



International
AIDS Society

Stronger Together

Informe de Impacto de AIDS 2008 Evidencia para la acción

www.aids2008.org

XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA
3 al 8 de agosto de 2008, Ciudad de México



Ciencias Sociales, Comportamentales y Económicas y Políticas y Ciencia Política

CIENCIAS SOCIALES, COMPORTAMENTALES Y ECONÓMICAS, POLÍTICAS Y CIENCIA POLÍTICA

Ciencias Sociales, Comportamentales y Económicas

Las presentaciones del Área D pusieron el énfasis en la manera en que lo social, lo económico y otros procesos contextuales influyen tanto en la epidemia del VIH como en los programas y políticas que responden a ella. En esta oportunidad, más que en cualquier otra Conferencia Internacional sobre el SIDA previa, se destacó con ahínco el rol del estigma y de la discriminación en tanto obstáculos primarios para controlar la epidemia. Estas discusiones exploraron, en particular, la intersección del estigma y de la discriminación con las formas de desigualdad estructural basadas en la raza, la clase, el género, la edad y la orientación sexual.

Otras presentaciones en AIDS 2008 hicieron hincapié en la necesidad de la “prevención combinada”, un abordaje emergente que destaca la necesidad de emplear simultáneamente múltiples intervenciones biomédicas, comportamentales, estructurales y específicas al contexto, en vez de depender de una sola intervención. Además, las nuevas investigaciones llevadas a cabo por y sobre comunidades marginadas, recalcaron que el progreso hacia el acceso universal depende de la participación de las mujeres, las/os trabajadoras/es sexuales, los UDI, los HSH y otros grupos sociales marginados.

Darle Prioridad al Estigma y a la Discriminación

AIDS 2008 instauró firmemente al estigma y a la discriminación como prioridades fundamentales dentro de la lucha por el acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo en relación al VIH. En una sesión sobre los abordajes basados en la evidencia del estigma y de la discriminación, se realizó un llamado a priorizar el objetivo de reducir el estigma y la discriminación, en la financiación nacional e internacional, el desarrollo de políticas y de programas.¹ Este llamado se hizo luego de la reciente publicación de una revisión sistemática de la investigación científica sobre el estigma relacionado con el VIH.² Mahajan y sus colegas destacaron que si bien el estigma relacionado con el VIH está ampliamente considerado como una barrera significativa para el manejo de la epidemia, aún se necesitan más investigaciones en las áreas de definición y medida del estigma, la comprensión de la relación entre el estigma y el testeo del VIH y la expansión del tratamiento y el impacto de las iniciativas para reducirlo. Estos hallazgos son consistentes con el Informe Mundial sobre SIDA 2008, que destacó hasta qué punto el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos impiden el avance hacia los objetivos

del acceso universal.³ A pesar de que las referencias al estigma proliferaron en la conferencia, suelen hacerse pocos intentos de conceptualizar el significado de este término, particularmente en el contexto de las investigaciones de las ciencias sociales que intentan evaluar, a través de trabajos científicos, sus formas, impactos y remedios potenciales. En múltiples presentaciones se sugirieron dos direcciones importantes para la conceptualización del estigma. La primera es el abandono de la búsqueda de abordajes individuales o estructurales para la reducción del estigma a favor de un abordaje conceptual que enfatice su interconexión.^{4, 5, 6, 7, 8} La segunda es el abordaje del estigma relacionado con el VIH como un fenómeno en capas, fundamentalmente enlazado con y posibilitado por el sexismo, el racismo, la homofobia, la estigmatización de los UDI y de las/os trabajadoras/es sexuales y otras formas de desigualdad social.^{9,10,11,12,13}

Restricciones de Viaje para las PVVIH

Poco antes de AIDS 2008, Estados Unidos, como parte de su reautorización del programa PEPFAR de US\$48 mil millones, quitó la prohibición de entrada a aquellos que quisieran visitar los EEUU por períodos cortos. A pesar de que este es un logro sin precedentes de las personas que defienden la abolición de esta prohibición convertida en ley en 1987, todavía debe ser implementada a través del cambio en las normativas del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EEUU (DHHS). Mientras tanto, alrededor de 67 países conservan alguna forma de restricción de viaje para las PVVS, políticas que contradicen el consejo de los expertos en salud pública – incluyendo la OMS – y discriminan injustamente a las PVVIH. Además de reforzar el estigma relacionado con el VIH, estas prohibiciones contribuyen a la violación de otros derechos humanos relacionados con el VIH, como el testeo obligatorio y las deportaciones inmediatas. Parece, no obstante, que este tema está ganando actualidad: China anunció en la conferencia que eliminará sus propias prohibiciones de entrada para las PVVIH en 2009.

El desarrollo exhaustivo de estos abordajes clave a través del trabajo centrado en lo conceptual y el desarrollo de maneras de volverlos operativos, son objetivos importantes para las investigaciones en ciencias sociales en este área. Una de las implicaciones estructurales más tangibles del estigma

y de la discriminación son las restricciones de viaje que se le imponen a las PVVS en muchos países (ver recuadro de Restricciones de Viaje). Muchos países se comprometen retóricamente a ocuparse del estigma y de la discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH, pero ignoran algunas de las manifestaciones legales y políticas más obvias y tangibles relacionadas con el estigma, como las restricciones de viaje que sufren las PVVS.

En la conferencia, se informó sobre los progresos importantes en el desarrollo de herramientas estandarizadas para evaluar los niveles de estigma. Las investigaciones de Puerto Rico y de la India describieron los procesos de validación de índices de estigma que involucran a las PVVIH y a las personas provenientes de ámbitos rurales respectivamente.^{14,15}

Mientras que estos instrumentos de centran en las dimensiones socio cognitivas del estigma, otra iniciativa importante diseñada para evaluar el estigma tanto a nivel individual como estructural – el Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH – fue reportada por Yuvaraj y sus colegas.^{16,17}

El Índice de Estigma de las PVVIH intenta medir los cambios en el estigma a lo largo del tiempo y permitir la comparación entre países para informar a los programas, a las intervenciones políticas y la incidencia. El índice combina la investigación con el empoderamiento, ubicando a las PVVIH en el centro del proceso en calidad de entrevistadoras, entrevistadas y usuarias locales de la información generada. Las lecciones aprendidas a raíz de la expansión mundial de esta herramienta, actualmente en proceso, ayudarán a esclarecer el potencial de este abordaje único basado en la comunidad para la vigilancia y la respuesta frente al estigma.

La investigación presentada en AIDS 2008 también destacó la compleja relación entre el estigma y el acceso de la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo. Dos debates clave en el campo fueron el foco de discusiones considerables: la relación

entre el estigma relacionado con el VIH y el testeo de rutina del VIH (opt- out) y el punto hasta el cual el acceso amplio a los ARV afecta los niveles de estigma relacionados con el VIH. A propósito del testeo de rutina, muchos estudios apuntaron a la necesidad de armonizar las tensiones entre

los abordajes del testeo del VIH basados en las poblaciones y aquellos basados en los derechos, incluyendo también la manera de interpretar los resultados de las investigaciones

18,19,20,21,22,23

Dos estudios adicionales sobre si la expansión del tratamiento contribuye por sí misma a la reducción del estigma produjeron resultados contradictorios, uno de ellos apuntó al incremento del estigma percibido con el uso de tratamiento y el otro sugirió la disminución de las actitudes estigmatizantes con la disponibilidad en aumento del acceso a la ARV.^{24,25} La naturaleza contradictoria de estos estudios señala la necesidad de investigaciones futuras que puedan identificar más efectivamente la mezcla de condiciones individuales y estructurales que median la relación entre el estigma relacionado con el VIH y la adherencia al tratamiento.

AIDS 2008 también presentó investigaciones sobre el estigma relacionado con el VIH entre los trabajadores de la salud. La prueba piloto de un programa para la reducción del estigma llevada a cabo en la Provincia de Yunnan, China, mostró niveles altos de miedo a la infección entre los trabajadores de la salud y poco conocimiento sobre las precauciones universales.²⁶ Luego de la intervención, se observó una mejora en la confidencialidad con respecto a los pacientes VIH positivos y a la asesoría y prueba voluntaria (APV). Un segundo estudio en

Vietnam evaluó los resultados de una campaña de reducción del estigma liderada por la comunidad.²⁷ Los resultados después de un seguimiento de 16 meses, demostraron una relación positiva entre la exposición a las iniciativas de la campaña (por ejemplo, educación comunitaria, carteles, hojas de datos) y la reducción en las tasas de estigma y el miedo a la transmisión. Al focalizarse en el sector del cuidado de la salud, estas dos iniciativas ayudaron a evaluar las

Prevención Combinada

No existe un “santo remedio” en la prevención del VIH. El hecho de que esta evaluación crítica de la prevención haya marcado la primera Conferencia sobre el SIDA en América Latina y en el Caribe debería ser una lección para todos aquellos que trabajan en el campo del VIH en la región.

En lugar de una infinidad de soluciones aisladas, necesitamos desarrollar programas polifacéticos, implementar intervenciones que también apunten a los determinantes de la epidemia, expandir estrategias probadas y centrarnos en los grupos más vulnerables. “La Prevención Combinada” funciona. América Latina y el Caribe poseen las condiciones necesarias para demostrárselo a la comunidad global.

