



**MODELO DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ÉNFASIS EN LA
PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH/SIDA Y LAS ETS.
CONSEJERÍA PRE TEST, ESPERA DE RESULTADOS Y POST TEST**

**LIBRO IV
SISTEMATIZACIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES
SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA**

**COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA
FLACSO-Chile. Área de Estudios de Género**

DICIEMBRE DE 2005

Equipo a cargo de la propuesta integrado por: José Olavarría, coordinador general, Claudia Dides, Teresa Valdés, Gabriel Guajardo, Devanir da Silva, de FLACSO, y los expertos invitados: Luis Toro, Alejandra Fergadiott y Tim Frasca.
Contraparte técnica de CONASIDA: Ximena Solar.

ÍNDICE

SISTEMATIZACIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA

I ARGUMENTACIÓN QUE FUNDAMENTA LA ESTRATEGIA DE CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH/SIDA	3
1.1 Argumentación teórica, técnica y política	3
a) Antecedentes históricos	3
b) Contenido de la consejería asociada al examen del VIH	6
c) En búsqueda de síntesis	8
d) Eficacia de la consejería para lograr metas de salud pública. Reducción de conductas de riesgo para la transmisión del VIH	9
1. 2 Argumentación económica de la consejería. Eficiencia de la consejería en términos de costos-beneficios	12
II METODOLOGÍAS DE SOCIALIZACIÓN DE LA EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA ANALIZADA EN LA DOCUMENTACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL	15
III LINEAMIENTOS CENTRALES PARA ESTUDIOS DE EFICIENCIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA PARA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS	16
BIBLIOGRAFÍA DE LA BÚSQUEDA INTERNACIONAL SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA	19
ANEXO: RESÚMENES DE DOCUMENTOS SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA	22

SISTEMATIZACIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA

I ARGUMENTACIÓN QUE FUNDAMENTA LA ESTRATEGIA DE CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH/SIDA

1.1 Argumentación teórica, técnica y política

a) Antecedentes históricos

La controversia y la polémica han acompañado el examen para detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) desde el día de su invento. El debate sobre la política y la ciencia involucradas en su implementación, ha sido un ‘aspecto constante’ de su aplicación (Valdiserri, 1997). En los Estados Unidos las acciones iniciales del gobierno fueron fuertemente criticadas: al aparecer el examen para detectar el VIH, las autoridades de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC), apuntaron primero a los grupos identificados de mayor seroprevalencia, e.g. hombres homosexuales, usuarios de drogas inyectables, hemofílicos y extranjeros provenientes de zonas de alta prevalencia. Más adelante, se agregaron clientes (pacientes, consultantes) de clínicas de ITS, mujeres embarazadas, pacientes hospitalarios en ciertos grupos etarios, reclusos carcelarios, parejas por casarse y voluntarios preocupados de su estatus serológico (Valdiserri, 1997).

La lógica era clara, aunque no explícita: se suponía una relación directa entre el descubrimiento o auto-descubrimiento de las personas con VIH y el control exitoso de la transmisión del virus a otros, sea voluntario o impuesto externamente. Algunos defensores de los grupos aludidos, objetaron las implicancias y los efectos de este enfoque de control epidemiológico. En vez de romper la cadena de infección, decían, los intentos de pesquisar y descubrir a las personas VIH(+), sólo aumentaban el estigma, estimulaban la discriminación en contra de los ‘grupos de riesgo’ y fortalecían peligrosamente la sensación de invulnerabilidad de las demás personas no identificadas con tales ‘grupos’. Pero hubo una demora considerable en reconocer las limitaciones de esta estrategia y la resistencia persiste en muchos lugares del mundo hasta el presente. La experiencia chilena experimentó una evolución similar.

El sesgo original hacia la detección e identificación de las personas que portaban el virus, era consistente con la función curativa de las instituciones de atención clínica. Sin embargo, estas instituciones enfrentaban una contradicción imposible de resolver: ya que se trataba de una enfermedad sin mayor remedio médico y fuertemente estigmatizada socialmente, el diagnóstico rápidamente producía graves consecuencias psicológicas, sociales y eventualmente físicas en las personas afectadas que el personal clínico era incapaz de resolver. Pues bien, las entidades clínicas, al reaccionar con su habitual eficacia en obtener datos sobre quién padecía de qué, tenían poco o nada que hacer con la información después.

