

**Foro Público y Consulta Técnica sobre Nuevas Estrategias de Prevención en VIH:
Oportunidades y Desafíos para el Perú
Hotel Sol de Oro, Lima, Perú 2 – 4 de noviembre, 2011**

RELATORIA

ANTECEDENTES

Representantes del gobierno, académicos, líderes de la sociedad civil y expertos internacionales en el área del VIH se reunieron entre el 2 y el 4 de noviembre en Lima, Perú, para discutir las nuevas estrategias de prevención de VIH, y las oportunidades y desafíos que presentan en la respuesta a la epidemia del VIH en el Perú. La reunión se organizó ad-ventas de la preparación del nuevo Plan Estratégico Multisectorial (PEM) de VIH/SIDA 2012 – 2016.

La reunión se llevó a cabo a través de un Foro Público¹ y una Consulta Comunitaria (con participación de 25 personas representantes del gobierno nacional y los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, miembros de la academia, representantes de las poblaciones vulnerables y afectadas y representantes de la cooperación técnica internacional). Ambas actividades fueron convocadas por un equipo liderado por la Unidad de Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano (IESSDEH) de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con participación del Centro Virtual de Generación del Conocimiento en VIH/SIDA, organizaciones de investigación (Investigaciones Médicas en Salud, INMENSA y la Asociación Civil Selva Amazónica, ACSA), el Ministerio de Salud (MINSA) y el Instituto Nacional de Salud del Perú (INS), el Receptor Principal del Fondo Mundial para el SIDA, tuberculosis y malaria en Perú (CARE-Perú); la CONAMUSA, representantes de las comunidades vulnerables y afectadas, y FOROSALUD, y contó con auspicio de la OPS y ONUSIDA.

Las estrategias revisadas incluyeron (a) intervenciones biomédicas, entre ellas intervenciones basadas en antiretrovirales (profilaxis pre-exposición oral y tópica; tratamiento para la prevención) y circuncisión masculina; y (b) estrategias e intervenciones estructurales en el Marco de la Prevención Combinada. La reunión también sirvió como mecanismo de actualización y presentación de los nuevos desarrollos en el campo. El foro buscó involucrar a los diferentes actores nacionales en la discusión sobre las estrategias e iniciativas más relevantes en el contexto nacional para fortalecer la respuesta nacional al SIDA.

Se espera que esta experiencia pueda servir para abrir discusiones similares en otros países y regiones en torno del uso de las nuevas tecnologías de prevención del VIH.

¹ El foro fue abierto al público, y hubo pre-inscripción en línea a través de la página web: www.iessdeh.org/foronuevasperspectivas

El Foro Público fue organizado en dos sesiones públicas durante las tardes del 2 y 3 de noviembre, en las cuales se hicieron presentaciones formales a cargo de expertos internacionales, seguidas de una mesa redonda en la primera tarde. La Consulta Comunitaria se llevó a cabo durante las mañanas del 3 y 4 de noviembre. (Referirse al Anexo 1 para ver la versión detallada del programa de ambas reuniones).

A continuación encontrarán un resumen de las presentaciones del Foro y de la Consulta Comunitaria.

PUNTOS DESTACADOS DE LAS PRESENTACIONES EN EL FORO PÚBLICO²

Estado de la Epidemia Mundial del VIH: Rafael Mazín (OPS/OMS, Washington DC)

El Dr. Mazín describió la epidemia del VIH en las Américas, una región con 3.2 millones de personas viviendo con VIH, mayormente en América del Norte (48%) y América Latina (45%). Mientras que algunos países del Caribe tienen una epidemia generalizada (Bahamas, Belice y Haití) en otros se encuentra concentrada en poblaciones específicas. Los hombres son los más afectados con razones de infección de 2 a 3:1 con respecto a las mujeres.

En comparación a otras regiones de ingresos medios y bajos, la prevalencia de VIH en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es mucho mayor oscilando entre 4% y 20%; más aún, entre mujeres trans (MT – incluyendo a las travestis) los estimados de prevalencia se encuentran entre el 30% y 40%. Los HSH también reportan una alta prevalencia de comportamiento bisexual, entre 20% y 30%, lo que plantea conexiones claras entre la epidemia en HSH y aquella en la población general.

A pesar de que este grupo continúa en el centro de la epidemia, aún no es una población prioritaria en las políticas de salud de la región. Los indicadores muestran que el uso consistente de condones en esta población se encuentra entre “bajo y moderado” y, según algunos reportes sólo el 50% conoce su estatus de VIH. Esta situación se complica más debido a lo heterogéneo de este grupo cuya terminología HSH/MT define múltiples identidades y comportamientos dentro de diferentes contextos. Adicionalmente, existe una multiplicidad de factores que incrementa el riesgo de los HSH/MT, entre ellos las condiciones estructurales (estigma, discriminación y poco acceso a servicios), redes sexuales con alta prevalencia de VIH, comportamientos que los exponen al riesgo, factores socioculturales y biológicos entre otros (ansiedad, uso de alcohol y drogas, etc.)

Existen intervenciones efectivas (como las que se indican en las [Guías de la OMS para la Prevención y Control de VIH/ITS entre HSH/trans](#)) que han sido publicadas y deben ser implementadas. Sin embargo, es el perfil social de la epidemia el que debe determinar las estrategias de prevención que deben usarse a nivel de país.

² El CVCC, organizó la difusión pública a través de un webcast. Las presentaciones en castellano están disponibles [aquí](#).

El cambiante panorama de la prevención del VIH: Catherine Hankins (ONUSIDA, Ginebra)

La Dra. Hankins habló de la necesidad de empezar una revolución en la prevención. A pesar del incremento de la cobertura del tratamiento ARV en 12 veces en tan sólo seis años, por cada persona que empieza terapia antiretroviral dos nuevas personas se infectan en la actualidad.

