

VIH/SIDA
en Centroamerica:

*La Epidemia
y Prioridades
para su Prevención*

Este folleto presenta una visión general de la epidemia en Centroamérica. Luego resume el resultado de estudios de casos en Guatemala, Honduras y Panamá, con los cuales se analizaron las mejores formas de asignar recursos para que los esfuerzos de prevención pudieran tener el mayor impacto posible en la reducción de la epidemia.

La epidemia del VIH/SIDA en América Central es cada vez más grave; cuatro de los seis países de América Latina con la tasa de prevalencia más alta de VIH a fines de 2001 se encuentran en esa región: Belice, Honduras, Panamá y Guatemala. La epidemia se concentra en poblaciones de alto riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras comerciales del sexo, prisioneros y, en Honduras, los garifunas (población afrocaribeña). Otros probables grupos de alto riesgo son los niños de la calle y las fuerzas de seguridad (policía, militares), aunque sólo se cuenta con datos parciales al respecto.

En general, en esta región, la epidemia del VIH sigue estando concentrada, pero hay algunas excepciones importantes: en Belice, el mal está generalizado, en Honduras, se ha generalizado en algunas áreas, mientras que en Nicaragua, la epidemia aún se puede clasificar como incipiente. Las proyecciones más recientes para El Salvador, Guatemala y Panamá con el Modelo *Spectrum* indican que, de seguir el patrón actual, la epidemia podría alcanzar niveles de prevalencia cercanos al 2% entre los adultos de estos países en el año 2010 (véase las Figuras 1, 2 y 3).

La transmisión del VIH en América Central se debe principalmente a las relaciones heterosexuales, lo que se asemeja más al patrón caribeño que

al de América del Sur y México. Aunque hay más hombres con SIDA que mujeres en América Central, la brecha de género se está estrechando.

En este momento, **las políticas y los programas todavía tienen un espacio para poner límite al efecto actual y futuro del VIH/SIDA en los hogares, las economías y los sistemas de atención de salud.** El aumento del financiamiento de parte del Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y otras fuentes representa una enorme oportunidad para América Central. El Banco Mundial está comprometido con proveer liderazgo y asistencia técnica a los países de la región para encontrar soluciones más efectivas a la epidemia. En este sentido, el Banco Mundial también llenará vacíos de financiamiento para actividades nacionales y regionales claves en la lucha contra el VIH/SIDA.

Epidemiología

Los países de América Central son relativamente pequeños y tienen niveles activos de migración y comercio en las fronteras, sin embargo, los patrones de la epidemia muestran diferencias notorias. La prevalencia de VIH entre los adultos parece ser más alta en Belice (2,0%), seguido por Honduras (1,6%), Panamá (1,5%), Guatemala (1%), El Salvador (0,6%), Costa Rica (0,6%) y Nicaragua (0,2%) (Cuadro 2). Los sistemas de vigilancia en todos los países de la región muestran importantes deficiencias en cuanto a cobertura, diagnóstico y reporte de casos. Además, no se dispone en forma generalizada de exámenes y más del 70% de todos los casos de VIH se diagnostican sólo cuando las personas muestran síntomas. Para evaluar mejor el alcance de la epidemia, el Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) acaba de realizar una “encuesta centinela” en varios países, donde se hicieron exámenes a dos poblaciones de alto riesgo: trabajadores comerciales del sexo (TCS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. En estos momentos, se está llevando a cabo el mismo estudio en Belice y Costa Rica. El estudio realizado por PASCA en varios países ha aportado gran cantidad de información respecto de la epidemia en grupos de alto riesgo en América Central.

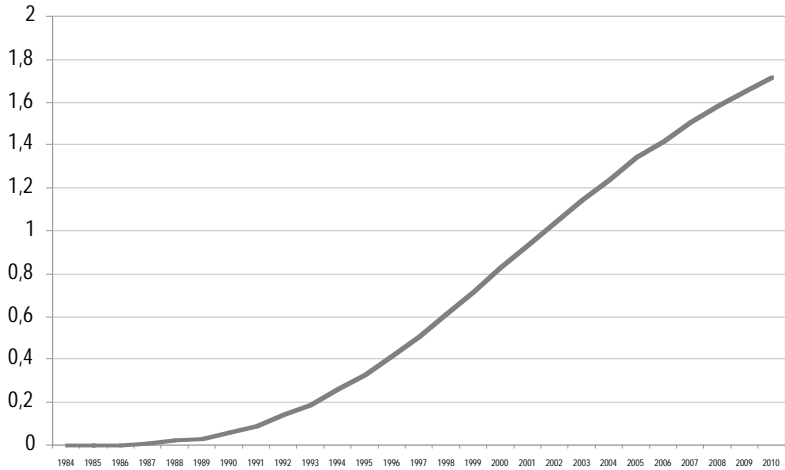
Los trabajadores/as sexuales se exponen a un alto riesgo de contraer y transmitir el VIH. Sus clientes no acostumbran usar preservativos y los

Cuadro 1. Cuatro de los seis países de América Latina con la tasa más alta de prevalencia del VIH entre adultos (15–49 años) se encuentran en América Central