**Gottfried Hirnschall,
Coordinador de Proyecto,
VIH/ITS, OPS**

dimensiones estructurales del estigma. Ellas proveen un ejemplo importante para futuras investigaciones relacionadas con otras fuentes estructurales de estigma, incluyendo las políticas de gobierno, las instituciones religiosas y los sistemas de justicia penal.

Nuevo Consenso: “Prevención Combinada del VIH”

AIDS 2008 subrayó una nueva dirección en la prevención del VIH. En lugar de intervenciones en prevención centradas exclusivamente en el cambio de la conducta individual, muchos oradores hicieron un llamado a lograr la “prevención combinada del VIH”, abogando por un abordaje a largo plazo para la reducción del riesgo del VIH y de la vulnerabilidad, que apunte tanto a los factores individuales como a los contextuales.²⁸ La prevención combinada hace uso de múltiples estrategias de reducción del riesgo en lugar de depender de un sólo “santo remedio” y considera la relación entre los programas de prevención y las políticas, particularmente a nivel del compromiso comunitario y del activismo.²⁹ La investigación y los comentarios en AIDS 2008 contribuyeron a esta nueva dirección en la prevención del VIH de dos maneras importantes.

Primero, los análisis de las implicaciones políticas, sociales y culturales de las estrategias específicas de prevención ayudaron a atenuar las suposiciones ampliamente diseminadas sobre su aplicación universal. Por ejemplo, en una sesión sobre la circuncisión masculina, los oradores discutieron sobre la atención insuficiente que se le está dando a la investigación antropológica sobre el cuerpo, la cultura y la masculinidad considerando el impacto de la expansión de esta intervención.³⁰ De la misma manera, Beloqui señaló el alcance limitado de los esfuerzos en prevención del VIH dirigidos a individuos VIH positivos (también referida como prevención positiva) en el contexto brasileño donde la mayoría de los PVVIH no saben sobre su estatus respecto del VIH. Beloqui sugirió que de restringirse al nivel de cambio individual, la prevención positiva puede tener el efecto de “inculpar” a las PVVIH por la transmisión y erosionar las tradiciones de responsabilidad mutua. Arguyó a favor de una visión de prevención positiva que amplíe el capital social de las PVVIH, así como su acceso al tratamiento y a las tecnologías de prevención a la vez que se trabaja a nivel de las políticas para reducir el estigma y expandir los derechos humanos.³¹

En segundo lugar, AIDS 2008 generó un interés considerable en las formas estructurales de la prevención del VIH y en su relación con las estrategias comportamentales y de prevención biomédica. Se presentaron en la conferencia investigaciones sobre un espectro de intervenciones estructurales, entre ellas esfuerzos para reformar las prácticas policiales que afectan a los UDI, para introducir iniciativas de micro financiación para mujeres en riesgo y para ampliar la movilización comunitaria de las/os trabajadoras/es

sexuales.^{32,33,34} En una sesión en la que se proponía repensar el rol de las cuestiones estructurales de la prevención del VIH, se ofrecieron variados análisis sobre desarrollos innovadores en prevención.³⁵ Birungi describió una iniciativa de Kenia que intenta cambiar la organización de los programas de VIH. En un contexto en el que la respuesta frente a la epidemia se construyó básicamente alrededor del cuidado y la prevención pediátrica y en adultos del VIH, Birungi y sus colegas viraron su atención a una población relativamente desatendida que son los jóvenes VIH positivos. En lugar de buscar el cambio en el comportamiento individual, ellos han trabajado para comprender mejor la construcción de la sexualidad de acuerdo al género entre la juventud VIH positiva, dirigiendo las preguntas de la investigación a sus deseos sexuales, expectativas de relación y esperanzas de amor y paternidad en un esfuerzo de establecer una base de conocimiento sobre la que construir intervenciones relevantes.

El impacto social más significativo dentro de la investigación en ciencias sociales sobre prevención combinada se encuentra en esta dirección. Las investigaciones futuras pueden tomar las fortalezas de la teoría sociológica contemporánea sobre la relación entre estructura y agencia, para profundizar nuestro entendimiento del concepto de estructura que se despliega en el discurso emergente de la prevención combinada.^{36,37} Al mismo tiempo, los abordajes de las ciencias sociales como el trabajo social en red, la teoría de la red de actores y el análisis de los caminos causales tienen mucho que ofrecer para mejorar el entendimiento de la manera en que las estructuras se relacionan entre sí y las formas en que interactúan las intervenciones estructurales con aquellas biomédicas y comportamentales. Finalmente, como destacó Ogden, la innovación metodológica en las ciencias sociales es necesaria para comprender si las intervenciones estructurales en prevención del VIH reducen la transmisión del VIH y de qué modo lo hacen.³⁸

Investigaciones sobre, para y llevadas a cabo por Comunidades Marginadas

Otro importante desarrollo en AIDS 2008 fue la expansión de la investigación del VIH que involucra a las comunidades vulnerables y marginadas, particularmente en los contextos en los que el trabajo sexual, el uso de drogas inyectables y la homosexualidad, son criminalizadas y/o no son reconocidas oficialmente como asuntos significativos dentro de la prevención del VIH. Los análisis críticos y los comentarios que articularon las perspectivas de las comunidades marginadas permitieron una importante comprensión de las condiciones políticas, económicas y sociales que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH de los HSH, las/os trabajadoras/es sexuales y los UDI y echaron luz sobre los esfuerzos a realizar para provocar cambios en esas direcciones. Dentro del Área D, se le prestó especial atención a los trabajadores sexuales HSH, hombres y transgénero.^{39,40}

En su Conferencia Jonathan Mann Memorial, Jorge Saavedra, el Director del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México (CENSIDA) presentó un panorama de la investigación, demostrando que la prevalencia del VIH en HSH es significativamente más alta que en la población general, inclusive en África y en otras áreas con epidemias generalizadas. Presentó otros estudios para ilustrar la pobreza de los recursos dedicados a la prevención entre los HSH. Saavedra arguyó con vehemencia que la homofobia, desde las formas más comunes de discriminación hasta las formas extremas como las leyes que criminalizan el sexo entre hombres, exacerba la expansión del VIH.⁴¹ También pidió a las autoridades de Uganda que levanten los cargos contra tres activistas por los derechos de los gays y de las lesbianas que fueron arrestados en el Encuentro de Implementadores del VIH/SIDA en Kampala en junio de 2008 – el 15 de agosto todos los cargos contra las tres personas fueron levantados y el presidente regional de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC) se lo atribuyó directamente al lobby en AIDS 2008.⁴²



Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Peter Piot, AIDS 2008; esta fue la última Conferencia Internacional sobre el SIDA de Piot en su rol de Director Ejecutivo de ONUSIDA.

La presentación plenaria de Saavedra se basó en las cuestiones que enfrentan los gays y otros HSH en la respuesta global frente a la epidemia, planteadas en la pre-conferencia de dos días. Una de las sesiones de la pre-conferencia describió un abordaje innovador para darle forma al apoyo gubernamental en los países de la subregión de Mekong (Tailandia, Vietnam, Camboya, Laos, Myanmar y dos provincias del sur de China). El programa incluyó acuerdos en el lenguaje usado por los funcionarios del gobierno (por ejemplo, el uso de “salud sexual masculina” en las reuniones iniciales, en lugar de “HSH”), una fuerte coordinación y apoyo local, y una coalición entre el gobierno, la sociedad civil y los donantes que resultó en cambios fundamentales en las políticas de estos gobiernos, además de la inclusión de los HSH como prioridad en todos los planes nacionales sobre el SIDA en la subregión de Mekong.⁴³ Shivinanda Khan reportó

éxitos similares al describir un proceso interactivo que incluyó una serie de encuentros – entre ellos, reuniones informales en parques – que resultaron en el incremento del apoyo entre grupos de HSH, el gobierno y la sociedad civil que llevó a la Consulta sobre Salud Sexual Masculina de Asia Pacífico en septiembre de 2006.⁴⁴ Estos ejemplos, aunque críticos, ayudan a subrayar las barreras estructurales que las redes y comunidades de HSH enfrentan cuando desarrollan políticas apropiadas o respuestas programáticas.

El título de la pre-conferencia HSH, El Hombre Invisible: Hombres Gay y Otros HSH en la Epidemia del VIH/SIDA Mundial, puso el acento en la noción de invisibilidad que suele caracterizar a estas comunidades, particularmente en las epidemias de bajo nivel y en aquellas generalizadas. Una investigación llevada a cabo en Togo ilustró el desafío que implica investigar cuestiones de VIH dentro del mismo sexo en climas de invisibilidad. Los funcionarios de gobierno de Togo le dijeron al equipo de investigadores que no se molestasen en investigar a los HSH ya que los mismos no existían. El equipo persistió con un abordaje etnográfico basado en la comunidad, que identificó a 122 HSH y descubrió vacíos clave en su conocimiento sobre el riesgo del VIH. Uno de los resultados de este proyecto de investigación fue el desarrollo de nuevas redes y programas de HSH.⁴⁵

Minorías Sexuales y los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial (MCP)

El Fondo Mundial realizó recientemente una consulta sobre la manera en que su proceso de injerencia en las prioridades nacionales, que depende de los Mecanismos de Coordinación de País, puede llegar mejor a las necesidades de las minorías sexuales. La consulta confirmó que las poblaciones en mayor riesgo y las marginadas podrían estar mal atendidas dentro de ese proceso, particularmente en países con epidemias generalizadas. Las estrategias potenciales para abordar este problema incluyen una supervisión más cercana de las propuestas de desarrollo, la eliminación del requisito que exige que las organizaciones MCP sean “entidades legales”, y el fortalecimiento del rol de los grupos de la sociedad civil como “intermediarios” de estas poblaciones.

