplimiento de la consejería pre y post prueba, la capacitación y sensibilización de profesionales de la salud, y la disponibilidad de insumos necesarios. Se deben emplear estrategias comunitarias para poblaciones de difícil acceso, incluyendo la consejería de pares y el fortalecimiento del rol de la sociedad civil en el acompañamiento y monitoreo de la consejería y prueba.
- Establecer políticas regionales y nacionales para el diseño, transferencia tecnológica e implementación de algoritmos que contemplen el uso de pruebas rápidas como alternativa al diagnóstico tradicional de VIH.
- Diseñar estrategias que aseguren la vinculación, retención y tratamiento efectivos de aquellas personas con diagnóstico positivo.
- La estrategia de distribución y promoción de preservativos y lubricantes debe basarse en una programación que estime el tamaño de las poblaciones de mayor riesgo a fin de asegurar un abastecimiento continuo. Asimismo, no debe circunscribirse solamente a los servicios de salud, considerando su distribución en espacios de socialización, trabajo sexual o consumo de drogas. La promoción de cambios de comportamientos debe basarse en evidencia sobre los contextos específicos de las prácticas sexuales de la población y sus vulnerabilidades específicas.

- Integrar los servicios de VIH con servicios de salud mental o salud primaria para ampliar la cobertura y cubrir aquellos aspectos relacionados a la prevención que van más allá del tamizaje de infección y las prácticas sexuales.
- Realizar consultas nacionales entre los actores de las respuestas nacionales, para discutir la viabilidad, aceptación e impacto potencial de nuevas estrategias de prevención que puedan ser adoptadas en el marco de los guías de la OMS⁷³.
- Sistematizar y disseminar las buenas prácticas en prevención implementadas en la región, para que puedan ser adaptadas en las diferentes respuestas nacionales (como por ejemplo la iniciativa de Consultorios Amigables en Argentina).
- Considerar la implementación de nuevas estrategias de prevención en los países que conservan las estrategias clásicas: evaluar la necesidad para escalar estrategias de prevención basadas en antirretrovirales, como el PrEP, las brechas existentes antes de su implementación. La región debería aprender de los estudios demostrativos de PrEP en Brasil. Asimismo se debería considerar la posibilidad de implementación de estrategias como la circuncisión masculina.
- Establecer o reforzar alianzas con organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias que permitan el diseño de estrategias culturalmente sensibles para la población clave y la transferencia de algunas funciones para ampliar la cobertura de servicios, en aquellas áreas donde se han identificado las mayores brechas.
- Capacitar al personal de salud a nivel regional en la provisión de servicios de salud para población clave y personas que viven con VIH que contemplen aspectos relacionados a la identidad de género, la diversidad sexual y las vulnerabilidades sociales presentes en la población más vulnerables a la epidemia.
- Diseñar programas de evaluación de las intervenciones y que permitan medir con mayor precisión la cobertura de las estrategias implementadas y el acceso a los servicios. En tal sentido, es necesario ir más allá de los

73 En el 2014 se realizó la consulta nacional, Construyendo Capacidades en Prevención Combinada del VIH en Perú a fin de determinar el estado actual de la prevención, las nuevas estrategias existentes y los siguientes pasos en la respuesta nacional. En esta consulta participaron actores del sector público, la sociedad civil, la academia tanto nacionales como internacionales.

indicadores presentes en los informes de avance, para incorporar indicadores relacionados a la identificación de poblaciones de riesgo, detección de nuevos casos o su enlace al sistema de salud.

- Fortalecer las intervenciones para reducir el estigma y la discriminación hacia las poblaciones clave y en torno al VIH, que son una de las principales barreras de la detección temprana del VIH y la aceptación del tratamiento. La discriminación en los servicios de salud debe ser eliminada, a través de un marco legal favorable, políticas basadas en los derechos humanos, capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud, acceso a justicia y mecanismos de denuncia.