Países de América Latina con la tasa de prevalencia de VIH más alta	Prevalencia estimada de VIH entre adultos, finales de 2001
Guyana	2,7%
Belice	2,0
Honduras	1,6
Panamá	1,5
Surinam	1,2
Guatemala	1,0

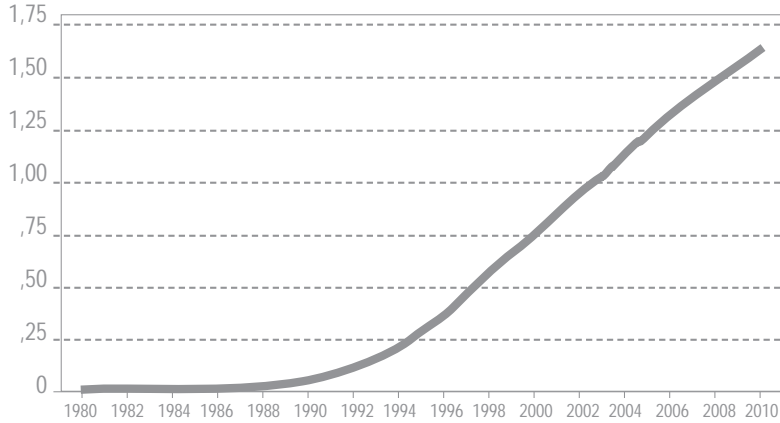
Fuente: ONUSIDA

Figura 1. Prevalencia del VIH estimada y proyectada entre adultos en El Salvador, 1980 a 2010



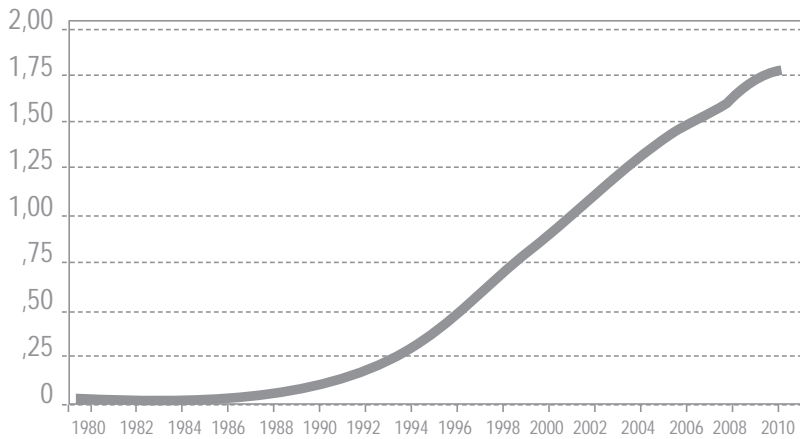
Fuente: PASCA, Modelo *Spectrum*, Proyecciones del año 2002.

Figura 2. Prevalencia del VIH estimada y proyectada entre adultos en Guatemala, 1980 a 2010



Fuente: PASCA, Modelo *Spectrum*, Proyecciones del año 2002.

Figura 3. Prevalencia del VIH estimada y proyectada entre adultos en Panamá, 1980 a 2010



Fuente: PASCA, Modelo *Spectrum*, Proyecciones del año 2002.

Cuadro 2. Información epidemiológica acerca de la epidemia de VIH/SIDA en América Central

País	Prevalencia de VIH entre adultos, finales de 2001	Casos de SIDA relación H:M (2001)	Seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas en control prenatal en áreas urbanas (año)	Prevalencia de VIH en trabajadoras sexuales según lugar de trabajo 2001/02 (tamaño de muestra) ¹			Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres 2001/02 (tamaño de muestra) ²
				Total	Ambulatorias	Sitios fijos	
Belice	2,0	0,8:1	1,0-2,5% (1996)	N/D	N/D	N/D	N/D
Honduras	1,6	1,2:1	1,5-4,0% (1999)	10,4 (502)	14,0 (215)	7,7 (287)	13,0 (285)
Panamá	1,5	3:1	<1,0% (1996)	1,9 (416)	4,7 (64)	1,4 (352)	10,6 (235)
Guatemala	1,0	2,5:1	0,4-0,8% (2000)	5,2 (521)	14,9 (74)	3,6 (447)	11,5 (165)
El Salvador	0,6	3:1	<1 % (2001)	3,9 (484)	16,1 (31)	3,1 (453)	17,7 (293)
Costa Rica	0,6	7:1	<0,5% (1996)	N/D	N/D	N/D	N/D
Nicaragua	0,2	4:1	<0,5% (1997)	0,4 (459)	1,4 (143)	0,0 (316)	9,3 (162)

1. Estudio Multicéntrico de PASCA sobre ITS y VIH, muestra probabilística en ciudades capitales, censo en puertos.

2. La muestra no es representativa, sino que fue extraída a partir de hombres que se ofrecieron voluntariamente al examen, después de ver volantes y otro tipo de publicidad sobre el estudio, del Estudio Multicéntrico de PASCA sobre ITS y VIH.