Ha sido particularmente difícil superar la conceptualización del examen para el VIH como un recurso orientado principalmente a la pesquisa de infecciones, más que a la prevención primaria. Por un lado, parecía evidente –al menos así se intuía, y en alguna medida se sigue sosteniendo- que el conocimiento de la propia seropositividad produciría un cambio conductual en las personas infectadas y por ende que el mejor procedimiento para evitar nuevas infecciones, era informar a las personas VIH+ de esa realidad. De hecho, hay un cierto respaldo empírico para esta presunción (Weinhardt, 1999; Elwy, 2002; Coates, 2000; Baggaley, 2002; Amaro, 2005), pero no dice nada sobre la gran mayoría de las personas con VIH que desconocen el hecho, las que no responden a esta lógica por una variedad de razones y por supuesto, las que deben adoptar prácticas preventivas para evitar adquirir el VIH.

Pero quizás de igual influencia, para visualizar el examen del test del VIH como recurso para descubrir personas infestadas, fue la fuerza del hábito institucional en el sector de la salud pública: se registraban las cantidades de otras enfermedades y el estado de las personas que padecían de cada una; entonces, habría que registrar la misma información sobre el VIH-SIDA. Esa lógica reinaba en el período inicial de la epidemia, cuando se juntaba *datos*, pero no se los convertía en *conocimientos*.

La estrategia basada en pesquisar-informar-prevenir, ignoraba otros elementos del cuadro, como la fuerte estigmatización asociada al SIDA y la discriminación sufrida por las personas afectadas por él, además del pronóstico clínico pesimista. Además, no hubo comprensión del accidentado camino que tienen que recorrer tanto individuos como poblaciones desde la información hacia la prevención. Pero sí hubo cada vez más personas viviendo el drama del VIH, un drama que se vivía a diario dentro del mismo hospital. Por lo tanto, el primer impulso hacia una visión distinta del examen, nacía de la experiencia de impotencia y angustia producidas tanto en los consultantes con el diagnóstico VIH+, como en el personal hospitalario portador del anuncio. Luego de unas cuantas repeticiones de este cuadro desolador, algunos entendieron que el examen ELISA para el VIH no era cualquier test con cualquier resultado y que por ende, requería de un manejo cualitativamente distinto y sensible a las consecuencias del diagnóstico.

Este proceso de reconocimiento parcial queda registrado en la historia normativa del examen en Chile, ya que la Resolución exenta N° 211, del 10 de Marzo del 1994, establece la obligatoriedad de una entrega del resultado por ‘personal idóneo’, pero sólo en el caso de ‘resultados *positivos*’. La norma se mantuvo hasta siete años después, cuando una nueva Resolución, la N° 371 de febrero del 2001, agrega la obligatoriedad de la consejería previa y posterior al examen, independiente de que el resultado sea *positivo o negativo*, además del requisito de un consentimiento escrito. Es decir, recién al inicio del siglo 21, se reconoce oficial y cabalmente la función educacional/preventivo del procedimiento y sus implicancias para las conductas sexuales de todo consultante. Pero según consta en la Evaluación Nacional de la Consejería para la Prevención del VIH/SIDA (2004) en el sistema de salud pública, el mensaje aún no ha llegado a todos los servicios.

La incorporación de las dos sesiones de consejería como norma en el examen ELISA para el VIH en el sistema de salud público chileno, fue una innovación histórica en la respuesta nacional a la epidemia del VIH-SIDA, ya que reconoció que las consecuencias del examen no eran meramente clínicas. Sin embargo, es relevante destacar que el primer incentivo para ajustar el procedimiento utilizado en pesquisar el VIH, se basó en sentimientos de solidaridad y empatía para con los afectados, frente a la falta de respuesta disponible que ofrecerles. Enfermeras,

matronas, médicos y autoridades veían con impotencia que el diagnóstico del VIH producía un fuerte impacto en la vida de los consultantes y no tenían herramientas para aliviarlo. Entonces, aunque quedaba descartada la lógica original de control de la epidemia, seguía el enfoque hacia la pesquisa de infecciones, ahora con una visión más solidaria y humanista. Pero la tentación de desperfilar a los resultados negativos, persistía.

La introducción de los tratamientos antiretrovirales sólo pudo agravar este sesgo natural. Ahora que las respuestas clínicas existen, la función del proveedor clínico está restaurada y resurge el riesgo de volver atrás en la apreciación del papel preventivo del examen, volviéndolo a concentrar en la pesquisa y el manejo de la enfermedad. De hecho, la lógica anterior del examen como caso especial, ahora tiene menos fuerza y esa realidad también debería ser reconocida por todos, inclusive las personas viviendo con VIH.