La nueva estrategia de ONUSIDA, “Llegando a Cero”, se enfoca en reducir a cero las nuevas infecciones a través de la revolución de la prevención; reducir a cero las muertes relacionadas al SIDA mediante una ampliación y mejora del tratamiento, cuidado y apoyo; y reducir a cero la discriminación respetando los derechos humanos y la igualdad de género. Para alcanzar estas metas, las nuevas estrategias deben estar basadas en el conocimiento de las epidemias locales y el análisis de las respuestas, si dichas estrategias toman en cuenta la dinámica de la epidemia.

El uso eficiente de los recursos retornará la inversión, resultando en menos infecciones, más personas en tratamiento, y menos estigma y discriminación. El uso de estrategias de prevención combinada es esencial para reducir el número de nuevas infecciones y debe ser adaptado a las necesidades y contextos nacionales y locales: el uso de una combinación de intervenciones comportamentales, biomédicas y estructurales crean sinergias, comunidades altamente involucradas, implementación descentralizada y adaptable a los patrones cambiantes de la epidemia.

En América Latina, sólo 10 países reportan haber alcanzado las metas de acceso universal, y de estos, 65% reporta metas de tratamiento antiretroviral y sólo el 50% reporta metas de prevención para poblaciones clave tales como los HSH, las MT, las/os trabajadoras/es sexuales y personas que se inyectan drogas.

Las modalidades de prevención biomédica efectivas para la prevención de la transmisión sexual que son parte de las guías normativas de la OMS y ONUSIDA son el uso correcto y consistente del condón (80% - 90% efectivo) y la circuncisión masculina voluntaria realizada por personal médico en hombres heterosexuales en países con epidemias generalizadas (alrededor de 60% de eficacia).

Otras estrategias prometedoras que todavía deben ser revisadas por OMS/ONUSIDA para el desarrollo de guías normativas son el tratamiento para la prevención (estudio HPTN 052: 96% de eficacia en la reducción de la transmisión sexual) y profilaxis pre-exposición tópica y oral (PrEP). Esta última estrategia puede incluir gel vaginal y rectal, supositorios, aros de aplicación tópica; o pastillas ARV (actualmente tenofovir o tenofovir/emtricitabina). El estudio CAPRISA 004 demostró que el gel vaginal con 1% de tenofovir redujo el riesgo de infección a 39%, incrementándose a 54% cuando se usa en más del 80% de los actos sexuales. Los ensayos clínicos de PrEP oral tienen resultados prometedores en HSH y MT (iPrEx: 44%), parejas heterosexuales serodiscordantes (Partners PrEP: 73%) y hombres y mujeres heterosexuales (TDF2: 63%). Un resultado modesto pero prometedor es el de un estudio de vacunas en Tailandia (31% de reducción de riesgo) usando una vacuna específica para cepas de virus B/E que ha motivado el diseño de un estudio con dosis de refuerzo a ser implementado en HSH en Tailandia y otra vacuna específica para cepas de virus

tipo A en Sudáfrica.

La comunicación efectiva acerca de la prevención parcial es esencial puesto que no hay una estrategia biomédica que sea 100% efectiva. Muchos países al sur del Africa han usado una analogía futbolística efectiva para transmitir lo siguiente: "...la circuncisión masculina es el equivalente al arquero en un partido de fútbol que necesita de una buena defensa...esto es conocer tu estatus de VIH, usar correcta y consistentemente el condón, tener una sola pareja sexual, evitar el sexo penetrativo, postergar las relaciones sexuales..."

Finalmente, para tener un mayor impacto en la reducción de la transmisión del VIH hay que trabajar sobre los factores socioeconómicos y buscar cambiar el contexto de tal manera de lograr que las decisiones de los individuos sean saludables.

La Declaración Política firmada por muchos países (incluyendo Perú) en la Reunión de Alto Nivel en junio del 2011 ha planteado nuevas metas para el 2015: reducción de la infección por vía sexual en 50%, reducción de la infección en un 50% entre las personas que se inyectan drogas, reducción de las muertes por tuberculosis en personas viviendo con VIH en 50%, cero nuevas infecciones en niños y 15 millones de personas en tratamiento para el 2015 (15-para el 15).

Estado del tratamiento del VIH y su papel en la prevención: Pedro Cahn (Fundación Huésped, Buenos Aires)

El Dr. Cahn inició su presentación describiendo cómo el tratamiento ARV ha mejorado sustancialmente desde sus inicios. De acuerdo a Walensky et al. los beneficios de los ARV en la supervivencia de las personas que viven con VIH en los Estados Unidos lo hace tácito, tres millones de años vida salvadas. También existe evidencia ecológica de esta situación en la Argentina, donde después de la introducción de la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) la incidencia se redujo. Argentina también ha mostrado una dramática caída en la mortalidad relacionada a SIDA en 26 veces. Más aún, datos de ensayos clínicos realizados en Haití muestran los beneficios del inicio temprano de la terapia ARV, con CD4 entre 200 y 350, en comparación al tratamiento estándar a menos de 200. Estos datos promovieron en la OMS la decisión de recomendar el inicio temprano de la terapia ARV.

El Dr. Cahn recomendó iniciar tratamiento ARV cuando la persona tiene menos de 500 CD4 que es la norma en Argentina actualmente. También sugirió que se debe iniciar el tratamiento en el caso de tener CD4 por encima de 500 pero además tener otra co-infección o, en el caso de las mujeres, estar embarazada.

El tratamiento ARV también reduce los virus sanguíneos y los virus en el tracto genital, contribuyendo a reducir la transmisión de otras enfermedades. Un estudio de Quinn et al. demostró que la transmisión del VIH se facilita si la persona que es VIH positiva tiene otro virus, y García y Coovadia encontraron altas tasas de transmisión vertical entre mujeres infectadas con algún otro virus. La evidencia de San Francisco, Suiza y la Columbia Británica dan cuenta que la carga viral comunitaria se reduce cuando se incrementa la cobertura de tratamiento de personas

VIH positivas, y esto contribuye a reducir la incidencia de VIH en la comunidad.