Fuente: ONUSIDA, PASCA.

trabajadores/as sexuales generalmente no insisten sobre su uso, ya sea porque subestiman el riesgo de contraer la infección, porque no tienen acceso a preservativos o porque ganan más dinero al ofrecer sexo sin protección. Por otra parte, los mismos clientes actúan como puente entre los grupos de alto riesgo y la población común. El estudio del Proyecto PASCA examinó a trabajadores/as sexuales ubicados en capitales y puertos importantes con el fin de diagnosticar casos de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS). Este grupo de riesgo fue extraído de una muestra probabilística, por lo que los resultados se consideran representativos de las áreas cubiertas. La prevalencia de VIH fue más alta en trabajadores/as sexuales de Honduras (10,4%), seguido por Guatemala (5,2%) y El Salvador (3,9%). Las tasas fueron mucho menores en Panamá (1,9%) y Nicaragua (0,4%). En todos los países, las tasas de prevalencia entre los trabajadores/as sexuales que trabajan en la calle son mucho mayores, generalmente entre dos a cuatro o cinco veces más, en comparación con los que ejercen su labor en lugares estables. Debido a la mayor prevalencia del VIH entre este último grupo, las actividades de prevención deberían focalizarse con mayor dedicación en los trabajadores/as sexuales de la calle respecto de los que están en lugares fijos, aun que sea más difícil llegar a ellos.

El estudio de PASCA también incluyó en el examen a **hombres que tienen sexo con hombres**, en busca de VIH e infecciones de transmisión sexual. El comportamiento homosexual es responsable de una cifra importante de contagios y tiene especial importancia en Costa Rica (se debe observar la

alta relación hombre: mujer de casos informados de SIDA en Costa Rica). Los hombres que tienen sexo con hombres participaron en el estudio a través de una variedad de métodos de selección, lo que incluye el haber publicitado el estudio. Debido a esto, los resultados de este estudio son menos factibles de generalizar que los resultados para los trabajadores/as sexuales. Con estas advertencias en mente, los resultados aun aportan información de gran valor respecto de la epidemia. En cifras concretas, las tasas de prevalencia variaron de 17,7% en El Salvador a 9,3% en Nicaragua. El estudio también solicitó a estos hombres que identificaran su orientación sexual. Sólo la mitad se declaró homosexual, en todos los países, alrededor del 29% se declaró bisexual, 11% heterosexual, 5% transvestido y 6% no respondió a la pregunta. La diversidad de orientaciones sexuales auto declaradas podría tener fuertes consecuencias para las estrategias de difusión que buscan llegar a este grupo.

En algunos países se han documentado altas tasas de ITS, mientras que en otros sólo se sospechan. Una persona que padece de una infección de transmisión sexual enfrenta mayor riesgo de contraer la infección del VIH, tanto en términos biológicos como por su comportamiento. Debido a que el VIH se transmite sexualmente, las prácticas de sexo no seguro que causaron las otras ITS podrían posibilitar el desarrollo de la infección de VIH, y la infección en sí origina cambios en el tracto urogenital que pueden facilitar el ingreso del VIH a las células. El estudio de PASCA también informó de la estrecha relación que existe entre otras infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Respuestas por parte de los países

Gasto para la lucha contra el VIH/SIDA

SIDALAC, la Iniciativa Regional contra el SIDA para América Latina, ha recopilado y analizado el gasto que se destina al combate contra el VIH/SIDA a nivel nacional. El último año para el que existen datos comparativos es 2000 (Cuadro 3). Según este registro, Nicaragua mostró el gasto más bajo per cápita contra el VIH/SIDA, con US\$1,19; Guatemala y El Salvador gastaron un poco más, a pesar de mostrar tasas de prevalencia de VIH mucho mayores. Honduras tuvo el nivel de gasto más alto, con US\$3,91 per cápita, más de la mitad del cual corresponde a gasto de bolsillo. Este gasto de bolsillo destinado a la atención y el tratamiento del paciente, además de la pérdida del salario, puede llegar a ser catastrófico y empobrecer a aquellos hogares en que uno de sus miembros contrae el VIH/SIDA. Por otro lado, Honduras y Nicaragua mostraron las mayores proporciones de gasto a partir de fuentes de financiamiento externo, con 28% y 38% respectivamente.

Los estudios de SIDALAC señalan que la mayoría de los países destina menos del 30% del gasto total en VIH/SIDA a los esfuerzos de prevención.

Sin duda, el gasto en VIH/SIDA ha cambiado desde el momento en que SIDALAC recopiló estos datos comparativos en 2000, ya que casi todos los países ofrecen cada vez más tratamientos y en muchos casos, en respuesta a requerimientos legales. El principal donante externo, USAID, ha aumentado el financiamiento para actividades regionales y programas nacionales específicos, con un nivel planificado que llegará casi a los US\$17 millones en 2004. Además, en algunos países ya se están comenzando a utilizar los recursos del

Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Figura 4). En este sentido, Honduras y Panamá fueron beneficiados por la primera ronda de aprobaciones del Fondo; Honduras para una propuesta de gran envergadura y Panamá para una pequeña que se concentra en TB/VIH/SIDA. En la segunda ronda, se aprobaron las propuestas de VIH/SIDA para Costa Rica, El Salvador y Nicaragua. Belice, Guatemala y Panamá tienen pendientes sus propuestas de VIH/SIDA para la tercera ronda. Todas las propuestas aprobadas tienen garantizado el financiamiento durante los dos primeros años.