Los informes sobre cuestiones tratadas en otra popular sesión sobre HSH en AIDS 2008 produjeron una evaluación positiva sobre: una herramienta australiana de evaluación que consiste en cinco preguntas en cinco minutos para hacer un mapeo del comportamiento sexual tendiente al riesgo;⁴⁶

el uso de una camioneta en la que se llevan a cabo tests de VIH para los HSH peruanos en zonas de difícil acceso;⁴⁷ y un cuestionario interactivo en internet para ayudar a los gays franceses y holandeses a identificar sus disparadores de riesgo no premeditados.⁴⁸

En una sesión basada en resúmenes sobre las/os trabajadoras/es sexuales hombre y transgénero llevada a cabo en la Conferencia Internacional sobre el SIDA, se presentaron investigaciones pioneras sobre los riesgos relacionados con el VIH que enfrentan estas dos poblaciones y sobre iniciativas importantes diseñadas para intervenir en las condiciones que aumentan estos riesgos. Hunter subrayó la invisibilidad de estos grupos en todos los niveles de la respuesta frente al VIH.⁴⁹ Destacó que sólo unos pocos programas nacionales de VIH/SIDA apuntan explícitamente a estos grupos y señaló que el subsumir los programas para las trabajadoras transgénero a los canales de financiación para HSH ha creado obstáculos para los programas de VIH/SIDA que responden a los derechos particulares de estas trabajadoras sexuales.

Sugiriendo un camino hacia adelante, investigaciones en Tailandia y en Perú ofrecieron ejemplos de esfuerzos tempranos por establecer una base de evidencia desde la cual informar a los programas para que puedan responder mejor a los riesgos del VIH que enfrentan las/os trabajadoras/es sexuales hombre y transgénero.^{50,51} Otra investigación esbozó intervenciones diseñadas para aliviar los factores estructurales que aumentan el riesgo frente al VIH. En Colombia, las trabajadoras sexuales transgénero no suelen llevar sus documentos de identidad – un requerimiento legal y condición para recibir cuidados sanitarios – por la discordancia entre su sexo biológico al nacer y su identidad de género posterior. Riascos Sánchez describió un proyecto iniciado por la Fundación Santamaría, una organización basada en la comunidad de personas transgénero, que responde a las vulnerabilidades que esto crea.⁵² Al otorgarles una identificación alternativa en la que se incluye el nombre elegido por la portadora y al involucrar a través del entrenamiento y el lobby a la policía y a los proveedores de cuidados de la salud, el proyecto ha ampliado el acceso de las trabajadoras sexuales trans a los servicios de salud y ha contribuido a disminuir el acoso policial.

La investigación sobre, para y realizada por las comunidades marginadas presentada en AIDS 2008 tendrá importantes implicaciones en las políticas e investigaciones futuras. En el nivel epidemiológico se sugirió un refinamiento en el concepto de “epidemia generalizada”, o al menos un mejor entendimiento de sus efectos potencialmente excluyentes, a través de investigaciones que apuntaron a la alta incidencia de VIH en HSH en países así designados. El interés de la conferencia en el rol de los factores estructurales que contribuyen al riesgo y a la vulnerabilidad frente al VIH

también señaló la necesidad de lobby a nivel mundial sobre este tipo de cuestiones y de nuevas investigaciones en ciencias sociales y nuevos análisis que capturen la compleja interacción entre el comportamiento de riesgo individual y las vulnerabilidades sociales.

Finalmente, la oportunidad para activistas y miembros de grupos marginados de presentar sus investigaciones en un foro internacional y de poder discutir las maneras de utilizar esa evidencia para informar al lobby mundial, continuará teniendo importantes implicaciones para la movilización nacional e internacional de HSH, UDI y trabajadoras/es sexuales.

El Rol de la Investigación en las Ciencias Sociales y de la Evidencia Aceptable



Sociedad Internacional de SIDA /Mondaphoto

Concentración Internacional por los Derechos Humanos, AIDS 2008.

AIDS 2008 incluyó una gran cantidad de debates sobre el rol y la presencia de las ciencias sociales en la investigación del VIH/SIDA, y sobre el tipo de evidencia producto de la investigación científica que se privilegia en la respuesta frente a la epidemia. Dado el predominio de las ciencias biomédicas y de la salud, las ciencias sociales suelen verse como socios menores en la investigación sobre el VIH/SIDA. A pesar de que la conferencia le dedica un área separada a las ciencias sociales y comportamentales, el contenido relacionado con las ciencias sociales de las presentaciones no es siempre claro, aunque esto puede ser un reflejo de las inversiones más débiles en ese campo, comparadas con las biomédicas. Mientras que las presentaciones hacían referencia a disciplinas de las ciencias sociales (como la sociología), un amplio espectro de ciencias sociales no estuvieron bien representadas en la conferencia, siendo las contribuciones en historia, geografía, economía y antropología, las ausencias más evidentes. El atraer investigaciones relevantes de las ciencias sociales hacia la respuesta frente a la epidemia, continúa siendo un desafío.

Se produjeron debates en muchas sesiones de la conferencia sobre las formas de evidencia que se consideran aceptables

y las maneras alternativas que producen conocimiento útil que nos acercan al acceso universal.^{53,54,55,57} En un simposio sobre los desafíos científicos y políticos actuales de la prevención del VIH basada en la evidencia patrocinado por Caucus for Evidence-based Prevention, los presentadores cuestionaron el uso de los ensayos clínicos randomizados (RCT, por sus siglas en inglés) como el estándar aceptado para la evidencia de la investigación.⁵⁸ Judith Auerbach señaló que los RCT no están bien adaptados para dirigirse a la articulación de los factores fisiológicos, sociales, culturales y estructurales, cada vez más reconocidos como fundamental para la prevención del VIH. Rafael Díaz también arguyó que la institucionalización de los RCT como criterios fundantes para la prevención del VIH, particularmente en los EEUU, ha tenido como consecuencia la fidelidad a un "protocolo estandarizado", lo que crea obstáculos para la investigación en prevención creativa que comienza con las comunidades locales usando una tendencia "de abajo hacia arriba" en lugar de "arriba hacia abajo".⁵⁹ En la sesión se destacó el hecho de que la exploración significativa de la pobreza, el género, las desigualdades económicas, el racismo y otras relaciones estructurales para las iniciativas de prevención del VIH requerirán un movimiento más allá de los RCT y los métodos tradicionales de investigación para incluir un rango más amplio de disciplinas de las

ciencias sociales, diseños innovadores de evaluación e investigaciones basadas en la comunidad.

Políticas y Ciencia Política

El área E contó con nuevas investigaciones y comentarios sobre las barreras clave para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH. En múltiples presentaciones, los conferencistas reiteraron la creciente preocupación por la escasez de compromisos financieros tanto nacionales como internacionales para llegar a los objetivos de acceso universal.^{60,61,62} Por otro lado, la conferencia hizo hincapié en hallazgos e investigaciones clave sobre derechos humanos y el fortalecimiento de los sistemas de salud y contribuyó a la expansión de la concientización sobre la importancia fundamental de estas cuestiones para lograr la acción universal.

AIDS 2008 trajo a la luz la importancia de los abordajes del VIH basados en la salud y en los derechos. Los derechos humanos fueron el eje de muchas actividades en la Ciudad de México, entre ellas las marchas contra la homofobia, los derechos de las mujeres y la vivienda, la primera "Zona de Trabajo en Red por los Derechos Humanos" en la Aldea



Manifestación por la acción universal, AIDS 2008.

Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Global, y la circulación de publicaciones clave de ONUSIDA y de Open Society Institute sobre derechos humanos y VIH.^{63,64,65} La importancia de asegurar los derechos humanos como un prerrequisito para lograr avances en el camino hacia el acceso universal se destacó a través de nuevas investigaciones sobre tópicos como la discriminación en el lugar de trabajo, las restricciones de viaje y la denegación de los derechos de propiedad y herencia de las mujeres.^{66,67,68}

Los temas clave que emergieron de AIDS 2008 se refirieron al contexto de los derechos humanos del uso de drogas y del trabajo sexual, la criminalización de la transmisión/exposición frente al VIH y el desafío de incorporar los derechos humanos a los fundamentos de los programas para el VIH. La controversial cuestión de la protección de patentes y del precio de las drogas, junto con una nueva iniciativa centrada en salvar las diferencias entre las partes involucradas en este tema, fueron otros asuntos prominentes de discusión.