Mayor evidencia que sustenta que el tratamiento temprano ha sido ofrecida por Donnell, quien encontró que la transmisión del VIH se redujo entre parejas serodiscordantes que empezaron tratamiento temprano. Sin embargo, hubo evidencia de transmisión no virológicamente relacionada a la pareja seropositiva, destacando la necesidad de otras estrategias de prevención simultáneas.

El estudio HPTN 052 demostró que el tratamiento ARV suprime la replicación viral y condujo a una reducción del 96% de la transmisión sexual del VIH en parejas serodiscordantes.

El tratamiento ARV es muy importante y no debe existir competencia entre tratamiento y prevención puesto que ambos son complementarios. Sin embargo, existen barreras al uso de ARV, las mismas que incluyen acceso al tamizaje universal, la falta de laboratorios adecuadamente, el estigma y la discriminación, entre otros. Adicionalmente, muchos pacientes empiezan cuidados en una etapa avanzada de la infección (76%) lo que resulta en altos costos, lo que puede ser evitado mejorando los servicios de tamizaje para la detección de casos.

Pruebas de VIH ligadas a atención y tratamiento – Carga viral comunitaria: Albert Liu (Departamento de Salud Pública de San Francisco, San Francisco)

El Dr. Liu inició su presentación explicando cómo la epidemia del VIH en San Francisco muestra un panorama similar al del resto de los Estados Unidos en el sentido que muchas de las nuevas infecciones ocurren en HSH. La prevalencia de VIH entre HSH en San Francisco es similar o mayor que la prevalencia encontrada en la población general en varios de los países de África.

El Dr. Liu indicó que por primera vez en los Estados Unidos se ha diseñado una estrategia integral de VIH/SIDA hasta el 2015, con objetivos que apuntan a hacer frente a varios aspectos que afectan la lucha contra la epidemia. En San Francisco la meta es reducir en 50% el número de nuevas infecciones por VIH para el 2017 concentrando recursos en las poblaciones que se encuentran en mayor riesgo. Otra meta es la de maximizar la cascada de la prevención, atención y tratamiento. Esto incluye expandir el acceso al tamizaje de rutina y promover la prueba voluntaria entre personas de mayor riesgo.

El Departamento de Salud (de San Francisco) también ha empleado múltiples estrategias para mejorar su referencia a centros de atención y otros servicios. Una de estas es una estrategia de equipo para diagnóstico y referencia de casos de VIH a servicios de atención dentro de los primeros tres meses; provisión de tratamiento ARV independientemente después del conteo de CD4, y oferta de otros servicios relacionados con el cuidado tales como servicios de salud mental, tratamiento de uso de sustancias, provisión de vivienda, todo esto manejado por un equipo multidisciplinario.

Un nuevo Proyecto de Demostración de PrEP se ha diseñado en San Francisco y Miami en el cual 500 HSH se enrolarán y recibirán PrEP hasta por 12 meses. Los participantes tendrán visitas de seguimiento trimestrales y las metas del proyecto serán determinar la viabilidad, aceptabilidad

y uso de PrEP en el contexto de las clínicas de ITS, así como la seguridad, adherencia, y los cambios en el comportamiento sexual.

San Francisco ha sido pionero en el uso de la Carga Viral Comunitaria (CVC) como un indicador del impacto de las intervenciones en la prevención de VIH y la efectividad de tratamiento en la comunidad. Esta estrategia es recomendada como parte de la Estrategia Nacional de VIH/SIDA. La CVC puede ser calculada usando la suma de las cargas virales más recientes para todas las personas VIH positivas (CVC total) y dividiendo este total entre el número de personas incluidas (CVC promedio). Esta última es útil para identificar los distritos o subpoblaciones que puedan tener disparidades en acceso al tratamiento y servicios de prevención. En San Francisco la reducción de la CVC entre 2004 – 2008, durante un período en el que se incrementó la prueba voluntaria, cobertura de tratamiento ARV y supresión virológica; fue asociada con una reducción en el nuevo número de infecciones. Las medidas de CVC están basadas en datos de vigilancia, de tal manera que la calidad y la integridad de estos datos de laboratorio son importantes. La CVC no captura los datos de aquéllos que aún no han sido diagnosticadas, o aquellas personas que han sido diagnosticadas pero que aún no han sido reportadas, y las personas que tienen infección aguda. Otra preocupación de este enfoque puede ser la interpretación de la falacia ecológica puesto que esta medida resumen podría no reflejar los factores que afectan a la persona a nivel individual.

La profilaxis pre-exposición para prevenir la transmisión sexual: Robert Grant (Instituto Gladstone de Virología e Inmunología, San Francisco)

El Dr. Grant explicó cómo los ARV para la prevención de la adquisición del VIH (ya sea en el uso de PrEP o la Profilaxis Post Exposición o PEP) pueden ser una herramienta útil para prevenir nuevas infecciones entre poblaciones clave. Muchos ensayos clínicos de prevención en el pasado no han tenido resultados positivos tales como la consejería intensiva, los estudios de vacunas, microbicidas, diafragmas, tratamiento masivo de ITS y supresión de herpes genital; muchos debido a que no fueron implementados en las poblaciones en mayor riesgo (HSH, trabajador@s sexuales y usuarios de drogas endovenosas)

El estudio iPrEx, co-financiado por los Institutos Nacionales de Salud y la Fundación Gates, evaluó la eficacia del uso diario de PrEP con tenofovir/emtricitabina (cuya combinación está disponible como Truvada®) una vez al día para prevenir la adquisición de la infección por VIH entre HSH y mujeres trans VIH negativos. El estudio incluyó a 11 sedes en el mundo que enrolaron 2499 participantes de los cuales 55% fueron peruanos.

Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos que fueron asignados a la medicación activa y aquéllos asignados a placebo, mostrando una eficacia de 42% ($p=0.002$) en promedio, previniendo 35 infecciones por VIH. Entre los participantes que reportaron sexo anal receptivo protegido en la visita de tamizaje, PrEP no ofreció ninguna protección adicional. Sin embargo, entre aquellos que reportaron sexo anal receptivo no protegido (80% de los participantes), PrEP mostró una eficacia de 52%.

La adherencia a la medicación fue un problema en el estudio. Sólo 50% de los participantes en el grupo de medicación activa mostró niveles detectables de medicación en su sangre, lo que significa que estuvieron tomando menos de dos tabletas a la semana. Aquellos que tenían niveles de droga detectables mostraron una reducción del 92% en su riesgo de adquisición de VIH. La adherencia fue mayor entre los participantes de los Estados Unidos, con niveles de detección de droga que alcanzaron hasta el 90%, mientras que fuera de los Estados Unidos estos niveles alcanzaron tan sólo hasta el 50%.

Las preocupaciones acerca del uso de PrEP incluyen una potencial compensación del riesgo, que significa reducción de uso de medidas preventivas entre personas que toman la medicación de estudio porque se sienten protegidas; y posible desarrollo de resistencia viral. En el estudio iPrEx no hubo evidencia de compensación de riesgo aunque esto puede deberse al uso del placebo en el estudio, sin embargo, hubo dos casos de resistencia a la emtricitabina entre las personas que se enrolaron en el estudio con infección de VIH, la misma que se redujo sustantivamente dentro de los seis meses siguientes una vez suspendida la medicación.

Como consecuencia de estos resultados, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos ha publicado las directrices interinas para el uso de PrEP en hombres gay. El estudio continúa una “fase de etiqueta abierta” (es decir, sin placebo, con conocimiento del uso de Truvada por todos) en la que se está invitando a los participantes de la fase aleatorizada a continuar. Esta extensión contribuirá a entender las implicancias de los resultados del estudio en el comportamiento sexual y la adherencia a la medicación, y evaluar el monitoreo que se requiere para la implementación de un programa con este.

Quedan aún preguntas pendientes de respuesta acerca del uso de PrEP tales como la efectividad de su uso en las mujeres. En varios estudios PrEP ha demostrado ser eficaz para mujeres y hombres heterosexuales, pero en otro de ellos no demostró beneficio en las mujeres.

Por último, PrEP puede ser una herramienta útil para abrir la discusión acerca de prevención de VIH, para reducir el estigma y motivar a las personas a someterse a la prueba.

Enfoques Estructurales en la Prevención Combinada: Carlos Cáceres (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima)

El Dr. Cáceres abordó las limitaciones de los esfuerzos de prevención actuales que se centran mayormente en el individuo, mencionando que es tiempo de iniciar una revolución de la prevención que se enfoque en la prevención combinada, la respuesta multisectorial, el involucramiento de las comunidades afectadas, la voluntad política y el uso de estrategias basadas en la evidencia.

Las estrategias de prevención pueden implementarse en múltiples niveles para responder a los contextos del riesgo. Este marco de prevención combinada puede aplicarse en el contexto local y nacional y requiere del involucramiento de las comunidades afectadas, un enfoque de derechos humanos e igualdad de género, una optimización de las sinergias entre las estrategias a diferentes niveles, descentralizándolas y flexibilizándolas para adaptarlas a diferentes contextos.

Un enfoque a nivel estructural incluye acciones sobre varios factores sociales tales como políticas y contextos que tienen un efecto sobre el riesgo del VIH del individuo y la comunidad (v.g. inequidad y violencia basada en género); acceso restringido a servicios apropiados (v.g. homofobia que limita la discusión acerca de los riesgos sexuales); acceso limitado a las pruebas de VIH, tratamiento y comunicación sexual; y factores que incrementan la vulnerabilidad al VIH (v.g. leyes contra la homosexualidad). Estas intervenciones pueden incluir diferentes niveles de acción (proximales y distales); de efecto (proximales, distales o mixtos); y varias acciones, actores y metas de intervención. Sin embargo, las intervenciones a nivel estructural no son suficientes en sí mismas; éstas deben apoyar y mejorar la respuesta de las actividades programáticas básicas, pero no deben remplazar las intervenciones a nivel individual.

Las intervenciones estructurales pueden estar focalizadas directamente en el VIH, como es el caso de los programas de intercambio de agujas, o modificando las leyes referidas a la orientación sexual o la transmisión del VIH, o tal vez ampliar su espectro a aspectos tales como el desarrollo humano, equidad de género, educación, reducción de la pobreza, redistribución de la riqueza, y democracia. Ambos enfoques están definidos en el *Marco de la Inversión* (recientemente publicado en *The Lancet* por Schwärlander et al.) como los “Facilitadores Críticos” o “Sinergias Clave”. Una revolución de la prevención será exitosa sólo si ésta incluye intervenciones a nivel estructural dirigidas al VIH y las no dirigidas al VIH. Una limitación de este tipo de intervenciones es que los resultados no son inmediatos, pero podrían tomar un tiempo para evidenciarse, lo que requeriría de estudios evaluativos.

Ética, Ciencias Sociales y Prevención del VIH. Asegurando que la Prevención del VIH es Efectiva porque es Ética: Marsha Rosengarten (Goldsmiths, University of London, Londres)

La Dra. Rosengarten discutió la manera cómo la prevención deja de ser funcional cuando ésta es impuesta, como por ejemplo cuando se promueve la obligatoriedad de la prueba de anticuerpos, o la revelación forzada; sin embargo, no es así cuando se diseñan programas que invitan a la gente a adoptar prácticas que pueden percibir que son de su interés. Con las nuevas tecnologías de prevención será importante dar un giro y dejar de pensar en la prevención en términos rígidamente técnicos –como en el caso de los ensayos clínicos controlados que evalúan la “eficacia”- y lograr que las intervenciones incorporen, estrategias que contribuyan a mejorar las vidas de aquéllas personas que se encuentran afectadas por el VIH.