Actividades de prevención y tratamiento

Todos los países ofrecen un Programa Nacional contra el VIH/SIDA, excepto Costa Rica, que cuenta con un Comité de alto nivel dedicado al tema.

Las ONGs tienen una posición activa respecto de la prevención, el cuidado y el tratamiento en todos los países de América Central, algunas con el respaldo del gobierno y otras, de organismos internacionales. Incluso en aquellos casos en los que el gobierno no respalda las actividades de las ONGs, éste puede facilitar su trabajo, por ejemplo, asegurando que la policía no moleste a los participantes cuando se lleven a cabo actividades de extensión entre grupos de alto riesgo.

Un aspecto fundamental para la prevención es el uso de preservativos. La Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés) tiene un programa bien estructurado en torno a la promoción social de los preservativos y la comunicación para el cambio de conducta. Esta entidad ha estado funcionando en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Belice, Nicaragua, Panamá y Honduras desde 1996 y el

Cuadro 3. Gastos en VIH/SIDA según fuentes, 2000

	Gasto per cápita total en VIH/SIDA, Año 2000, US\$	Proporción del financiamiento			Gasto en VIH/SIDA como proporción del gasto total en salud, Año 2000	Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en VIH/SIDA, Año 2000
		Público	Privado	Externo		
Costa Rica	\$2,82	78%	22%	0%	1,1%	21%
El Salvador	1,59	57	26	17	1,0	26
Guatemala	1,24	72	18	10	1,7	15
Honduras	3,91	17	55	28	5,0	54
Nicaragua	1,19	39	23	38	2,0	21
Panamá	3,24	89	8	3	1,3	6

Fuente: SIDALAC.

Figura 4. Financiamiento aprobado y pendiente de decisión del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, a septiembre 2003.



programa se dirige a grupos de alto riesgo, incluidos hombres que tienen sexo con hombres, migrantes, camioneros, fuerzas de seguridad y los garifunas, así como también adolescentes sexualmente activos. El uso de preservativos en América Central aumentó más del doble, de 8,1 millones en 1999 a 18,1 millones en 2001, pero esta cifra sigue siendo baja comparada con el total de habitantes mayores de 15 años en la región que supera los 20 millones.

Algunos gobiernos cuentan con políticas activas de distribución gratuita de preservativos a grupos de alto riesgo (principalmente trabajadores sexuales), pero es necesario mejorar y expandir estas iniciativas. Otra área importante que también requiere inversión está relacionada con la aplicación de pruebas confidenciales y servicios de consejería. Si bien en algunos países se han apoyado esfuerzos por focalizar las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) hacia los grupos de alto riesgo, generalmente a través de ONGs, dominan aún las campañas masivas. El tratamiento sintomático de las infecciones de transmisión sexual también necesita mayor inversión en América Central, a fin de reducir este factor de riesgo de contraer el virus. Además, en todos los países se está aumentando lentamente la cantidad de programas que buscan prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo.

Los sistemas de seguridad social en salud de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá constituyen la principal fuente de tratamiento antiretroviral (ARV) financiada con fondos públicos en América Central. Los Ministerios de Salud,

salvo en el caso de Nicaragua, también están aumentando lentamente el número de personas cubiertas por el tratamiento ARV y este mismo tratamiento está siendo ampliado.

Cómo se puede mejorar la asignación de los recursos contra el VIH/SIDA

A principios de 2002, el Banco Mundial creó una herramienta para ayudar a los países de América Central a determinar cuáles actividades de prevención merecían más financiamiento a fin de revertir la epidemia con la mayor prontitud posible. El resultado de este trabajo es el Modelo de Asignación Basada en Costo-efectividad (ABC), el que ayuda a las autoridades responsables a determinar de qué manera asignar los recursos para evitar el mayor número de nuevos infectados por el virus, para cada nivel del presupuesto¹. El modelo se puede usar además para simular el efecto de asignaciones de recursos alternativas y generar consenso acerca de las intervenciones de prevención del VIH que tienen el mayor impacto sobre la epidemia.

El Modelo ABC tiene las siguientes características: primero, sólo se concentra en programas de prevención, por lo que supone que ya se tomaron decisiones acerca de los montos destinados a la prevención y al tratamiento, respectivamente. Segundo, analiza asignaciones de recursos alternativas entre diferentes estrategias de prevención del VIH, diferenciadas por grupo de población objetivo, según lo defina el comportamiento de riesgo, la orientación sexual, el género, el idioma, la ubicación, etc. Tercero, permite la evaluación explí-

Una vistazo al Programa contra el VIH/SIDA del Banco Mundial

La epidemia del VIH/SIDA está revirtiendo los costosos avances en desarrollo logrados durante estas últimas décadas. Para superar el desafío que plantea la crisis del VIH/SIDA y reducir la pobreza, el Banco Mundial se ha comprometido a proponer una respuesta global más efectiva y poderosa, por cuanto la experiencia en esta lucha indica que una atenta planificación hoy puede evitar catástrofes en términos de desarrollo y salud en el futuro.