Estas novedades se ven reflejadas claramente en las nuevas recomendaciones de los CDC de los Estados Unidos (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades), sobre el uso del examen de detección del VIH. Hace dos años, la entidad gubernamental empezó a argumentar que “las reducciones en las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas al VIH en los finales de los años 90, atribuibles a la terapia combinada antiretroviral, parecen haber terminadas” (CDC, 2003). Entonces, dice, hay que buscar nuevas estrategias para combatir la epidemia. El peligro de la innovación buscada es que enfatiza una vez más a la pesquisa de las personas infectadas por sobre la atención a la dinámica psíquica y psicosocial de la epidemia y a la prevención en las personas.

La autoridad de los CDC argumenta que la tardanza de las personas infestadas en presentarse a los centros de salud, hasta llegar incluso en una etapa avanzada de la enfermedad con un rápido progreso al SIDA luego de su diagnóstico, milita en contra de la reducción de las nuevas infecciones (anualmente unas 40 mil en EEUU., cifra estable desde hace varios años) y absorbe recursos innecesariamente como resultado del deterioro físico previo al diagnóstico. Es decir, la autoridad de los CDC concibe la necesidad de captar e identificar las nuevas infecciones más tempranamente e iniciar el tratamiento, con una clara inspiración economicista y desde esta lógica enteramente racional. Para eso, existen las nuevas tecnologías de test rápido (como OraQuick), que ayudarían a “superar las barreras tradicionales” (CDC, 2003) al diagnóstico precoz. El documento recomienda la incorporación del examen para el VIH como “una parte rutinaria del cuidado médico. . . *en situaciones que no requieren consejería preventiva anterior*” (énfasis agregado). Los CDC están financiando proyectos pilotos para probar la eficacia de estos procedimientos en “sitios de alta prevalencia”, léase bolsones de pobreza con alta población de minorías étnicas y enclaves urbanos gay.

Sería excesivamente optimista desconocer las atracciones de este proceder, tanto en EEUU. como en Chile, para un sistema de salud preocupado por reducir costos y aumentar la eficiencia de los tratamientos clínicos ahora disponibles. Pero el impacto en la prevención a largo plazo es otro tema. A continuación, se revisa el estado de conocimientos sobre la eficacia y eficiencia del proceso de consejería para los distintos fines del sistema de salud y sus implicancias para las políticas públicas a futuro.

b) Contenido de la consejería asociada al examen del VIH

No hay un sólo modelo de consejería utilizada universalmente, ni siquiera dentro de un país, pese a los marcos generales disponibles y recomendados (CDC, 1993; St Lawrence et al., 1995; CONASIDA, 2003). Muchos autores reconocen que la complejidad de la conducta humana en el campo de la sexualidad es tanta, que un modelo único nunca servirá para cada circunstancia y para todos los individuos. Tampoco hay consenso sobre los enfoques teóricos más aptos. Además, la aplicación de los procedimientos nunca ha sido uniforme aún cuando existe un consenso teórico. La variedad en la aplicación de técnicas llamadas genéricamente ‘consejería’, hizo difícil evaluar su eficacia (Miike, 1994). Kamb et al. (1998) superaron esta debilidad, por lo menos en parte, con su rigor experimental y el tamaño de su muestra (más de 6.000 personas), como se verá más abajo en la discusión de la eficacia de la consejería.

En general, los modelos construidos incorporan elementos de las teorías más conocidas sobre el cambio de conductas relacionadas con la salud, como el Modelo de Creencias de Salud (*Health Belief Model*) que data de los años 50 (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) en base del ‘enfoque centrado en el cliente’ (*client-centered counseling*) de Rogers (1946); la Teoría de Acción Razonada (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980); las teorías de Aprendizaje Social y de Auto-Eficacia asociadas a Bandura (1977, 1997); y en menor grado, otras teorías relevantes para las metas de salud pública como la Difusión de Innovaciones (St. Lawrence et al., 1995) o el Marketing Social, aunque estas últimas, por su enfoque más integral y de largo plazo, sirven menos para orientar la consejería. Todas las teorías mencionadas han contribuido con su particular perspicacia y están reflejadas en la síntesis que se percibe en estas discusiones, inclusive en el modelo de CONASIDA actualmente vigente.

El Modelo de Creencias en Salud, elaborado en su momento para explicar la indiferencia de una población a las recomendaciones de la autoridad sanitaria, postula que las conductas individuales son permeables o no al cambio según la influencia de cinco elementos claves:

- la auto-percepción de un individuo de su susceptibilidad al peligro;
- su percepción de la severidad de este peligro;
- su creencia en la efectividad de una acción para evitarlo;
- su percepción de los costos de este cambio;
- señales ambientales, como por ejemplo campañas públicas incentivando el cambio, capaces de estimular y activar la conducta nueva.