Muy comúnmente, el uso y no uso de las tecnologías de prevención se atribuyen a la falta de conocimiento, a desigualdades de poder - donde el usuario no puede actuar con seguridad, o a la falta de responsabilidad. Estas interpretaciones del no-uso hacen ver el riesgo del VIH como una entidad única, cuando en realidad, si nos damos cuenta, la herramienta de prevención y la persona que es el objeto de los esfuerzos de prevención sólo tienen significado en relación una con la otra.

En términos de PrEP, los estudios actuales han tenido como objetivo evaluar un producto biológico y determinar sus efectos. Sin embargo, sabemos que los efectos de PrEP son específicos al contexto. Estos diferentes contextos pueden afectar el efecto de PrEP, incluyendo aspectos

como el acceso, costo, las pruebas frecuentes de anticuerpos, la seroconversión mientras que se está en el régimen de PrEP, la asunción del estatus negativo al VIH, la carga viral alta debido a la seroconversión, resistencia a la medicación y las rutas de transmisión. Estos son indicadores de la importancia de entender que estamos lidiando con objetos abiertos y fluidos, donde existe una relación dinámica entre el usuario y el mecanismo de prevención dentro del contexto de una epidemia que está evolucionando.

La evolución de la pastilla anticonceptiva (la “píldora”) proporciona un ejemplo útil de cómo una intervención biomédica puede llevarnos a resultados que van más allá de los propósitos para los que fue creada. Con las pastillas anticonceptivas vinieron los cambios en la reproducción, los roles de género en el hogar y la fuerza de trabajo, la relación y actitudes que se establecen hacia la medicina y a las intervenciones con fármacos. De otro lado, la píldora también cambió en términos de formulación, presentación (anticonceptivos no-orales) y en términos de popularidad. Podemos anticiparnos a decir que PrEP y los otros usos que se le pueden dar a los antiretrovirales como prevención tendrán implicancias en el proceso de toma de decisiones entre parejas serodiscordantes y en el comportamiento sexual, y contribuirán a una nueva conceptualización del estatus de VIH enfocado en la carga viral más que en el estatus positivo o negativo del individuo.

El tema importante entonces es, cómo trabajar en contextos que emergen a través del desarrollo de las nuevas tecnologías de la prevención, en vez de asumir que la prevención, los usuarios y sus contextos son entidades separadas. Aunque la epidemia del VIH es compleja, considerar esta característica es útil, así como entender que se está facilitando u obstruyendo el uso de los ARV.

Las intervenciones biomédicas no pueden separarse de para quiénes están diseñadas, ni tampoco pueden ser reducidas a un modelo de cambio de comportamiento. El retorno a un contexto pragmático de la ética es necesario para fortalecer la prevención.

La respuesta nacional multisectorial al VIH en el Perú: José Luis Sebastián (Ministerio de Salud, Perú)

El Dr. Sebastián inició su charla explicando que ha habido variaciones en la distribución de los casos de VIH/SIDA por región desde el inicio de la epidemia en 1983. Lima y Callao se ubican en los primeros lugares en número de casos reportados en el país, seguidas de Loreto, Arequipa, Ica y Ancash. Aunque se cree que existen 600,000 personas que viven con VIH, los registros oficiales muestran un número menor, lo que significa que muchas personas no saben que portan el VIH.

La epidemia se ha estabilizado en individuos entre los 20 y 24 años y 30 y 34, principalmente dentro de la población masculina. Aunque los HSH son una población importante, muchos de los casos ocurren entre las trabajadoras sexuales. Esto debe informar el tipo de intervención que se debe considerar en el nuevo PEM 2012-2016.

Con respecto a la respuesta multisectorial, el Estado ha sido parte de la respuesta a la epidemia desde 1986. La formación de la CONAMUSA, como el mecanismo coordinador de país

de los proyectos del Fondo Global representa una instancia importante para el trabajo multisectorial, no sólo por la activa presencia de varios ministerios, sino también porque cuenta con la participación de la sociedad civil, los grupos de las comunidades afectadas y otros sectores. Más aún, la formulación del PEM 2007-2011 de la CONAMUSA y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA (ESN) marcaron una de las primeras experiencias en la región. La CONAMUSA y el PEM también aseguran la sostenibilidad de las acciones del Fondo Global proporcionándoles los lineamientos para su continuación.

El proceso de descentralización, sin embargo, significa que el MINSA debe encontrar maneras de trabajar con las regiones, apoyando la ejecución del Presupuesto por Resultados (PpR) y trabajar para reducir el estigma y la discriminación a través de los proyectos del Fondo Global.

Ejemplos de estrategias efectiva incluyen el uso de promotores educadores de pares, trabajo en las prisiones, trabajo con jóvenes en seis ciudades, INFOSALUD, una línea telefónica de libre acceso, y la ampliación de la cobertura de tratamientos ARV, que desde el 2004 ha proporcionado tratamiento a 16,000 personas viviendo con VIH. Aunque el tratamiento ARV ha reducido la mortalidad y estabilizado las tasas de incidencia, las intervenciones de prevención son necesarias para evitar que la epidemia retorne a sus niveles anteriores.

Opciones Actuales de Prevención del VIH entre poblaciones HSH y Trans: Kane Race (University of Sydney, Sydney)

El Dr. Race enfatizó que aunque los HSH y los TS no representan grupos homogéneos, comparten experiencias de estigma y discriminación en sus relaciones con la sociedad y el acceso a los servicios.