En los últimos años, el Banco Mundial ha comprometido US\$1,6 mil millones en préstamos, créditos y donaciones para actividades relacionadas con el VIH/SIDA en todo el mundo. La labor del Banco se ha concentrado en las actividades de prevención y seguiría haciéndolo; además, con la reciente caída de los precios de las drogas antiretrovirales en los países en desarrollo, el Banco y sus aliados han aumentado el respaldo destinado al tratamiento de las personas infectadas y afectadas por el virus. La experiencia con proyectos piloto en zonas de bajos recursos indica que las tasas de adherencia a la terapia anti-retroviral en los países en desarrollo son tan o más altas que en los países industrializados. El Banco Mundial también trabaja con ONUSIDA para ofrecer análisis estratégicos, asesoría en materia de políticas públicas y otro tipo de asistencia técnica a nivel nacional, y actúa como fideicomisario del Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

América Latina y el Caribe. A Septiembre del 2003, el Banco Mundial ha comprometido más de US\$550 millones en América Latina y el Caribe para ayudar a financiar la implementación de programas de prevención y control del VIH/SIDA en los siguientes países: Argentina, Barbados, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Grenada, Haití, Honduras, Jamaica, México, Trinidad y Tobago, St. Kitts y Nevis y Venezuela. La labor más prolongada del Banco en América Latina se ha desarrollado en Brasil, donde la institución ha financiado tres proyectos de gran envergadura destinados a combatir el VIH/SIDA.

Debido a que la región del Caribe tiene la segunda tasa más alta de la epidemia después de África al sur del Sahara, el área constituye un foco especial para el apoyo que brinda el Banco en América Latina y el Caribe. En junio de 2001, el Directorio del Banco Mundial aprobó un Programa para la Prevención y el Control del VIH/SIDA en varios países del Caribe, con un costo de US\$155 millones. Conforme a esta iniciativa, se han otorgado préstamos a Barbados (2001), República Dominicana (2001), Jamaica (2002), Grenada (2002) y St Kitts y Nevis (2003), todos con proyectos que actualmente están siendo implementados.

América Central. En América Central, actividades relacionadas con el VIH/SIDA están incluidas en los proyectos financiados por el Banco en Honduras y El Salvador. El Banco está preparado para trabajar con los países de América Central a fin de complementar el financiamiento necesario para ejecutar programas contra el VIH/SIDA mediante préstamos y donaciones, y para llevar a cabo una labor de asesoría en materia de políticas públicas respecto del VIH/SIDA. Los talleres de asignación óptima de recursos para la prevención del VIH en Guatemala, Honduras y Panamá son ejemplos de este tipo de análisis y asesorías. Un taller parecido está planificado para Costa Rica. Además, el Banco se encuentra en las etapas iniciales de desarrollo de un proyecto regional contra el VIH/SIDA para América Central, que financiaría actividades a nivel regional, tales como actividades coordinadas de vigilancia y un laboratorio de referencia regional.

cita de otros criterios de asignación, tales como consideraciones socio-políticas o de equidad, comparándolos con la asignación óptima. Por ejemplo, si se reserva una cantidad específica de recursos para un grupo o programa en particular, es posible medir el impacto sobre el número de infecciones factibles de prevenir.

Para usar esta herramienta, en primer lugar se definen los grupos de la población y el conjunto de intervenciones de prevención del VIH que se considerarán en el análisis. Luego, se ingresan algunos parámetros clave, tales como epidemiología del VIH en el país (es decir, el número de infecciones nuevas que se espera por cada grupo de la población), y el costo y la eficacia relativos de cada intervención preventiva. Sin embargo, la in-

formación disponible sobre algunos de estos parámetros es poca, como por ejemplo, la efectividad de algunas acciones o las tasas de infección de referencia por cada subgrupo. A falta de datos nacionales o internacionales comparables, el ejercicio utiliza la estimación por consenso como una segunda opción aceptable. Esto significa que gran parte de la información inicial del modelo es estimada subjetivamente por un grupo de participantes nacionales e internacionales, haciendo uso de su mejor criterio (informado).

El modelo ABC se aplicó en Honduras, Panamá y Guatemala entre mayo de 2002 y agosto de 2003 en talleres a nivel de cada país. Primero, se recopilaron todos los datos pertinentes que se podían obtener del sistema de vigilancia de cada

país, de sus estadísticas y de estudios nacionales e internacionales. Segundo, en cada uno de los países, un gran grupo de expertos nacionales e internacionales revisó las estimaciones iniciales correspondientes durante un taller de 3 días de duración y acordaron por consenso las estimaciones para todos los valores iniciales. Este enfoque altamente participativo contribuyó en generar un sentido de pertenencia y confianza en los resultados del Modelo.

Resultados

Debido a la naturaleza de la epidemia en los tres países de América Central, los participantes en los talleres escogieron grupos de población objetivo e intervenciones preventivas similares, como se puede ver en los Cuadros 4 y 5.

La conclusión más importante es que, incluso **con recursos limitados, se puede lograr un impacto sustancial sobre la epidemia**, siempre que estos recursos se canalicen hacia las intervenciones más costo-efectivas (véase la Figura 5 para el ejemplo de Panamá). En los tres países, las intervenciones más costo-efectivas son: (i) el mercadeo social del condón, (ii) la distribución gratuita de condones en grupos de alto riesgo, (iii) la IEC para grupos de alto riesgo incluidos HSH, TCS y reclusos, y (iv) la consejería y acceso a pruebas rápidas. De acuerdo a la asignación óptima que se indica en el Cuadro 6, US\$1 millón invertido en estas intervenciones evitaría entre 5.100 y 12.000 infecciones, lo que corresponde a entre 11% y 19% de las infecciones primarias y secundarias que se esperan². El correspondiente costo por cada infección prevenida estaría entre los US\$84 y los US\$196, según el país. En comparación, si estos recursos se asignaran entre las demás intervenciones en cada país, se podrían evitar sólo unos cientos de infecciones a un costo de varios miles de dólares por cada infección que se haya prevenido.