Uso de drogas inyectables, trabajo sexual y derechos humanos

AIDS 2008 presentó trabajos importantes que documentan la magnitud y naturaleza de los abusos a los derechos humanos que enfrentan los usuarios de drogas y las/os trabajadoras/es sexuales. También se exploraron las fuentes institucionales de semejantes abusos a los derechos y se destacaron áreas clave del lobby y de la reforma de política. Suwannawong informó sobre investigaciones de campo llevadas a cabo en cinco provincias tailandesas que demuestran que a los usuarios de drogas se les ha denegado sistemáticamente el acceso al tratamiento antirretroviral y a la información sobre VIH/SIDA y que sufren usualmente del acoso policíaco.⁶⁹

Otras investigaciones presentadas por los conferencistas en las plenarios apuntaron al acoso policial regular que sufren los clientes y trabajadores de los programas de intercambio de jeringas, inclusive en contextos en los que dichos servicios son legales.⁷⁰ En la primera plenaria sobre trabajo sexual presentada por una trabajadora sexual en una Conferencia Internacional sobre el SIDA, Elena Reynaga ofreció un poderoso informe sobre los abusos a los derechos humanos que sufren las trabajadoras sexuales, incluyendo el testeo obligatorio, la denegación de servicios de salud y las intervenciones de salud coercitivas.⁷¹ Los resultados de la investigación de la acción participativa llevadas a cabo por trabajadoras/es sexuales en doce países y presentada en la conferencia por Anna-Louise Crago reforzaron la reivindicación de Reynaga. El estudio documentó el expandido abuso policíaco a las/os trabajadoras/es sexuales con un 41% de las/os participantes reportando violencia física en el último año.⁷²

Múltiples presentaciones de la conferencia llamaron la atención sobre la manera en que los abordajes del trabajo sexual y el uso de drogas basados en la salud pública y los derechos

humanos han sido desplazados por estrategias que enfatizan la criminalización y el orden público.^{73,74,75} Esto ha desencadenado prácticas policiales problemáticas como la confiscación de agujas obtenidas en los programas de intercambio de agujas, persecuciones policiales y violencia contra las/os trabajadoras/es sexuales. La policía suele tomar posesión de preservativos en mujeres como evidencia de prostitución, desalentando el uso de los mismos. Esas prácticas sitúan a los usuarios de drogas inyectables y a las/os trabajadoras/es sexuales en un lugar de riesgo elevado frente a la transmisión del VIH. La investigación indicó que una respuesta frente al trabajo sexual y al uso de drogas basada en la "ley y el orden" lleva a leyes, normativas y políticas que obstaculizan el acceso a los servicios de VIH para las/os trabajadoras/es sexuales, los usuarios de drogas inyectables y otras poblaciones marginadas en el 63% de los países que presentaron informes de progresos.⁷⁶ Este tipo de evidencia hace hincapié en la tensión en aumento en el terreno de la política entre los abordajes de la salud basados en los derechos humanos y las estrategias de leyes penales y de la policía. En respuesta a esta situación, una cantidad importante de oradores en AIDS 2008 articuló un fuerte llamado a la descriminalización del trabajo sexual y al uso de drogas y a la remoción de las restricciones legales a los servicios de reducción de daños.

Una sesión sobre las respuestas a nivel de políticas en relación a los UDI ilustró el desafío de acopiar información significativa sobre el uso de drogas inyectables y el VIH que pueda ser utilizada para afectar a las políticas públicas. El Grupo de Referencia de la ONU sobre VIH y Uso de Drogas Inyectables presentó los resultados de esfuerzos recientes para recopilar información mundial sobre uso de drogas inyectables y la prevalencia de VIH en poblaciones de UDI. El grupo de referencia pudo llevar a cabo un análisis detallado de 3,000 informes revisados por pares y junto con información de acceso menos usual, de un total inicial de 15,000.⁷⁷ El grupo de referencia concluyó que el uso de drogas inyectables está muy establecido en muchas regiones (con tasas particularmente altas de uso de drogas inyectables en Rusia, China y EEUU), y la prevalencia entre los UDI es alta y sigue creciendo: de los 11 a 21.2 millones de UDIs que hay en el mundo, entre 700,000 y 6.6 millones son VIH positivos.

La información sobre la prevalencia del VIH entre los UDI y las intervenciones basadas en la evidencia de esta población sólo ve reflejada esporádicamente en las respuestas de las políticas públicas nacionales frente al uso de drogas. Human Rights Watch informó sobre los esfuerzos para influenciar las políticas sobre drogas en la Federación Rusa. Las políticas rusas – desde la criminalización del uso de drogas hasta la prohibición de la terapia de sustitución, pasando por opciones de tratamiento peligrosamente poco efectivas – contradicen la evidencia científica y las autoridades rusas son abiertamente hostiles a cualquier disidencia en este punto.⁷⁸ La recientemente formada Red Internacional de Salas de Consumo de Drogas reportó que

a pesar de la considerable evidencia de su impacto positivo, las salas de consumo existen solamente en ocho países y, como demostró el Ministro de Salud de Canadá con su fuerte oposición a este tipo de instalaciones durante la conferencia, son sujetas a intensa oposición política.⁷⁹ Una revisión de las evaluaciones de los programas de intercambio de jeringas en las cárceles, que opera actualmente en 60 cárceles en 11 países llegó a la conclusión de que la cantidad de agujas compartidas fue drásticamente reducida y que no hubo ningún caso en el que las agujas se hayan utilizado como armas, una preocupación que cita frecuentemente el personal de los correccionales.⁸⁰

Las evaluaciones también demostraron una mejora en los resultados de la salud rebatiendo los temores de que los PNEP fueran a conducir al incremento del uso de drogas.

A pesar de esta evidencia, los gobiernos continúan resistiéndose a la expansión de la cantidad y espectro de los PNEP.⁸¹



Diputada Norteamericana Barbara Lee (California), AIDS 2008.

Las investigaciones del Área E también describieron la manera en que las políticas internacionales exacerban el contexto de derechos humanos en relación al uso de drogas y al trabajo sexual. Muchas preocupaciones se centran en la confusión y falta de dirección, producto de políticas internacionales contradictorias e inconsistentes. Mina Seshu opinó que, a pesar de que ONUSIDA reconoce formalmente a las/os trabajadoras/es sexuales como un socio clave en la formación de políticas, ignoró el aporte de las/os mismas/os en su propia Guía 2006 sobre Trabajo Sexual.

En lugar de dedicarse a acentuar la necesidad de la no criminalización del trabajo sexual y hacer hincapié en que la incidencia del VIH entre las/os trabajadoras/es sexuales está disminuyendo, el reporte se centró en la eliminación del trabajo sexual en general.⁸² También se expuso el tema de las estructuras fundantes que marginan los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, tomando entrevistas e investigaciones sobre políticas, Sippel y sus colegas informaron que las políticas anti-prostitución del PEPFAR y el compromiso ideológico con la abstinencia y la “fidelidad” han complicado los esfuerzos locales por responder a la violencia basada en el género y han dificultado el trabajo de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva para las PVVIH marginadas, incluyendo mujeres, inmigrantes y trabajadoras/es sexuales.^{83,84} La reforma de las prioridades en la financiación del PEPFAR y sus restricciones fueron identificadas como un área crítica para el lobby futuro.

Criminalización de la Transmisión del VIH

En AIDS 2008 se estableció que las leyes penales para procesar a las PVVIH que transmiten o exponen a otras personas a la infección por VIH es uno de los temas más urgentes que enfrenta el movimiento mundial del SIDA. Las presentaciones coincidían en que la criminalización del VIH es una mala política pública y enfatizaron que no existe evidencia que demuestre que la aplicación de leyes penales prevenga la transmisión del VIH y sí existe una posibilidad real de que aumenten el estigma y la discriminación. La plenaria de la jueza Edwin Cameron dio un panorama incisivo y aleccionador respecto de la tendencia en aumento a la criminalización de la transmisión del VIH, inclusive en los casos en donde la transmisión no ocurre y las múltiples maneras en que esto mina la respuesta efectiva frente al VIH.⁸⁵

Nuevas investigaciones contribuyeron a la comprensión de la cuestión de la criminalización de la transmisión del VIH de tres maneras principales. Primero, Pearshouse presentó información sobre el monitoreo de las respuestas de las leyes penales sobre la transmisión/exposición al VIH a nivel mundial y ofreció una crítica incisiva del proceso de Leyes Modelo patrocinado por USAID.⁸⁶ Arguyó que el proceso ha producido una escalada de leyes específicas para el VIH en África del Oeste, muchas de las cuales exceden las disposiciones del Modelo de Ley en sí mismo. Las leyes recientemente aprobadas incluyen restricciones problemáticas en la educación sobre el VIH dirigida a la juventud y disposiciones excesivamente abiertas para la criminalización de la transmisión y de la exposición al VIH que, en algunas instancias, se extiende hasta la transmisión de la madre al hijo. Muchas presentaciones de AIDS 2008 desafiaron los méritos del proceso de Modelo de Ley y otras iniciativas que aumentan la criminalización de las transmisión/exposición frente al VIH. Varios conferencistas arguyeron que mejor que la proliferación de leyes específicas para el VIH – de dudosa relación con la prevención del VIH –, las leyes penales sólo deberían aplicarse

a los casos de transmisión intencional efectiva y que la reforma de la ley debería dirigirse a los factores clave de la transmisión del VIH como la violencia contra las mujeres y la criminalización de las relaciones entre el mismo sexo.^{87,88,89,90}

En segundo lugar, se plantearon serias preguntas sobre el presunto valor que tienen para las mujeres las leyes penales contra la transmisión/exposición al VIH. En África del Este y subsahariana, mucho del ímpetu para lograr la criminalización de la transmisión del VIH ha venido de organizaciones de mujeres que trataban de protegerlas a través de leyes. Clayton y Gathumbi declararon que las leyes penales generadas recientemente no concretan esas buenas intenciones, sino que amenazan la salud y los derechos humanos de las mujeres.^{91,92} Remarcaron, por ejemplo, que los procesos penales suelen aplicarse a una mayoría desproporcionada de mujeres que suelen ser las primeras, dentro de las parejas heterosexuales, en enterarse sobre su estatus respecto del VIH en las clínicas prenatales y quienes suelen ser culpadas de “traer el VIH a casa.”⁹³ En vistas de la amenaza de violencia y malos tratos, muchas mujeres son reacias a revelar su estatus respecto del VIH. En lugar de proteger a las mujeres, los extensos requisitos respecto de la revelación del estatus en algunas normativas penales, por ejemplo en Tanzania donde existe el requisito de revelación inmediata del estatus al cónyuge o compañera/o sexual, las pone en un lugar de riesgo dentro de los procesos penales.⁹⁴

Living 2008 Cumbre de Liderazgo Positivo

Una cumbre de 300 líderes VIH positivos se organizó poco antes del comienzo de AIDS 2008. Vivir con VIH es dramáticamente diferente dependiendo de la geografía, el género, la orientación sexual, el ingreso, la educación, el acceso a la educación y a los servicios de salud y otras variables. Desde mediados de 2007 hasta julio de 2008, el momento en que la cumbre tuvo lugar, PVVIH de todo el mundo se juntaron para desarrollar declaraciones consensuales para el lobby en cuatro áreas clave:

- Acceso al Cuidado, al Tratamiento y al Apoyo
- Salud Sexual y Reproductiva para las PVVIH
- Prevención Positiva
- Criminalización de la transmisión del VIH

Se pueden encontrar las futuras estrategias para el lobby en estas cuatro áreas temáticas en el sitio Web de LIVING2008, www.living2008.org.