Las opciones de prevención actuales son el tratamiento como prevención y la profilaxis pre-exposición (PrEP), estrategias que requieren el acceso a servicios de salud por parte de las poblaciones afectadas. Los grupos vulnerables experimentan obstáculos para el acceso a estos servicios debido a la homofobia y transfobia existentes dentro del sistema de salud y dentro de la sociedad. Los HSH y las/os TS pueden retrasar o evitar buscar servicios debido al estigma y la posibilidad de encontrar proveedores de salud desinformados o insensibles, lo que conlleva consecuencias negativas para el tamizaje de VIH, la adherencia y los servicios de salud en general.

Un clima afectivo cobra importancia en lo intangible, con cualidades como la confianza, esperanza y cuidado o, por el contrario, temor, vergüenza, rechazo oculto y sospecha. La epidemia del VIH genera una oportunidad para que la salud pública considere cómo los climas afectivos tienen un efecto en los servicios de salud.

El modelo epidemiológico es una herramienta importante para predecir lo que pasará cuando las estrategias estén implementadas; sin embargo, ésta sólo es efectiva en la medida que los grupos afectados pueden dar su punto de vista sobre el contexto en el que viven. Más aún, la investigación social busca entender cómo operativizar las intervenciones y responder a situaciones que las ciencias “duras” no pueden manejar. Un monitoreo cuidadoso de lo que está sucediendo en la comunidad es esencial dada que las estrategias no serán capaces de identificar la

comprensión y el significado de los sujetos de las intervenciones. Por ende, existe una necesidad de investigar y reflejar cómo las intervenciones no tienen un efecto en las relaciones sociales y los significados asignados a las poblaciones objetivo.

Cada disciplina tendrá, inevitablemente, vacíos, de modo que la pregunta es, ¿cuál es el efecto de estas diferentes maneras de entender las cosas, individualmente y en combinación, y cómo unirlos para responder a la epidemia?

Modelando el Impacto de Ciertas Estrategias de Prevención Combinada para HSH en Perú: Annick Bórquez (Imperial College, Londres)

El modelaje matemático se ha aplicado al caso de HSH/MT en Perú porque el país tiene una epidemia de VIH concentrada en la cual los HSH/MT representan más del 70% de las nuevas infecciones en Lima. El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo matemático para reproducir la epidemia entre HSH, capturando la diversidad de la población. Cada persona es única, con diferentes comportamientos, pero para propósitos del modelo éstos fueron definidos como propios de sub grupos con riesgos similares, que comparten una identidad, prevalencia y comportamiento sexual.

Los datos recogidos fueron el número de parejas sexuales en un año, el número de actos sexuales, el uso de condón y la posición durante el acto sexual dividido entre exclusivamente insertivos, versátiles y exclusivamente receptivos. Los individuos fueron también divididos en cuatro sub grupos: Hombres que tienen sexo principalmente con mujeres, hombres que tienen sexo principalmente con hombres, trabajadores sexuales, y mujeres transgénero en alto riesgo. PrEP se introdujo en el modelo según parámetros de eficacia, adherencia, cobertura, periodo de implementación y priorización de acuerdo al riesgo. PrEP se introdujo en el modelo como una intervención de 10 años de duración que se iniciaría en el 2012.

De acuerdo a la tendencia planteada por OMS, todos los escenarios son costo-efectivos, aunque existe algún debate respecto al uso de dicho enfoque. Si usamos el enfoque del Banco Mundial, la intervención sería costo efectiva entre ciertos grupos prioritarios con baja cobertura. Comparado con los resultados de un estudio realizado por Aldridge que muestra diferentes intervenciones, PrEP es más caro que el resto de éstas. Su costo es comparable a, o más barato que TARGA pero no existen otras alternativas más baratas, por lo tanto, PrEP no debe priorizarse como única respuesta.

Los estimados de costos oscilan desde 186 a más de 400 millones de dólares. Visto que la inversión de Perú en VIH en el 2007 fue de 30 millones de dólares, el modelo nos muestra que una intervención de PrEP aislada no será la “bala mágica” y no resolverá la epidemia. Más aún, el impacto epidemiológico está principalmente determinado por las características del programa tales como cobertura, estrategias de priorización y la adherencia a nivel individual.

Si PrEP se prioriza a los grupos vulnerables e implementa rápidamente, podría ser una intervención costo-efectiva entre HSH y puede contribuir significativamente en los esfuerzos de la prevención combinada.

Mesa Redonda: ¿Existen alternativas para mejorar la respuesta al VIH entre HSH/MT en el Perú?

Percy Minaya, Instituto Nacional de Salud, Perú

La respuesta al VIH debe ser transversal e integral, enfocada en los grupos vulnerables, y aplicada a diferentes escenarios; pero sobre todo, debe basarse en la evidencia disponible. Aunque ha habido avances significativos en los últimos años con el involucramiento de la sociedad civil y el financiamiento del Fondo Global, debemos mirar retrospectivamente la eficiencia de dichas intervenciones. Más aún, aunque se hayan alcanzado algunos objetivos con respecto a la provisión de tratamiento, este no es de la calidad requerida.

Debe fortalecerse la participación de diferentes sectores así como el trabajo con las regiones para alcanzar una respuesta nacional efectiva. Aunque se ha mencionado que la prevención basada en tratamiento requiere de una inversión de 400 millones de dólares, la experiencia pasada respecto a la negociación de la inversión en tratamiento muestra que para alcanzar nuestras metas requerimos de una combinación de investigación, activismo y determinación. Más aún, todas estas decisiones deben promoverse dentro de un marco ético, de respeto de los derechos humanos y respeto del derecho a la salud.