Una segunda conclusión clave es que incluso con un presupuesto de US\$10 millones, sólo se podría evitar alrededor de un 25% de todas las infecciones primarias y secundarias. Esto se debe a que es difícil llegar a aquellos grupos de población con el riesgo más alto. Por ejemplo, los participantes del taller de los tres países estimaron que con una intervención determinada, se puede llegar sólo a entre 40% y 70% de los/las trabajadores/as sexuales y sólo al 25% de los hombres que tienen sexo con otros hombres. Si se reducen estas limitaciones hasta suponer que se puede llegar al 100% de estos grupos de alto riesgo (TCS,

HSH y reclusos) mediante intervenciones preventivas, la cantidad de infecciones que se evitan con US\$10 millones aumenta a más del doble en Honduras y alcanza al 60% de todas las infecciones primarias y secundarias que se esperan en Panamá y Guatemala. Esto significa que **después de un determinado nivel presupuestario, el gobierno no sólo debería financiar intervenciones preventivas tradicionales, sino que también debería diseñar estrategias para llegar a un mayor porcentaje de grupos de alto riesgo** (por ejemplo, despenalización, reducción del estigma, mayor cobertura en la prestación de servicios, etc.).

Tercero, a medida que aumenta el presupuesto para la prevención del VIH, algunas intervenciones siguen quedando fuera de la asignación óptima. Por ejemplo, con un presupuesto de US\$5 millones para efectos de prevención (véase el Cuadro 7), en Honduras y Guatemala la asignación óptima no incluye sangre segura o prevención de la transmisión de madre a hijo. No obstante, el costo-efectividad no es el único criterio que guía las decisiones de asignación de recursos. El Ministerio de Salud tiene otras razones por decidir invertir en asegurar que todas las unidades de sangre estén libres de VIH, aunque esto no sea muy costo-efectivo. De la misma manera, las autoridades responsables podrían invertir más en la prevención de la transmisión de madre a hijo por razones éticas, aunque esto tampoco sea muy costo-efectivo en una situación de epidemia concentrada y por lo tanto no esté dentro de las recomendaciones del modelo.

Conclusiones

Los resultados de la aplicación del Modelo ABC en Honduras, Panamá y Guatemala apuntan a **un paquete mínimo de intervenciones clave que deben llevarse a cabo debido a su impacto potencial sobre la epidemia**. Una alternativa sería utilizar los resultados de este ejercicio para asegurar gastos reservados para las medidas más costo-efectivas.

En el caso de los tres países analizados, el paquete mínimo incluiría las siguientes intervenciones: distribución gratuita de condones en grupos de alto riesgo, mercadeo social del condón, información, educación y comunicación en grupos de alto riesgo (TCS, HSH, reclusos y fuerzas de seguridad) y consejería y acceso a pruebas rápidas. Una vez asegurado el financiamiento de estas estrategias, el resto del presupuesto se podría destinar para abordar temas de equidad y

Cuadro 4. Grupos de población objetivo

Honduras	Panamá	Guatemala
Trabajadores/as sexuales (TCS)		
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)		
Reclusos		
Adolescentes		
Mujeres embarazadas/Recién nacidos de mujeres VIH+		
Receptores de transfusiones de sangre		
Garifunas	Kunas	
Trabajadores en sus lugares de trabajo		Trabajadores en sus lugares de trabajo
	Fuerzas de seguridad (policía, guardias, militares)	
		Hombres y mujeres con infecciones de transmisión sexual
		Jóvenes en riesgo/en la calle

consideraciones socio-políticas y para financiar estrategias con impacto de mediano a largo plazo.

Segundo, los resultados del ejercicio sugieren que el actual financiamiento destinado a la prevención del VIH en América Central dista mucho de ser el adecuado. Para evitar entre 10% y 20% de nuevos infectados, **el monto de inversión mínimo es US\$1 millón por año en cada país para intervenciones altamente costo-efectivas.** Esto no incluye recursos para la sangre

segura ni la prevención de la transmisión de madre a hijo, entre otros, que son actividades complementarias que el gobierno debería seguir financiando. En el año 2000, el financiamiento total (público y privado) destinado a las actividades de salud pública y prevención del VIH fue de US\$6.0 millones en Honduras, US\$ 800,000 en Panamá y de US\$2.8 millones en Guatemala, pero es importante hacer notar que estos fondos no tuvieron un enfoque fuerte en las intervencio-