Se puede agregar como factor adicional, los recursos personales o tangibles necesarios para efectuar el cambio. Sin embargo, el modelo es muy anterior a la epidemia de VIH/SIDA y la evidencia de su aplicabilidad en el campo de la sexualidad es débil (e.g., Winfield & Whaley, 2002). En los mejores casos, la experimentación empírica de este modelo, explicaba sólo una parte menor de la variabilidad entre grupos intervenidos y de control. Su elemento más robusto, es el concepto de la percepción individual de riesgo como influencia fuerte en las eventuales decisiones y este elemento fue incorporado al primer modelo de consejería adoptada en Chile (Academy for Educational Development, 1992; Corporación Chilena de Prevención del SIDA s/f). De hecho, este concepto se ve plenamente reflejado en los materiales

de formación y capacitación de CONASIDA bajo el rubro ‘gestión del riesgo’ en su acápite (a), ‘autodiagnóstico o diagnóstico compartido del riesgo’.

Sin embargo, las demás hipótesis del modelo no tienen respaldo empírico. Según St Lawrence et al. (1995), “Los resultados de la investigación sobre SIDA utilizando el *Health Belief Model* son, en el mejor de los casos, ambiguos”. Los críticos destacan que el modelo pone énfasis en la percepción de riesgo, pero no explica el origen de esta percepción ni la frecuente brecha entre tales percepciones y la cercanía del peligro. Ya que la evidencia que apoya este modelo está basada en correlaciones, no hay prueba de causación, abriendo la posibilidad de que la percepción del riesgo sea resultado de la conducta—o de otros aspectos de la personalidad—y no vice-versa. El discurso consensuado de CONASIDA reconoce esta complejidad indirectamente en su acápite (b) de la gestión del riesgo, que incentiva al consejero a indagar sobre aspectos “cognitivos, emocionales y sociales... relevantes para la prevención”.

Un aporte importante proviene de la teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, luego renombrada de Conducta Planificada por Ajzen independientemente. Este enfoque es similar en cuanto a que considera a la cognición como precursor de la conducta, pero agrega las *intenciones* como intermediario y entiende el papel de las normas subjetivas y de algún modo construidas socialmente. Postula que las intenciones están afectadas por cuatro factores:

- las actitudes de un individuo hacia una conducta;
- sus creencias sobre esta conducta;
- sus percepciones de las actitudes de sus pares hacia la conducta;
- el valor atribuido a las actitudes de estos pares.

Las complejidades agregadas ofrecen más posibilidades a la prueba experimental de los distintos elementos del modelo y hay un cuerpo extenso de literatura que acumula esta evidencia. Por otro lado, los críticos de este modelo llaman la atención a ciertas debilidades: en su formulación original, la teoría no contemplaba las conductas no voluntarias o influenciadas por fuerzas extra-racionales, una crítica de algún modo incorporada en las modificaciones de Ajzen y reflejada en el cambio de nombre.

Bandura (1977, 1997) agrega conceptos adicionales de la *auto-eficacia*—entendida como la confianza individual en la capacidad de llevar a cabo con éxito una conducta—y el aprendizaje social. Inspirado parcialmente por los logros de la publicidad para el consumo, Bandura postula que los seres humanos observan y codifican conductas de otros y luego las incorporan en su repertorio a través de un proceso de imitación simbólico y concreto. Enfatizó la importancia de aspectos intuitivos y emocionales como el estatus, la admiración y las imágenes, además de la interacción recíproca entre influencias cognitivas, conductuales y ambientales.

El modelo de consejería actual de CONASIDA refleja la influencia de estos elementos teóricos en su guía para la gestión de riesgo, con referencias a las “características del contexto de la vida de la persona” y la sugerencia en el acápite (d) de “promover sentimientos de auto-eficacia, el sentirse capaz de desarrollar sus soluciones en forma autónoma”.

De nuevo, los aportes de Bandura enfrentan cierta resistencia por su origen en campos distintos a la sexualidad y su aplicación a temas como hábitos de alimentación y las adicciones. Por otra parte, también hay críticos que objetan la mirada excesivamente individual de estas construcciones psicológicas e insisten en una mayor atención a los factores de riesgo externos y estructurales (homofobia, pobreza, racismo, presiones familiares, etc.) como factores poderosos que enfrentan ciertas poblaciones (Díaz, 1998). Pero para fines de la consejería—una intervención de corto plazo con oportunidades y metas limitadas—la utilización de un esquema conductista-cognitiva parece generalmente aceptada, aunque no así para la estrategia global.