APÉNDICE 1:

REFERENCIAS DE LA TABLA 2 SOBRE PREVALENCIAS EN POBLACIÓN CLAVE EN LA REGIÓN

Población General

Los datos de la población general (prevalencia de personas entre 15-49 años) son los últimos datos disponibles (del año 2013) en <http://www.aidsinfoonline.org/>, con la excepción de los de Argentina y Nicaragua, que son estimaciones de 2012 ya que estos países no publicaron datos de prevalencia de personas entre 15-29 años en 2013, y los de Honduras, que son de estimaciones de Spectrum de 2014.

HSH

Los datos de HSH son los últimos datos disponibles en <http://www.aidsinfoonline.org/>, con la excepción de los de Honduras, que son de la Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en poblaciones clave de Honduras 2012 (ECVC), realizada por la Secretaría de Salud de Honduras Departamento de ITS/VIH/SIDA.

Trans

- Los datos de trans de algunos países provienen de la Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de ITS y VIH en poblaciones clave: El Salvador, 2012; Guatemala, 2013; Honduras, 2012; Nicaragua, 2010.
- El dato de Panamá es de la Estimación del tamaño de las poblaciones clave en Panamá. W.M. Miller. PNIVS, ONUSIDA, PNUD. 2014.
- El dato de Perú es de: Sánchez JL et al. (2011) Estudio de Vigilancia Epidemiológica de ITS y VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres Comparando las Metodologías de Reclutamiento Muestreo por Conveniencia, Muestreo por Tiempo y Espacio y el Muestreo Dirigido por Participantes. FM – noviembre 2011. Lima: Dirección de Epidemiología – Ministerio de Salud, Impacta y CARE Perú
- Los datos de Argentina y Uruguay provienen de: Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013; 13(3): 214-22. Disponible en <http://www.natap.org/2013/HIV/PIIS1473309912703158.pdf>
- El dato de Bolivia proviene del Estudio de Prevalencia de VIH e ITS en mujeres trans (EPVTrans), que fue realizado en las ciudades de La Paz, El Alto,

- Cochabamba, Santa Cruz y Trinidad en 2012 en un universo total de 531 mujeres trans.
- Colombia: Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012, disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Informes%20Trimestrales%20VIH/Prevalencia%20VIH%20Trans%202012.pdf>
 - Ecuador: CEMSIDA Ecuador, disponible en http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=398&Itemid=
 - Paraguay: Estudio de prevalencia y comportamientos de riesgo 2012, PRONASIDA. GARPR 2014.

Trabajadores sexuales

Los datos de trabajadores sexuales provienen de <http://www.aidsinfoonline.org/>, con la excepción de los de Honduras, que son de la Encuesta de Vigilancia del Comportamiento Sexual y Prevalencias de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en poblaciones clave de Honduras 2012 (ECVC), realizada por la Secretaría de Salud de Honduras Departamento de ITS/VIH/SIDA, y de Ecuador que son de CEMSIDA Ecuador, disponible en http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=398&Itemid=

Usuarios de drogas:

- Los datos de Argentina, Brasil, y Guatemala provienen de <http://www.aidsinfoonline.org/>.
- Colombia: Estudio de Prevalencia de VIH y Comportamientos de Riesgos Asociados, en Usuarios de Drogas por Vía Inyectada (UDI) en la Ciudad de Cali – Colombia, 2012, disponible en <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO3832014-informe-estudio-prevalencia-de-vih-cali-diciembre.pdf>; Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira, 2012, disponible en <http://www.onsm.gov.co/images/stories/estudios/Estudio%20de%20la%20Prevalencia%20del%20VIH%20-%20Paginas.pdf>
- Paraguay: Estudio de Prevalencia de VIH/Sífilis y Comportamientos de Riesgo, 2013
- Uruguay: Informe GARPR 2014

Personas Privadas de Libertad:

- Chile: dato reportado de Spectrum 2013, Programa Nacional de prevención y Control

del VIH/SIDA/ITS, Ministerio de Salud, disponible en <http://www.achm.cl/seminarios/escuela%20verano%202014/concepcion/DOCUMENTOS/VIH%20SIDA.pdf>