Cuadro 5. Intervenciones de prevención del VIH

Honduras	Panamá	Guatemala
Consejería y acceso a pruebas rápidas		
IEC para adolescentes (incluidos educación por pares + canales mediáticos)		
IEC en grupos de alto riesgo (TCS, HSH, reclusos y fuerzas de seguridad), incluidos educación por pares + canales mediáticos		
Prevención de transmisión de madre a hijo		
Manejo sintomático de infecciones de transmisión sexual		
Distribución gratuita de condones en grupos de alto riesgo		
Mercadeo social del condón		
Sangre segura		
Promoción y defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH y SIDA		
IEC para Garifunas / Kunas		
IEC para embarazadas		
Intervenciones en el lugar de trabajo		Intervenciones en el lugar de trabajo
	Campañas en medios masivos	
		Intervención integral para las personas que viven con VIH y SIDA

Cuadro 6. Presupuesto de US\$1 millones para la prevención del VIH

Asignación según intervención	Honduras	Panamá	Guatemala
Mercadeo social del condón	\$250.000	\$250.000	\$250.000
Distribución gratuita de condones en grupos de alto riesgo	\$250.000	\$250.000	\$250.000
IEC en grupos de alto riesgo (TCS, HSH y reclusos / fuerzas de seguridad)	\$500.000	\$250.000	\$500.000*
Consejería y acceso a pruebas rápidas		\$250.000	
<i>Cantidad de infecciones primarias y secundarias que se evitan con esta asignación</i>	<i>5.100</i>	<i>7.250</i>	<i>12.000</i>
<i>Costo por cada infección que se ha prevenido</i>	<i>\$196</i>	<i>\$138</i>	<i>\$84</i>

*En Guatemala, la estrategia de IEC para llegar a estos grupos fue desagregada y este presupuesto sólo se refiere a educación por pares.

Fuente: Modelo ABC, Honduras (2002), Panamá (2003) y Guatemala (2003).

nes que este ejercicio identifica como las de mayor impacto sobre la epidemia.

Para terminar, el ejercicio plantea un marco que permite a las autoridades responsables comprometerse de manera constructiva con las diversas partes involucradas en la prevención del VIH, incluyendo a donantes externos y al Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, para que tomen las decisiones de inversión que aseguren la cobertura adecuada de las intervenciones prioritarias. Además, el modelo permite hacer comparaciones explícitas de la cantidad de infecciones que se evitan entre combinaciones alternativas de estrategias de prevención, y se puede observar también el efecto que tiene el desviarse de la asignación óptima por motivos sociales, éticos y políticos. Por otra parte, el marco de este modelo establece claramente las intervenciones y sus

componentes clave, los grupos de población que se intentará alcanzar, la efectividad esperada y el costo unitario de cada intervención, la cantidad de personas a las que se pretende llegar y el impacto que se espera lograr. Esto permite obtener indicadores factibles de monitorear y actualizar a medida que se implementa la estrategia de intervención y se recopilen nuevos datos, dando vida a una estructura dinámica y transparente para guiar la toma de decisiones relacionada con la prevención del VIH.

Notas

1. El Modelo se basa en técnicas elaboradas en *No Time to Lose*. Instituto de Medicina (2001).

2. Infecciones secundarias se refiere a las infecciones que surgen de una persona VIH+. Su inclusión nos permite considerar los efectos multiplicadores de la prevención en algunos subgrupos. Por ejemplo, el uso constante de preservativos por parte de los trabajadores sexuales evita

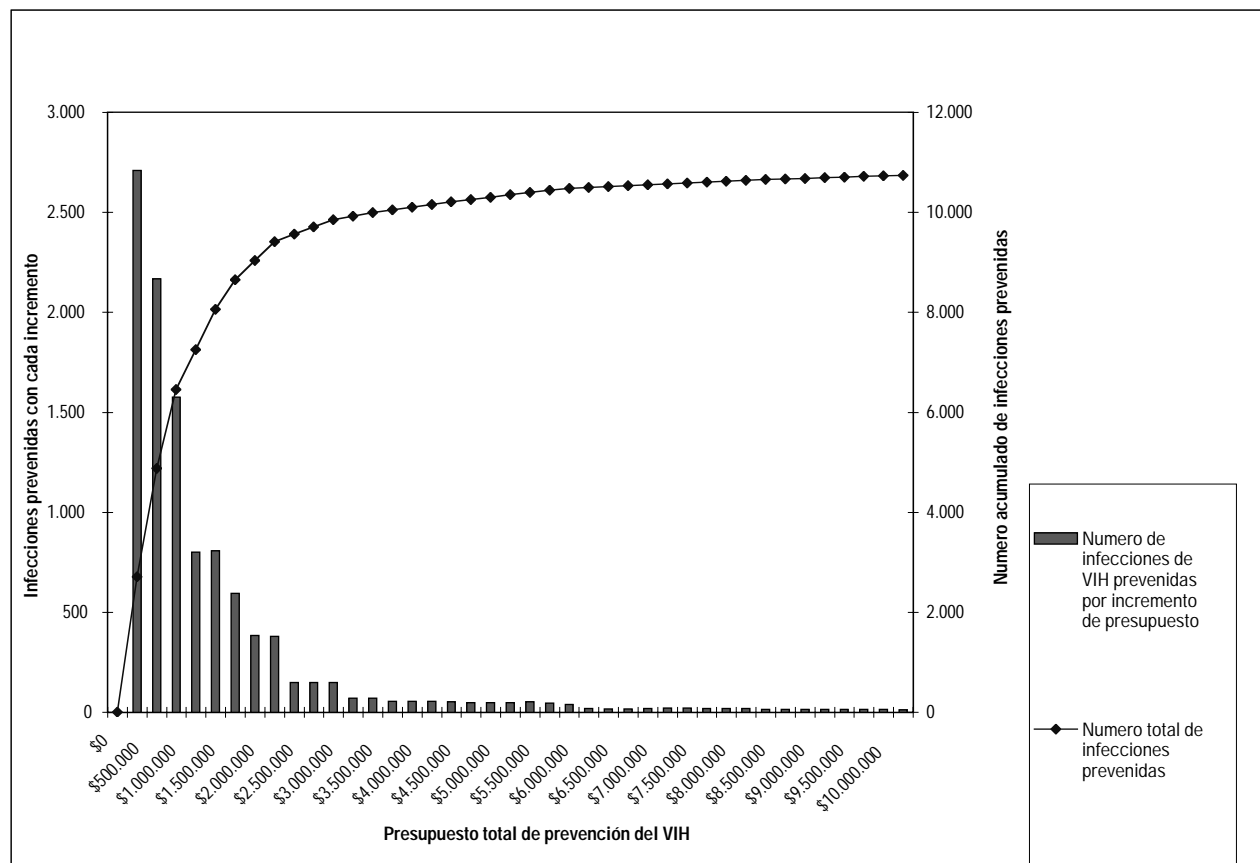
Cuadro 7. Presupuesto de US\$ 5 millones para la prevención del VIH