Ernesto Gozzer, Representante de la COREMUSA Lima, Perú

Lima concentra el 70% de las personas afectadas por el VIH, pero la entidad que unifica los esfuerzos para dar respuesta a la epidemia se ha visto debilitada. La municipalidad, los grupos LGBT y Vía Libre han jugado un rol importante en la reactivación de la COREMUSA Lima. Este es un problema multisectorial y existe la necesidad de fortalecer las capacidades individuales e institucionales para asegurar una respuesta sostenible. Los aspectos sustantivos de la epidemia están relacionados a los determinantes sociales de la salud que trascienden el sector salud, haciendo que la dimensión multisectorial del fenómeno se torne aún más crítica.

Otro aspecto importante es intervenir en prevención para enfrentar la epidemia en una manera efectiva, enfocándose en lo que funciona y usando los recursos disponibles. Finalmente, necesitamos monitorear qué está pasando en nuestra comunidades para ampliar la cobertura, basando nuestras acciones en la evidencia.

Pablo Anamaría (Personas Viviendo con VIH, Lima)

Una de las debilidades en la respuesta a la epidemia es que se centra en recoger necesidades en vez de alcanzar un real consenso del tipo de respuesta que queremos, qué significa responder al VIH y cuáles son los objetivos del grupo. Más aún, los últimos años se han caracterizado por importar intervenciones e inventar fórmulas que no han sido validadas por las comunidades y que incluyen respuestas que no responden a las necesidades estructurales, económicas, y emocionales de las personas afectadas por la epidemia.

El PEM necesita ser planteado de acuerdo a la evidencia con humanidad, diseñado para alcanzar sus metas, ya que frecuentemente nos olvidamos que estamos hablando de la vida de las personas. Mayores esfuerzos deben ponerse en fortalecer los servicios de salud y

encontrar maneras de llenar los vacíos que no hemos logrado llenar, mientras que al abordar los elementos estructurales de las poblaciones afectadas, incluimos la calidad de vida, nutrición, calidad de tratamiento, respeto y acceso oportuno a la prueba.

Patricia Bracamonte (ONUSIDA, Perú)

Los logros alcanzados a nivel nacional son los planes estratégicos, un gobierno democrático que hace la diferencia en términos de derechos humanos, una epidemia concentrada estable, nueva evidencia alrededor de las poblaciones vulnerables y las poblaciones indígenas, así como los desafíos emergentes en la agenda de VIH, particularmente alrededor de derechos humanos y acceso a servicios de salud entre adolescentes.

La respuesta nacional ha cambiado el enfoque multisectorial consolidado por la CONAMUSA, la oficina de la Defensoría del Pueblo así como una vigilancia del respeto a los derechos humanos que se lleva a cabo por las poblaciones afectadas. Más aún, la participación del Fondo Global en el país, la provisión de TARGA y la nueva estrategia de Presupuesto por Resultados nos hablan del proceso de cambio que está teniendo lugar en el país.

Algunos desafíos aún quedan pendientes acerca de los datos de la distribución de la epidemia; la gran dependencia de la cooperación internacional que todavía proporciona el 47% del financiamiento para VIH/SIDA, y la necesidad de mejorar la educación relacionada a las ITS, así como la distribución masiva de condones, que en este momento está a cargo de las farmacias privadas.

Las recomendaciones generales apuntan a revitalizar la respuesta a la epidemia incluyendo una respuesta enfocada en estrategias de prevención combinada, diseñar las estrategias de acuerdo a los modos de transmisión prevalentes; diseñar estrategias que puedan hacer sostenible la respuesta, incrementar el PpR y los recursos de las regiones, fortalecer el sistema de salud para proporcionar tratamiento universal y consejería, promover mayor participación del sector privado, integrar la respuesta dentro de un marco de respeto a los derechos humanos, inclusión social e igualdad de género, mejorar el sistema de monitoreo, y explorar oportunidades de cooperación sur-sur.

Giovanny Romero (Movimiento Homosexual de Lima, Lima)

Las comunidades vulnerables se encuentran en un contexto sociocultural que promueve la vulnerabilidad y la epidemia de VIH reactiva la violencia, el estigma y la discriminación que estas poblaciones tienen que enfrentar.

En el Perú, una persona pierde la vida cada semana debido a su orientación sexual. El Estado tiene una responsabilidad en esta situación puesto que no han ratificado los derechos de la comunidad homosexual, es más, si esta es una epidemia concentrada el Estado debe responder cuántas personas están afectadas de la epidemia y definir cómo responder efectivamente a ésta.

Informe de la Consulta Técnica

Primer día

¿Ha sido la respuesta a la epidemia efectiva en el Perú (p.e. con respecto al MINSA y los proyectos del Fondo Global)? ¿respecto al tratamiento? ¿respecto a la prevención? ¿respecto a la solidaridad y los derechos humanos?

Durante los años 90 hubo una variedad de intervenciones de prevención dirigidas a HSH, TS, adolescentes y mujeres gestantes para prevenir la transmisión vertical, pero las mismas fueron centralizadas y manejadas desde el MINSA, y no llegaron a las regiones. La participación de los proyectos del Fondo Global ha contribuido a descentralizar las intervenciones pero sólo se ha concentrado en algunas regiones.

Uno de los grandes desafíos respecto a la respuesta nacional y las intervenciones en materia de prevención es la alta rotación de los profesionales de salud capacitados en el tema y que son luego destacados a otras áreas, lo que implica una pérdida de capacidad humana entrenada. Una de las ideas que se sugirió en una de las mesas es que dicha capacitación/especialización debería ofrecerse desde la formación profesional.

La provisión y distribución de tratamiento ARV continúa siendo un desafío para el Estado, pero además la ausencia de promoción de la estrategia de consejería y prueba voluntaria, asociado esto al estigma y discriminación, contribuyen a que mucha gente desconozca su estatus serológico respecto al VIH.

Existen algunas experiencias con respecto a la promoción de estilos de vida saludables entre adolescentes que se han llevado a cabo por la COREMUSA en el Callao.

Otro aspecto que debe tomarse en consideración es la necesidad de la implementación regular de investigación operacional de las intervenciones preventivas, puesto que estas generan evidencia que luego pueden ser registrada y compartida.