Finalmente, durante AIDS 2008 se desarrolló una discusión importante sobre el estado de las investigaciones sobre la criminalización de la transmisión/exposición al VIH. La mayoría

de las nuevas investigaciones que se dieron a conocer en la conferencia tuvieron el formato de sondeos de desarrollos nacionales relacionados con la criminalización o con el análisis desde la perspectiva de los derechos humanos, de los textos legales y de los juicios. Para continuar con los argumentos en contra de la criminalización del VIH, todavía se necesitan investigaciones que exploren los reclamos que afirman que dichas leyes: (1) aumentan el estigma relacionado con el VIH; (2) impiden que las personas se realicen la prueba de la infección por el VIH; y (3) promueven una falsa sensación de seguridad entre aquellos que no están infectados.^{95,96,97,98,99} Los progresos hechos en la dirección de estas preguntas serán anticipados en AIDS 2010.

Más Allá de la Retórica

La iniciativa Ntwenge

En 2006, Ntwenge, una ONG en Zimbabue, comenzó con un proceso de investigación participativa y lobby para identificar los factores que limitan a las mujeres y a las jóvenes para hacer realidad sus derechos de propiedad y herencia. Subsecuentemente, se entrenó a las mujeres y a las jóvenes como educadoras para que dieran talleres legales comunitarios y monitoreasen el cumplimiento de los derechos de propiedad y de herencia. Alrededor 385 casos se han manejado desde entonces, cuyo resultado fue que 600 viudas y sus familias, recuperaran su herencia.

El adoptar un marco de trabajo basado en la salud y en los derechos humanos para responder a la pandemia de VIH tiene que ver, más que con abrazar retóricamente los principios de los derechos humanos, con volverlos operativos en la entrega y en la evaluación de los servicios del VIH.¹⁰⁰ Las investigaciones presentadas en AIDS 2008 demostraron que se han cosechado resultados diferentes. Por un lado, la investigación presentada en la conferencia identificó un rango de programas basados en los derechos que está en uso en la actualidad. Por ejemplo, Patel describió un intento ambicioso de intervenir en los procedimientos legales usando un marco de trabajo de litigación de impacto en África.¹⁰¹ El Strategic Litigation Fund, establecido en 2007, opera en todo África del Sur exceptuando Sudáfrica y busca fortalecer los derechos humanos otorgando a los abogados asistencia monetaria y técnica y movilizándolo a las comunidades por cuestiones relacionadas con los derechos humanos. Hasta ahora, el Fund ha intervenido exitosamente en casos que enfrentaban cuestiones como la desigualdad en los derechos de propiedad de la mujer y la discriminación contra las personas que viven con VIH en el ejército.

Markham Ntwenge, una ONG en Zimbabue que se ocupa de programas relacionados con los derechos de la salud y económicos de las mujeres, niñas y huérfanas es otro ejemplo interesante (ver recuadro sobre la Iniciativa Ntwenge).¹⁰² Mary Robinson identificó la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres – particularmente el impacto devastador de las violaciones y otras formas de acoso que sufren las mujeres que viven en escenarios conflictivos – como una cuestión de seguridad humana con profundas implicaciones en el acceso de las mujeres a los sistemas de salud y de VIH.¹⁰³

Mientras que existen ejemplos prometedores de programas tangibles, la investigación presentada en AIDS 2008 demostró que la puesta en marcha de programas para el VIH basados en los derechos, continúa estando poco desarrollada. La conferencia hizo grandes progresos, preliminares, en esa dirección, en dos frentes. Para comenzar, Bogecho y sus colegas plantearon una discusión sobre el significado de los abordajes basados en los derechos humanos en la práctica, a través del desarrollo de un marco de trabajo para una puesta en operación a nivel nacional que incluya cuestiones relacionadas con la manera en que los principios clave de los derechos humanos se han integrado en el diseño, la entrega y la evaluación de programas.¹⁰⁴ En segundo lugar, Ferguson y sus colegas discutieron sobre la manera de definir indicadores adecuados para el uso en la evaluación formal de los abordajes basados en los derechos.¹⁰⁵ Su investigación puso el énfasis en la utilidad de recurrir al National Composite Policy Index que está disponible e incluye indicadores que capturan la información clave sobre derechos humanos básicos como la no-discriminación, la participación y la responsabilidad.



Marcha contra la homofobia.

Martin Flynn

Acceso, Costos de las Drogas & Patentes

Una cantidad de estudios y presentaciones examinaron el complejo asunto del costo de las medicinas farmacéuticas, ya que afectan el acceso al tratamiento. Los presentadores describieron una variedad de abordajes que han reducido significativamente el precio de los tratamientos en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Muchos desafíos y debates continúan en este terreno altamente discutido, especialmente en vistas de la necesidad en aumento de terapias de segunda línea, la demanda de fórmulas de drogas simplificadas o fijas, de fórmulas pediátricas y de terapias dirigidas a la TBC. Una sesión sobre “Acceso Universal, Crisis Universal y Precios Universales” presentó abordajes específicos y los desafíos del acceso y las cuestiones relacionadas con las patentes. Un informe brasileño describió la experiencia nacional de financiación del acceso universal a los ARV a través de la aplicación de presiones estratégicas a la industria – negociando los precios de marca más bajos en algunas instancias e importando o produciendo genéricos en otras. El informe destacó que la necesidad en aumento y el costo de las segundas líneas de terapia resultan un problema para los recursos del país.¹⁰⁶ Un informe canadiense ilustró las limitaciones del “Régimen Canadiense de Acceso a Medicinas”, una legislación pensada para proveer de productos genéricos para la exportación a los países de bajo ingreso. Algunos elementos de la legislación y sus normativas – como por ejemplo el requisito de una revisión del artículo genérico importado hecha por el Directorio Canadiense de Productos Terapéuticos después de que el fabricante y el país que haya hecho el pedido ya se hayan puesto de acuerdo sobre el precio y la cantidad – producen barreras significativas para lograr estos objetivos, hasta el punto que hasta ahora solo una droga ha sido aprobada para su exportación.¹⁰⁷

Médicos Sin Fronteras (MSF) describió los éxitos, fracasos y frustraciones del abordaje “de la lucha mano a mano” – batallas estratégicas con cada droga y cada combinación en cada uno de los países. MSF y otras ONG están proponiendo un modelo llamado “fondo común de patentes” en las que las compañías farmacéuticas deberían, a cambio de las regalías negociadas, permitir el acceso a sus fórmulas patentadas a los proveedores públicos y a los fabricantes de genéricos para proveer de drogas a más bajo costo a los países de bajo ingreso. De acuerdo con MSF el concepto gira en torno al recibir respuestas positivas de algunos donantes, gobiernos y compañías farmacéuticas para que se apoye más y más esta iniciativa.¹⁰⁸

Iniciativas para el VIH/SIDA en el Mundo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud

AIDS 2008 estableció firmemente la intersección entre los programas específicos para VIH a nivel mundial y la

provisión y reforma amplia del cuidado de la salud como una cuestión fundamental para el movimiento mundial del VIH/SIDA. La atención prestada a estas cuestiones durante la conferencia fue posterior a la publicación de artículos que denunciaban que las iniciativas mundiales específicas al VIH reciben demasiados recursos comparados con otros asuntos de la salud; que están poco integradas con los sistemas generales de salud; que la relación costo beneficio resulta poco efectiva; y que la financiación vertical dedicada al SIDA deforma las prioridades mundiales de salud.^{109,110,111} Una cantidad de oradores desafió la lógica que subyace en este debate, arguyendo que la expansión y sustentabilidad del acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH sólo se lograrán a través de inversiones sustanciales en el refuerzo del cuidado primario integral y en los sistemas de salud generales.^{112,113,114} Esta posición fue apoyada y elaborada de tres maneras importantes. Primero, la naturaleza polarizada y polémica de este debate fue re encuadrada. En segundo lugar, se presentaron importantes investigaciones sobre los efectos de la financiación específica para el VIH a nivel de los sistemas de salud mundiales. Finalmente, los oradores identificaron direcciones clave para la investigación y las respuestas programáticas futuras ante este tema (ver recuadro sobre Evaluación de los Sistemas de Salud por su Respuesta frente al VIH).