Asignación según intervención	Honduras	Panamá	Guatemala
Consejería y acceso a pruebas rápidas	1.250.000	750.000	1.250.000
IEC para los garifunas	750.000		
IEC en grupos de alto riesgo (TCS, HSH, reclusos/fuerzas de seguridad)	500.000	500.000	750.000*
Manejo sintomático de infecciones de transmisión sexual	1.000.000	750.000	—
Distribución gratuita de condones en grupos de alto riesgo	500.000	250.000	250.000
Mercadeo social del condón	500.000	250.000	750.000
Promoción y defensa de los derechos humanos	500.000	1.750.000	500.000
IEC para adolescentes a través de canales mediáticos específicos	—	—	250.000
Campañas en medios masivos	—	250.000	750.000
Prevención de transmisión de madre a hijo	—	500.000	—
Intervención integral para las personas que viven con VIH y SIDA			500.000

*En Guatemala, la estrategia IEC para llegar a estos grupos se desagregó en educación por pares (US\$500.000) y canales mediáticos (US\$250.000).

Fuente: Modelo ABC, Honduras (2002), Panamá (2003) y Guatemala (2003).

Figura 5. Infecciones de VIH prevenidas con la asignación óptima, Panamá – 2003



Fuente: Modelo ABC, Panamá (2003)

las infecciones entre ellos (infecciones primarias) pero también entre sus clientes y las parejas de sus clientes (infecciones secundarias).

Bibliografía

Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria. Global Fund Grants—Status Report. www.globalfundatm.org.

Institute of Medicine. No Time to Lose: Getting more from HIV Prevention. Committee on HIV Prevention Strategies in the United States, Division of Health Promotion and Disease Prevention, Monica S. Ruiz, Alicia R. Gable, Edward H. Kaplan, Michael A. Stoto, Harvey V. Fineberg, and James Trussell, Editors. 2001.

PASCA. Epidemia de VIH/SIDA. Estimaciones y Proyecciones. Periodo 1980–2010. San Salvador, noviembre 2002.

PASCA. Guatemala: Estimaciones y Proyecciones de la Epidemia de VIH/SIDA. Periodo 1980–2010. Sergio Aguilar, Víctor Hugo Fernández, Lori Bollinger. Guatemala, abril 2002.

PASCA/Ministerio de Salud Pública de Panamá. Epidemia de VIH/SIDA. Estimaciones y Proyecciones. Periodo 1980–2010. Panamá, octubre 2002.

Population Services International. Biennial Report. 2001–2002.

SIDALAC. El financiamiento de las respuestas nacionales contra el SIDA en América Latina y el Caribe y el flujo de financiamiento internacional. Cuentas Nacionales en VIH. José Izazola, Daniel Arán y Ricardo Valladares, Editors. Fundación Mexicana para la Salud. 2003.

UNAIDS. Table of UNAIDS/WHO Country-Specific HIV/AIDS Estimates end-2001. www.unaids.org.

World Bank. HIV/AIDS in Latin America : the Challenges Ahead. Anabela Garcia-Abreu, Isabel Noguera, and Karen Cowgill, HNP Discussion Paper, March 2002.

World Bank. Optimizing the Allocation of Resources among HIV Prevention Interventions in Honduras. Girindre Beeharry, Nicole Schwab, Dariush Akhavan, Rosalinda Hernandez and Carla Paredes, June 2002.

World Bank. Workshops for the Optimal Allocation of Resources for HIV/AIDS using the ABC Model. Tegucigalpa, Honduras, May 2002; Panama City, Panama, April 2003; Guatemala City, Guatemala, August 2003. www.pasca.org

**Región de América Latina y el Caribe
Programa Global de VIH/SIDA
Banco Mundial, Septiembre 2003**