- Colombia: Informe GARPR 2014
- Ecuador: CEMSIDA Ecuador, disponible en http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=398&Itemid=
- Paraguay: Informe GARPR 2014
- Uruguay: Informe GARPR 2014
- Guatemala: Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia del VIH e ITS, Universidad del Valle, ECVC, 2013
- Nicaragua: Situación Epidemiológica del VIH y TARV Nicaragua, Año 2013

ANEXO 1:

GUÍA DE ENTREVISTA PARA INFORMANTES CLAVE

Por favor, responda según sus conocimientos y en relación a su país o región de trabajo:

1. ¿Cuáles son las poblaciones clave para el VIH identificadas (por país)?
2. ¿Cómo se identifican a estas poblaciones? ¿Cada cuánto tiempo se revisa esta clasificación?
3. ¿Qué estrategias, programas y servicios existen para la prevención del VIH en poblaciones? (clínicas, centros comunitarios, espacios de consejería, servicios de salud, servicios móviles, etc.)
4. ¿Cómo catalogaría la cobertura de estos servicios? ¿Por qué?
5. ¿Cómo catalogaría el acceso de las poblaciones clave a la prueba de VIH? ¿Por qué?
6. ¿Cuáles son las principales barreras para la prevención del VIH en la población clave (desde las mismas poblaciones y desde la respuesta de salud pública)?
7. ¿Podría identificar buenas prácticas en prevención para poblaciones clave en su país o región, que puedan replicarse?
8. ¿Cuál es el estado de las leyes que garantizan los derechos de las poblaciones clave en su país o región de trabajo (facilitadores críticos)?
9. ¿De existir, cómo evaluaría el impacto de este marco normativo?
10. ¿Se han considerado nuevas estrategias para la prevención en poblaciones clave en el marco de las recomendaciones de la OMS (2013, 2014)? ¿Cuáles?
11. ¿Existen estrategias de prevención combinada diseñadas para poblaciones clave?
12. ¿Cuáles considera las prioridades en prevención para poblaciones clave para futuro inmediato?

ANEXO 2:

TALLER SOBRE USO DE PREP COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH PARA MUJERES TRANS EN AMÉRICA LATINA

El día 3 de noviembre de 2014 se llevó a cabo una sesión con las representantes nacionales de Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay, para discutir las implicancias del uso de PrEP y otras estrategias de prevención combinada en la población de mujeres trans. Esta sesión se desarrolló en el marco del taller organizado por REDLACTRANS para la elaboración de una nota conceptual al Fondo Mundial. Su finalidad fue el discutir y recoger la posición de las representantes de la REDLACTRANS sobre la implementación de nuevas estrategias para la prevención del VIH.

La sesión se inició con la presentación, Nuevas estrategias de prevención del VIH en el marco de la prevención combinada para mujeres trans en Latinoamérica. Se hizo hincapié sobre la descripción del uso de PrEP, el impacto demostrado, efectos secundarios y las consideraciones para su posible implementación como estrategia de salud pública. La información presentada buscó incluir información a nivel regional, mostrando aspectos como el limitado acceso a la prueba de VIH o las barreras de acceso a los servicios de salud. La presentación pudo evidenciar que más de la mitad de las asistentes desconocía información general sobre PrEP como la forma de uso, su efecto, en quiénes estaba indicado, entre otros. Este hecho puede ser de utilidad para mostrar que entre la población trans, quienes por su elevado riesgo podrían ser una población a la que se dirija el uso de PrEP, persiste un elevado desconocimiento de esta intervención. Es probable que si entre dirigentas que tiene mayor acceso a información y tienen un amplio conocimiento de la respuesta a la epidemia, la información sobre PrEP no ha sido difundida, tampoco haya llegado al resto de la población de mujeres trans.

Una vez concluida la presentación, se formaron tres grupos divididos por la región de origen de las delegadas (Centro América, Región Andina y Mercosur), para discutir unas preguntas guía. Las participantes discutieron las preguntas en los grupos y presentaron los resultados en forma de plenaria, para intercambiar posiciones y puntos de vista. A continuación presentamos las preguntas y resumimos las respuestas:

1. ¿Cuáles son las prioridades en prevención combinada para la población trans?