Evaluación de los Sistemas de Salud por su Respuesta frente al VIH

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó una nueva iniciativa que apunta a la evaluación de la respuesta frente a la epidemia del VIH de los sistemas nacionales de salud. La metodología se está aplicando por primera vez en la República Dominicana, donde identificaron logros, vacíos en la cobertura, necesidad de financiación y oportunidades perdidas, así como su costo. La metodología de evaluación está basada en un análisis desde la perspectiva de las funciones del sistema de salud y genera recomendaciones para la administración y las políticas públicas dirigidas al uso más efectivo de los recursos y al apoyo para lograr los objetivos de acceso universal. La publicación de la Evaluación del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana en su Respuesta frente al VIH reporta los resultados de la primera evaluación emprendida por participantes de diferentes niveles del sistema de salud, así como por agencias de cooperación y representantes de la sociedad civil.

Reencuadre del Debate sobre los Sistemas de Salud

En AIDS 2008 muchos conferencistas desafiaron la falsa dicotomía entre los programas de VIH y los servicios de salud mundial. Tedros Ghebreyesus, Julio Frenk y otros, desafiaron este esquema en su nivel más básico, destacando que los servicios de VIH son en sí mismos servicios de salud y que no existen de forma independiente del sistema de salud general.^{115,116} Frenk expuso las raíces de esta dicotomía hasta la distinción entre un sistema de salud con prioridades explícitas, denominado abordaje vertical, y un abordaje horizontal que “fortalece el sistema de salud en general, sin prioridades.” Advirtió sobre este último que los abordajes horizontales suelen ser más beneficiosos para los miembros más acaudalados de la sociedad.

Múltiples oradores, arguyeron que encuadrar el debate como servicios específicos de VIH versus el sistema general de salud es antiguo y extremadamente simplista.^{117,118,119} En cambio, se recomendó una estrategia diagonal en la que algunas mejoras específicas en servicios priorizados generan efectos indirectos positivos en otras áreas de entrega de servicios de salud. De acuerdo con Frenk, “el pensamiento diagonal” convierte el debate de una diada simplificada en una pregunta sobre qué mezcla específica de servicios priorizados es la más apropiada, y qué nivel de integración se necesita entre ellos para formar un sistema de salud unificado y adecuado para un contexto determinado.

Gregg Gonsalves, en un esfuerzo por reencuadrar el debate centrado en las denuncias sobre el daño que han producido a la salud global – al evitar el desarrollo de un vigoroso sistema de salud primario en los países en vías de desarrollo – las iniciativas de financiación específica para el VIH y el exitoso lobby de los activistas del SIDA; realizó una crítica de peso a dicho argumento. Gonsalves explicó que mientras el VIH/SIDA ha expuesto las debilidades de los sistemas de salud, esas debilidades anteceden a la aparición del VIH/SIDA como un problema de salud mundial.¹²⁰ En vez de culpar a los activistas del SIDA, una discusión históricamente más precisa debería centrar su atención en las políticas de ajuste estructural de las instituciones de financiación internacional, que agotaron los recursos de los sistemas de salud pública y de asistencia social en los países en vías de desarrollo. Gonsalves y otros oradores, notaron que la repuesta frente al VIH, de hecho, ha revitalizado la salud pública mundial ayudando a focalizar la atención en el problema de los servicios de salud subfinanciados en los países de ingreso bajo y promoviendo fuertes exigencias de la sociedad civil para lograr un mayor compromiso para mejorar los sistemas de salud en general.^{121,122}

El impacto de las Iniciativas Específicas para VIH

Los conferencistas en AIDS 2008 también instaron a considerar más matizadamente el impacto de los programas específicos para VIH en los sistemas de salud generales. Muchas de las discusiones se centraron en demostrar cómo los servicios “verticales” de VIH tienen efectos generalizadores (Cuadro 14). Por ejemplo, Michel Kazatchkine, el Director Ejecutivo del Fondo Mundial, explicó que la financiación específica para el VIH tiene un impacto significativo en la carga de la enfermedad, un efecto importante que libera a los hospitales de la presión de tener que cuidar a pacientes VIH positivos “permitiendo que los hospitales vuelvan a ser hospitales.”¹²³ Otros destacaron que los fondos específicos para VIH ayudan a entrenar y a apoyar a los trabajadores de la salud, a construir infraestructura para proporcionar cuidados primarios, a desarrollar sistemas de procuramiento y distribución de una amplia variedad de medicamentos, y a robustecer el monitoreo y la evaluación del cuidado de la salud.¹²⁴



Cuadro 14. Fuente: Dybul, M. *Human capacity development in the US President Emergency Plan for AIDS Relief (MOSAT1605)*

Al mismo tiempo, se reconoció que las iniciativas específicas para VIH pueden complicar la integración de los sistemas de salud. En algunos países, la financiación específica al VIH ha tensionado las relaciones entre el gobierno y las ONG y no ha integrado suficientemente los sistemas de salud, con las estrategias de reducción de la pobreza y otros esfuerzos para construir capacidades a nivel de los recursos y desarrollar infraestructura.^{125,126,127} Un estudio de 6 países africanos documentó una explosión de nuevas organizaciones que responden al VIH, la mayoría de ellas con poca infraestructura y proyectos de corto plazo que poco proveen en términos de un programa sustentable.¹²⁸ Un estudio de financiación de la Global Health Initiative (GHI) en Uganda, encontró virtualmente ningún tipo de coordinación o alineamiento entre aquellos que financiaban y los mecanismos de coordinación del país¹²⁹ y una revisión separada de los programas de la GHI en Malawi y en

Zimbabue destacó que estos nuevos recursos tuvieron sólo un pequeño impacto positivo en la escasez de trabajadores de la salud.¹³⁰ Otro informe mostró que un pequeño país, Kyrgyzstan, tenía fondos de no menos de 17 cuerpos de financiación internacionales diferentes con diferente aplicación y mecanismos de reporte.¹³¹ En otro estudio sobre la proliferación de líneas de financiación independiente, Mphu Ramatlapeng y Ghebeysus notaron que los distintos procedimientos relacionados con las finanzas, los informes y la evaluación que poseen los donantes, crean problemas de armonización a nivel nacional.^{132,133} Haciendo hincapié en esta crítica, los autores destacaron la importancia de implementar rápidamente las recomendaciones de la Declaración de París para la Efectividad en el SIDA.

Avance hacia una Agenda Compartida

AIDS 2008 sentó las bases para avanzar con un abordaje revitalizado de la relación entre las iniciativas específicas de VIH y otros servicios de salud. A nivel programático se prestó considerable atención a las medidas con el potencial de ampliar el acceso a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH, y que a la vez fortalezcan la capacidad del cuidado primario de la salud. El apuntar a la extendida escasez de recursos humanos relacionados con la salud en los países de bajo ingreso también fue un tema prominente. Una cantidad de presentaciones enfatizaron la necesidad de ampliar el apoyo de los donantes para el entrenamiento y la compensación de los trabajadores de la salud, así también como la respuesta a la actual fuga de profesionales del cuidado de la salud debido al exceso de trabajo, la inmigración y el corrimiento del sector público de la salud a las ONG, organizaciones basadas en la fe y el sector privado.^{134,135,136} Otros presentadores discurren sobre el impacto positivo de la provisión de tratamiento para los trabajadores de la salud VIH, positivos para mantenerlos entre las filas de trabajadores.¹³⁷ La descentralización del testeo y el cuidado, en un esfuerzo por traer a las primeras líneas el cuidado primario, fue un tema por el cual abogaron varios presentadores.¹³⁸

Dos reseñas sistemáticas de la literatura presentadas en AIDS 2008 mostraron resultados mixtos sobre los efectos en los sistemas de salud de las iniciativas mundiales sobre VIH/SIDA. Atun explicó que una reseña reciente de Cochrane proporcionó evidencia limitada tanto a favor como en contra de los efectos generales sobre los sistemas de salud, mientras que una revisión de la evidencia en 7 países presentada por Rao mostró efectos positivos en los sistemas de salud, gracias a las iniciativas de toma de decisiones de la sociedad civil y a la descentralización nacional.^{139,140} Ambas revisiones sugirieron que la necesidad de investigación empírica adicional otorgará una base de evidencia para responder a la pregunta sobre cómo promulgar mejor la integración de las prioridades específicas a una enfermedad en ciertos



Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Manifestación por la Acción Universal, AIDS 2008.

contextos. Kim describió un programa de investigación emergente que busca hacer exactamente eso.¹⁴¹ Incluye una sociedad multi-institucional que se centrará en nuevas formas de pericia, incluyendo investigación en sistemas de ingeniería y operación, datos cualitativos y cuantitativos, creación de teorías y metodologías innovadoras de evaluación para explorar comparativamente cómo se utilizan las iniciativas de inversión en salud global. El objetivo es identificar los principios específicos al contexto y aquellos independientes del contexto que están detrás de la integración exitosa, que podrían ayudar a guiar la toma de decisiones futuras en los ámbitos de los sistemas de salud.