¿Es la respuesta local adecuada para el perfil de la epidemia?

Cada región tiene sus particularidades, pero al PEM no asegura necesariamente que las mismas se tomarán en consideración, y existe la preocupación de que las Regiones no adopten el PEM una vez que el Fondo Global termine su contribución en el país.

¿Existen mecanismos para que las comunidades locales incorporen las perspectivas emergentes? ¿cuáles son las barreras? ¿existen facilitadores?

Una de las preocupaciones manifestadas en la discusión es que las COREMUSAS han priorizado la reducción de la transmisión vertical a “cero” sin haber trabajado con la comunidad. El trabajo de prevención de la transmisión vertical es importante pero también es importante trabajar con las poblaciones vulnerables. Estos trabajos no deben ser mutuamente excluyentes.

Uno de los obstáculos para la implementación de los planes y las intervenciones es la falta de capacidad resolutoria en el nivel de atención primaria.

¿Se han incorporado intervenciones estructurales? ¿Qué cambios estructurales se han dejado de considerar y debemos incluir?

Los crímenes de odio y la violencia contra las mujeres transexuales no se están tomando en consideración en las estrategias propuestas. Este elemento es de vital importancia en una intervención estructural que promueva la comprensión sobre la diversidad sexual.

Otro desafío es la organización de los servicios de salud, que no están preparados para poder ofrecer servicios de calidad con calidez y que cuenten con la logística adecuada para ofrecer un servicio de salud integral.

¿Es viable y relevante en el Perú incorporar algún programa de prevención biomédica (además de la prevención de la transmisión vertical)? ¿existe la voluntad política?

Una de las consideraciones que se discutieron en las mesas respecto a este aspecto es el hecho de que frente a la incapacidad del Estado de proporcionar tratamiento ARV a las personas que lo necesitan, la implementación del modelo de tratamiento para la prevención es aún más problemática.

Cuando se aborda el tema de la profilaxis pre-exposición, se mencionó que a pesar de que la prevención de la transmisión vertical es una forma de PrEP, ésta es mayormente aceptada porque no involucra actividad sexual, está dirigida al producto de la concepción y por lo tanto, no genera juicios morales.

Existe una inadecuada percepción de riesgo, y las personas vulnerables no se perciben como tales, en tal sentido, mensajes sobre el adecuado uso del condón deben ser considerados en todos los mensajes educativos de prevención.

El PEM debe proponer un balance en las intervenciones a implementarse no sólo por el MINSA sino también por otros actores. Esto debe también significar un gran compromiso por parte del Estado que considere una sólida propuesta técnica y estrategias de abogacía adecuadas.

Segundo día

Aspectos importantes de la epidemia en el Perú que deben tenerse en consideración

El conocimiento acerca de la epidemia en el Perú es limitado. Los servicios de salud no son los adecuados, lo que se traduce también en problemas de información. Los servicios de atención primaria son los que están en peor situación.

También hay ausencia de estudios poblacionales respecto al VIH. Lo que existe ahora son estudios específicos para propósitos específicos; cuando se les intenta generalizar, esto crea problemas a nivel de intervención. Del mismo modo, los ejercicios de modelamiento son tan solo suposiciones acerca del futuro.

El PEM actual no se ha evaluado todavía y sin esta evaluación es difícil empezar un nuevo plan, basado en una guía apropiada y que pueda ser efectivamente implementada.

Las intervenciones biomédicas necesitan de servicios adecuados. Las intervenciones de TARGA y de transmisión vertical han experimentado serios problemas y esta falta de éxito se debería a una pobre calidad de los servicios de salud.

Estrategias Estructurales

Existe consenso de la necesidad de implementar estrategias estructurales, pero no hay suficiente claridad respecto a cuáles son necesarias y cómo deben ser implementadas.

El Estado Peruano no ha firmado los tratados internacionales contra los crímenes de odio y discriminación por orientación sexual o identidad de género. Los medios de comunicación han contribuido al problema, generando estigma y discriminación entre la población.

Es necesario un análisis cuidadoso de estos cambios críticos en el entorno, para lograr un compromiso multisectorial para su logro.

Estrategias biomédicas: Tratamiento para la Prevención y la Profilaxis Pre-Exposición

Una desafortunada falta de liderazgo en el país ha retrasado la actualización de las guías nacionales que reflejen las recomendaciones de la OMS respecto al tratamiento de las personas viviendo con VIH.

Por otro lado, existe información inconsistente respecto a la cobertura de TARGA reportada en el país. El MINSA indica que tiene 96% de cobertura, sin embargo, el informe país para el UNGASS indica una cobertura del 70% (aunque esta discrepancia refleja que existen dos indicadores diferentes, el MINSA se refiere al número de personas registradas esperando tratamiento mientras que el indicador de informe país del UNGASS se refiere al número estimado de casos de VIH). Los niveles de cobertura de tratamiento ARV para las personas viviendo con VIH deben ampliarse antes de discutir el uso de ARV para la prevención.

Los resultados del estudio (iPrEx) nos confirman la eficacia pero no la efectividad de la intervención; tampoco nos indican si las personas entenderán lo que implica recibir antirretrovirales para la prevención.

Respecto a PrEP, la estrategia más útil sería enfocarla en una población y generar el interés para su uso dentro de la misma. Se necesita trabajar en el desarrollo de estrategias que estimulen el sentido de propiedad de la intervención entre las comunidades beneficiarias y que consideren esta intervención como parte del paquete de prevención combinada.

Mayor investigación sería beneficiosa para entender quién puede beneficiarse de PrEP y cuán preparados están los servicios de salud para asumir dicha responsabilidad.

Equipo de relatores: Ana Amaya, Kelika Konda, Rosario Leon, Dorina Verau, Ximena Salazar, Pedro Goicochea, Carlos F. Cáceres.