Hubo consenso entre las representantes sobre las prioridades de salud en prevención. Resalta la demanda por mejorar el acceso y la calidad de atención en los servicios públicos de salud dirigidos a poblaciones clave. Se evidencia la necesidad de tener protocolos integrales de salud trans, capacitar y sensibilizar al personal de salud en estos temas y el incorporar miembros de la población como parte de los servicios. Un grupo señaló que se debe capacitar en temas de género y diversidad sexual a los estudiantes en carreras de salud. Por otro lado, existe una demanda hacia los estados para garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos en la región y se enfatiza la necesidad de un monitoreo ciudadano, que incluya a las personas trans.

2. ¿Considera que PrEP puede ser útil para la prevención en mujeres trans?

Dada la eficacia demostrada de PrEP hubo consenso en que esta estrategia puede ser de utilidad para la prevención del VIH en mujeres trans. Sin embargo, se enfatizó que los programas que consideren el uso PrEP deberán ser implementados desde los Ministerios de Salud. Para que estos programas tengan éxito deben estar ligados a un diseño con enfoque de salud integral, con guías y protocolos adecuados y que informen a la comunidad.

3. ¿Qué grupos se deberían priorizar?

Los grupos coincidieron que se debe priorizar a las poblaciones vulnerables, incluyendo a las mujeres trans, población gay, trabajadoras y trabajadores sexuales y usuarios de drogas. Un grupo planteó el evaluar si dentro de la población de mujeres trans existían grupos de mayor riesgo que deban ser priorizados (como las mujeres trans en trabajo sexual).

4. ¿Cómo se debería implementar (quién lo debería proveer) : programa en servicios de salud vs. otras aproximaciones (ej. organizaciones comunitarias, promotores pares)?

Todos los grupos coincidieron en que si aplicara una estrategia como PrEP, deberían ser los programas de salud pública los que la lideren, con una activa

participación de las organizaciones de la sociedad civil especialmente las de las poblaciones en las que se enfocaría la estrategia. Sería necesario una estrategia de promoción, información y difusión de las intervenciones. Para esto se debería contar con el apoyo de la sociedad civil, trasladando estas tareas a promotoras pares.

5. ¿Qué otras intervenciones deberían tomarse en cuenta?

Hubo especial énfasis en la necesidad de una ley de identidad de género en aquellos países de la región que no la tienen. En cuanto a provisión de salud, además de la necesidad de servicios de salud integral se mencionó la necesidad trabajar aspectos de transformación corporal (terapia hormonal, información para disminuir el uso de silicona líquida) y brindar asistencia en salud mental, incluyendo experiencias de discriminación, violencia y uso de sustancias. Asimismo, un grupo mencionó que se deben reforzar iniciativas de investigación que permitan identificar a los grupos de mayor riesgo y determinen datos de la epidemia, como por ejemplo en aquellos países donde no hay información sobre población trans.

CONCLUSIONES:

La sesión pudo recoger las opiniones de representantes de mujeres trans de diversos países de la región. Se evidenció que el tema de uso de antirretrovirales para la prevención y el concepto de prevención combinada, son aún desconocidos por parte de las comunidades afectadas. Asimismo, hay un entendimiento de la población de mujeres trans de la potencialidad del PrEP para disminuir el riesgo de infección por VIH. Las representantes reconocen que los potenciales programas deberán ser implementados por los Ministerios de Salud, para que estos programas tengan mayor impacto. En ese sentido, es necesario cerrar la brecha existente de limitada oferta de servicios de prevención, personal de salud poco preparado para atender a la población trans y la ausencia de servicios de salud integral. Asimismo, se reconoce el rol que puede jugar la participación comunitaria para potenciar la efectividad de las estrategias. Es importante señalar que la prioridad en la agenda de la REDLACTRANS se enfoca en la mejora del marco normativo que garantice los derechos de las personas trans (leyes de identidad de género) y en aspectos de salud primaria, como la salud mental y los procesos de transformación corporal.