Notas finales

- ¹ Moving from Promises to Actions: Building Global and National Commitment for Evidence-Based Approaches to Addressing Stigma and Discrimination. Sesión especial (WESS03), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008
- ² Mahajan, A et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 (suppl 2):S67-S79.
- ³ ONUSIDA. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Ginebra, 2008.
- ⁴ Cameron, E. Connecting the dots between human rights and stigma reduction. Sesión basada en resúmenes (WESS0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵ Li, L et al. HIV stigma reduction intervention in health care in China. Sesión basada en resúmenes (MOAX0605), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶ Pecheny, M., Manzelli, H. Complex vulnerability: findings on stigma, social exclusion and criminalisation of a national survey on adults living with HIV in Argentina (Septiembre-Noviembre 2006). Exposición de poster (THPE0790), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷ Samuels, F et al. Empowering sex workers and men who have sex with men: the role of social capital in preventing the spread of HIV in Andhra Pradesh. Exposición de poster (WEPE0395), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸ Gupta, AK. Impact of public positive speaking in reducing

- stigma & discrimination. Exposición de poster (WEPE0398), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹ Nyblade, L. Promoting evidence-based stigma reduction programming. Sesión especial (WESS0303), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰ Harawa, N et al. Power and prejudice: the perceptions of people who provide services to non gay-identifying African American men who have sex with men. Sesión basada en resúmenes (MOAX0604), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹ Pérez Vázquez, H et al. Political advocacy by key populations to reduce stigma and discrimination in México. Sesión basada en resúmenes (MOAE0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹² Nelson, V. Educating, employing and empowering women living with HIV. Exposición de poster (THPE0791), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³ Asar-Brown, S. The effect of gender on HIV-related stigma and discrimination: cases from Turkey. Exposición de poster (TUPE0713), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁴ Jimenez, J et al. A new concise self-administrated instrument to measure felt-stigma in Spanish speaking people living with HIV. Exposición de poster (THPE0734), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁵ Dyalchand, A et al. An HIV stigma scale is validated and measures decreased HIV-related stigma among men in a community-based HIV prevention services programme in rural Maharashtra, India. Exposición de poster (WEPE0349), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁶ Yuvaraj, A. Measuring stigma: the stigma index. Sesión especial (WESS0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁷ Stackpool-Moore, L et al. The people living with HIV stigma index – a research initiative by and for positive people. Exposición de poster (THPE0745), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁸ Kippax, S. (2006). A public health dilemma: a testing question. *AIDS Care*, 18:230–235.
- ¹⁹ Weiser, S et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population based study on attitudes, practices, and human rights concerns. *PLoS Med*, 3:e261.
- ²⁰ Abadia-Barrero, C, Castro, A. Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science & Medicine* (2006); 62:1219–1228.
- ²¹ Cameron, E. Connecting the dots between human rights and stigma reduction. Sesión basada en resúmenes (WESS0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²² Welbourn, A. Introduction to Rhetoric or Reality: Disclosure in Treatment and Testing. Sesión basada en resúmenes (WEAD0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²³ Krumbach, U, Sarker, M, Neuhann, F. To disclose or not to disclose – the interaction between disclosure of HIV status, adherence and treatment outcome: a literature review. Sesión basada en resúmenes (WEAD0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁴ Holzemer, W et al. The impact of ARV medication use on perceived HIV stigma in persons living with HIV infection in five African Countries. Exposición de poster (THPE0761), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁵ Genberg, B et al. Knowledge of antiretroviral therapy (ART) and HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Sub-Saharan Africa and Thailand. Exposición de poster (THPE0750), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁶ Li, L et al. HIV stigma reduction intervention in health care in China. Sesión basada en resúmenes (MOAX0605), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁷ Nyblade, L. Promoting evidence-based stigma reduction programming. Sesión especial (WESS0303), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁸ Ogden, J. Understanding and addressing structural factors in HIV prevention. Special session (TUSS0204), XVII International AIDS Conference 2008.
- ²⁹ O'Malley, J. The history and challenge of HIV prevention. Sesión especial (TUSS0201), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁰ Male Circumcision: Addressing Implementation Challenges and Demonstrating Impact. Sesión basada en resúmenes (TUAC03), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³¹ Beloqui, J. Positive prevention framework. Simposio (TUSY0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³² Kelly, R et al. HIV, IDU, and policing: a structural intervention addressing risks in Dhaka, Bangladesh. Exposición de poster (WEPE0357), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³³ Gliberman, J et al. Learning from the South: microfinancing for HIV positive women in Ontario, Canada. Exposición de poster (MOPE0760), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁴ Mascarenhas, M et al. Creating effective structures for community led targeted interventions in HIV prevention. Exposición de poster (WEPE0373), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁵ Rethinking Structure: Prevention in Challenging Settings. Sesión basada en resúmenes (MOAD01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁶ Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*, Polity Press: Cambridge.
- ³⁷ Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*, Polity Press: Cambridge.
- ³⁸ Ogden, J. Understanding and addressing structural factors in HIV prevention. Sesión especial (TUSS0204), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁹ Reaching Diverse Populations of Men who Have Sex with Men in Lower and Middle Income Countries. Sesión basada en resúmenes (TUAD03), XVII Conferencia Internacional

- sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁰ Male and transgender sex workers: identities and vulnerabilities. Sesión basada en resúmenes (MOAD03), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴¹ Saavedra, J. et al. Sex between men, Jonathan Mann Memorial Lecture. Presentación plenaria (TUPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴² Beyrer, C. Personal communication with Carey Johnson, Regional Chair, IGLHRC.
- ⁴³ Arayawongchai, S. HIV interventions for MSM in the Greater Mekong Sub-region (GMS). The Invisible Men: Gay Men and Other MSM in the Global AIDS Epidemic. 31 de julio – 1 de agosto de 2008.
- ⁴⁴ Khan, S. Initiating, scaling-up and neutralising national government resistance to HIV programming for MSM -Making lessons learned in Asia available to other parts of the world. The Invisible Men: Gay Men and Other MSM in the Global AIDS Epidemic. 31 de julio – 1 de agosto de 2008.
- ⁴⁵ Geiss, M. et al. HIV prevention with men who have sex with men (MSM) in Togo, West Africa: an ethnographic study. Sesión basada en resúmenes (MOAC0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁶ Gibbie, T. et al. High risk sexual behaviour in men who have sex with men: the development of a sexual risk behaviour screening tool. Sesión basada en resúmenes (MOAC0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁷ Smith, E. et al. Using a mobile van to provide voluntary counseling and testing (VCT) to high-risk and closeted MSM. Sesión basada en resúmenes (MOAC0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁸ De Wit, J. et al. Reducing non-premeditated risk-taking in MSM: a new intervention protocol to increase vigilance and control tested for efficacy in a prospective RTC. Sesión basada en resúmenes (MOAC0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁹ Hunter, A. Introduction to the topic: Male and transgender sex workers: identities and vulnerabilities. Sesión basada en resúmenes (MOAD0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁰ Nemoto, T et al. HIV risk behaviors among transgender (Kathoey) sex workers in Bangkok, Thailand. Sesión basada en resúmenes (MOAD0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵¹ Konda, K et al. Male sex workers among men who have sex with men in Lima, Peru. Sesión basada en resúmenes (MOAD0304), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵² Riascos Sanchez, V et al. ID cards that reflect gender identity can play role in reducing vulnerability of transgender sex workers. Sesión basada en resúmenes (MOAD0305), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵³ Thornton, R. Sex is a social relation, not a behaviour: implications for HIV/AIDS research, prevention and treatment. Exposición de poster (WEPE0728), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁴ Gruskin, S. et al. Social science perspectives are key to making HIV trials work for women and adolescent girls. Exposición de poster (WEPE1056), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁵ Vulnerability and Poverty: How They Drive the Epidemic. Sesión basada en resúmenes (TUAD04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁶ Global Health Initiatives: The Impact of Vertical Funding on Health Systems and Community Priorities. Sesión basada en resúmenes (TUAX02), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁷ To Transmit or Not to Transmit: Is that Really the Question? Criminalization of HIV Transmission. Sesión basada en resúmenes (WEAE01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁸ Confronting the “evidence” in evidence-based HIV prevention. Sesión satélite (TUSAT13), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁹ Diaz, R. Beyond RCTs as the standard of evidence. Sesión satélite (TUSAT1301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁰ Katz, I. Scaling up: contribution of Global Fund-sponsored programs to international ARV treatment targets. 2008-2012. Sesión basada en resúmenes (MOAE0202), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶¹ Baker, B et al. Addressing gaps in financing for HIV and human resources for health. Exposición de poster (THPE0961), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶² Nitschke, A. Results of a comprehensive costing of Namibia’s national HIV/AIDS response. Exposición de poster (MOPE0635), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶³ ONUSIDA. *Criminalization of HIV transmission. Policy brief*. Ginebra, ONUSIDA, 2008.
- ⁶⁴ Open Society Institute Law and Health Initiative. *10 reasons why criminalization of HIV exposure or transmission is bad public policy*. New York, Open Society Institute, 2008.
- ⁶⁵ Open Society Institute Law and Health Initiative. *10 reasons why human rights should occupy the center of the global AIDS struggle*. New York, Open Society Institute, 2008.
- ⁶⁶ Kishore, M. Discrimination at the workplace: winning the battles but losing the war? Sesión basada en resúmenes (WEAE0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁷ Timberlake, S. On the lack of a public health rationale for restricting entry of PLWHA. Sesión especial (TUSS0408), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁸ Markham, B. Women’s property rights as a response to HIV and AIDS – lessons from community interventions in Binga, Zimbabwe. Sesión basada en resúmenes (WEAX0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁹ Schleifer, R et al., Deadly denial: barriers to HIV/AIDS treatment for people who use drugs in Thailand. Sesión

- basada en resúmenes (TUAE0203), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁰ Kamarulzaman, A. Substance use and harm reduction. Sesión plenaria (TUPL0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷¹ Reynaga, E. Sex work. Sesión plenaria (WEPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷² Crago, A et al. Sex workers' experience of police raids and violence in Central and Eastern Europe and Central Asia (CEE/CA): implications for HIV transmission. Sesión basada en resúmenes (THAE0304), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷³ Pearshouse, R et al. Rape, sexual assault, domestic violence and HIV: promoting women's rights through legislation. Sesión basada en resúmenes (THAE0306), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁴ Csete, J et al. Dependent on rights: assessing treatment of drug dependence from a human rights perspective. Discusión de poster (WEPDE105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁵ Fredy, F. The role of the drug user network in Indonesia as a catalyst of HIV/AIDS policy improvement. Exposición de poster (MOPE0611), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁶ UNGASS country progress reports, 2008 cited by Gruskin, S. and Ferguson, L. Human rights in the response to HIV: where are human rights and why does it matter? Discusión de poster (MOPDE102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁷ Mathers, B. et al. Improving global estimates of injecting drug use and HIV among people who inject drugs. Sesión basada en resúmenes (TUAX0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁸ Lohman, D. et al. The role of Russia's drug dependence treatment system in fighting HIV. Sesión basada en resúmenes (TUAX0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁹ Navarro, J. et al. First international network on drug consumption rooms (INDCR). Sesión basada en resúmenes (TUAX0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁰ Navarro, J. et al. First international network on drug consumption rooms (INDCR). Sesión basada en resúmenes (TUAX0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸¹ Chu, S. et al. A public health and human rights imperative: the case for prison needle and syringe programs. Sesión basada en resúmenes (TUAX0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸² Seshu, M et al. The ONUSIDA guidance note on sex work and HIV. Sesión basada en resúmenes (MOAE0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸³ Sippel, S, Gay, J. *Impact of US funding on HIV/AIDS and sexual and reproductive health and rights in the Dominican Republic.* Sesión basada en resúmenes (TUAX0204), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁴ Taylor, J, Sippel, S. *Envisioning a new PEPFAR: effective HIV prevention for women and girls.* Discusión de poster (WEPDC102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁵ Cameron, E. *Criminal Statutes and Criminal Prosecutions in the Epidemic: Help or Hindrance?* Plenaria (FRPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁶ Pearshouse, R et al. *Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Africa.* Sesión basada en resúmenes (WEAE0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁷ Misquith, L. *Caught for transmission: legal and public health issues.* Exposición de poster (WEPE0962), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁸ Hows, J et al. *Sex, lies, and prosecutions: criminalization of HIV in Europe and Central Asia.* Sesión basada en resúmenes (WEAE0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁹ Kennedy, M. *Criminal law and public health responses to cases of knowing and reckless HIV transmission: complementary or competing policy approaches.* Sesión basada en resúmenes (WEAE0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹⁰ Cameron, E. *Criminal Statutes and Criminal Prosecutions in the Epidemic: Help or Hindrance?* Plenaria (FRPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹¹ Clayton, M et al. *Criminalizing HIV transmission: is this what women really need?* Sesión basada en resúmenes (WEAE0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹² Gathumbi, A. *Why is criminalization of HIV transmission bad public policy? Human rights networking zone session.* XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹³ Gathumbi, A. *Op. Cit.*
- ⁹⁴ Clayton, M. *Where is criminalization occurring, what does it involve and why?* Simposio (WESY0902), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹⁵ Galletly, C, Pinkerton, S. *Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV.* *AIDS and Behavior*, 2006, 10:451-461.
- ⁹⁶ Dodds, C, Keogh, P. *Criminal prosecutions for HIV transmission: people living with HIV respond.* *International Journal of STD & AIDS*, 2006, 17(5): 315-318.
- ⁹⁷ Dodds, C. *Homosexually active men's views on criminal prosecutions for HIV transmission are related to HIV prevention need.* *AIDS Care*, 2008, 20(5):509 – 514.
- ⁹⁸ Persson, A, Newman, C. *Making monsters: heterosexuality, crime and race in recent Western media coverage of HIV.* *Sociology of Health & Illness*, 2008, 30(4): 632-646.
- ⁹⁹ Bernard, E. *Criminal HIV Transmission.* London, NAM, 2007.
- ¹⁰⁰ Gruskin, S, Tarantola, D. *Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans.*

- AIDS*, 2008, 22 (suppl 2):S123-S132.
- ¹⁰¹ Patel, P. Using impact litigation to strengthen the human rights of those most vulnerable to HIV/AIDS in Southern Africa. Discusión de poster (MOPDE104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰² Markham, B. Women's property rights as a response to HIV and AIDS – lessons from community interventions in Binga, Zimbabwe. Sesión basada en resúmenes (WEAX0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰³ Robinson, M. Gender, security and HIV. Simposio (WESY0701), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰⁴ Gruskin, S et al. Operationalising a human rights-based approach to HIV programming: translating human rights theory into practical programming tools. Exposición de poster (WEPE0932), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰⁵ Gruskin, S et al. HIV/AIDS indicators for human rights: what? why? and how? Exposición de poster (WEPE1078), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰⁶ Simão, M. Drug pricing policies and challenges: Lessons from Brazil. Simposio (THSY0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰⁷ Elliot, R. Beyond the WTO: Canada's example of implementing flexibilities in the TRIPS agreement. Was it successful? Do the flexibilities in TRIPS allow for access to essential HIV medicines? Simposio (THSY0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰⁸ Hoen, E. Access to medicines—generic drugs, compulsory licenses and FTAs. What are the obstacles? Why have patents taken precedence over access to essential medicines? Simposio (THSY0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰⁹ England, R. The dangers of disease specific programmes for developing countries. *British Medical Journal*, 2007, 335:565.
- ¹¹⁰ England, R. The writing is no the wall for UNAIDS. *British Medical Journal*, 2008, 336:1072.
- ¹¹¹ Garrett, L. The challenge of global health. *Foreign Affairs*, 2007:86(1):14-38.
- ¹¹² Wibulpolprasert, S. Fast tracking the building of health systems: the example of Thailand. Satélite (MOSAT1603), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹³ Piot, P. Opening statements. Satélite (SUSAT1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹⁴ Dybul, M. Human capacity development in the US President Emergency Plan for AIDS Relief. Satélite (MOSAT1605), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹⁵ Ghebeyesus, T. Panel 2:HRH. Satélite (SUSAT1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹⁶ Frenk, J. Panel 2:HRH. Satélite (SUSAT1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹⁷ Russel, A. Civil society perspectives on positive synergies. Satélite (MOSAT16), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹⁸ Kazatchkine, M. Panel 1. Satélite (MOSAT16), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹¹⁹ Møgedal, S. Opening statements. Satélite (SUSAT1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁰ Gonsalves, G. tratamiento antirretroviral scale up. Sesión plenaria (THPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²¹ McClure, C. Opening statements. Satélite (SUSAT1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²² Gonsalves, G. Panel 1: HIV/AIDS. Satélite (SUSAT1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²³ Kazatchkine, M. Global financial architecture. Sesión especial(TUSS01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁴ Ghebeyesus, T. Perspectives of recipient countries and implementers. Sesión especial (TUSS0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁵ Koenders, B. Global financial architecture. Sesión especial (TUSS01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁶ Johnson, W et al. Call for an international NGO code of conduct for health systems strengthening. Exposición de poster (TUPE1043), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁷ Spicer, N. The effects of global health initiatives in concentrated epidemics: emerging findings from the Global HIV/AIDS Initiative Network. Sesión basada en resúmenes (TUAX0205), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁸ Kelly, K. et al. The effects of changing aid architecture on civil society responses to HIV/AIDS. Sesión basada en resúmenes (TUAX0202), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹²⁹ Cruz, V. et al. Are global health initiatives for HIV/AIDS in Uganda by-passing the government's policies and systems? Sesión basada en resúmenes (TUAX0203), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁰ Mwapasa, V. et al. HIV/AIDS workload and staff motivation in Zambia and Malawi: comparative effects of global HIV/AIDS initiatives (GHIs) Sesión basada en resúmenes (TUAX0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³¹ Spicer, M. The effects of global health initiatives in concentrated epidemics: emerging findings from the Global HIV/AIDS Initiatives Network, Sesión basada en resúmenes (TUAX0205), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³² Ramatlapeng, M. Perspectives of recipient countries and implementers. Global Financial Architecture. Sesión especial (TUSS0109), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³³ Adhanom Ghebeyesus, T. Global Financial Architecture. Sesión especial(TUSS0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁴ Kruse, G et al. Healthcare workers in Lusaka district, Zambia: utilization of HIV services and burnout. Exposición de poster (MOPE0786), XVII Conferencia Internacional

sobre el SIDA 2008.

- ¹³⁵ Kasozi, M. Challenges of human resources and capacity building in HIV/AIDS programming: a case study of the AIDS support organization. Discusión de poster (WEPDB105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁶ Sufula, K. Retention of trained health workers in the districts. Exposición de poster (TUPE0971), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁷ Clinton, W. HIV/AIDS and health system reform: Achieving universal coverage. Sesión especial (MOSS04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁸ Gonsalves, G. tratamiento antirretroviral scale up. Sesión plenaria (THPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁹ Atun, R. Panel 2. Satélite (MOSAT16), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁴⁰ Hotchkiss, D et al. The system-wide effects of global HIV/AIDS initiatives: a review of the evidence. Exposición de poster (THPE0947), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁴¹ Kim, J. HIV and TB programmes as an entry point to strengthen primary health care in Haiti. Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Satélite (MOSAT1601), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.