En una etapa posterior de la epidemia, surgen con particular fuerza los enfoques basados en la ‘reducción de riesgo’, originalmente asociados a los usuarios de drogas inyectables, donde la meta más realista no era cambiar la conducta sino de aminorar sus efectos más nefastos, empezando con la infección por VIH (e.g., Catania, Kegeles & Coates, 1990; Des Jarlais et al., 2000). Pero en algunos casos este enfoque adquirió relevancia para la prevención entre hombres gay y bisexuales. Por ejemplo, en Australia, los educadores tomaban distancia de las otras categorías estrictas de ‘buenas’ y ‘malas’ conductas, algunas ‘seguras’ y otras ‘inseguras’. En cambio, seguían con interés las innovaciones que emergían de la propia población. Estas incluían una mezcla ambigua de prácticas semi-seguras, bajo el rubro de *strategic positioning* (posicionamiento estratégico) o ‘seguridad negociada’, en donde ciertas prácticas como el coito anal receptivo no se permitían con parejas serodiscordantes, pero el insertivo, a veces sí (Dowsett, 1996; Kippax & Race, 2003). Estas innovaciones tenían el atractivo de apreciar y responder a las iniciativas nacidas desde la misma población, en vez de las fórmulas establecidas por la autoridad o incluso, las mismas organizaciones gay.

c) En búsqueda de síntesis

St Lawrence et al. (1995), no endosan a ninguno de los modelos la capacidad de ‘cumplir todas las metas’ del consejero, que ellos definen como: establecer empatía, entregar información, explorar conductas, plantear cambios, apoyar emociones. Los objetivos de más largo plazo son el aumento del auto-conocimiento y auto-dominio del consultante, la auto-identificación y definición de sus metas y la reducción en la ansiedad (*emotional distress*) asociada al proceso. Todo esto en 20 minutos, con una segunda sesión una semana después.

Como se puede apreciar en estas discusiones, hay elementos que aparecen consistentemente en los modelos más comúnmente utilizados, indicando una tendencia de recoger en forma ecléctica aspectos y miradas de cada uno, de modo quizás más práctico que sistemático. Estos componentes corresponden crudamente a la lógica de las ‘Etapas de Cambio’ (Stages of Change), otro intento transteórico con características explícitamente sintéticas y fusionadas (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). Estas etapas son:

- precontemplación,
- contemplación,
- preparación para el cambio,
- acción
- y mantención.

Aunque muchos proveedores aceptan y han incorporado ese cuadro en términos generales, su aplicación en la práctica tiene mucha variación según las circunstancias (Gay Men's Health Crisis, entrevista personal julio 2005). CONASIDA operaba durante mucho tiempo desde esta misma lógica a través de su esquema de cambio conductual, originalmente proveniente de la AED a través de la Corporación Chilena de Prevención del SIDA.

Aquí se entiende el desafío del propósito y la necesidad de buscar la simplificación donde sea posible, sin desconocer la complejidad de la tarea. Corresponde reexaminar los documentos de formación y de consenso de CONASIDA y abrir la pregunta si tal recarga de indicaciones, produce un efecto 'muy informativo y poco sensible,' en las palabras de una participante. Es como si el curso ofrecido de CONASIDA buscara cubrir un sinfín de posibles situaciones y contestar todas las preguntas imaginadas y por imaginar, pero con el peligro de perder el norte. Al 'vaciar agua en un canasto', el consejero no establece prioridad entre los objetivos de 'informar' y a la vez 'dar tranquilidad', o 'bajar la tensión y la angustia del individuo', o de generar habilidades que le permitan gestionar el riesgo. Basta consultar sobre la tasa de no-returns a recoger los resultados del test, de la primera entrevista, para saber si se ha logrado esta tranquilidad y confianza, que todos coinciden en identificar como esencial.

Quizás adquiere relevancia para esta discusión un re-examen del papel del consejero en el esquema más global de una estrategia de prevención y de atención. Aunque el servicio del examen tiene una meta limitada—practicar exámenes del VIH y tratar a las personas adecuadamente—el consultante tiene una realidad mucho más grande. Se ve esta tensión en los narrativos anecdóticos de las personas que han buscado orientación y se ven frustradas, o en procedimientos indiferentes y rutinarios, o en encuentros cuasi-terapéuticos con personas sin experticia ni criterio, pero endosadas dentro del sistema como sus 'pares'.

Dadas las condiciones y obstáculos del sistema, dar un trato cálido y adecuado a la gente que va a un servicio para una prueba de sangre es un paso no menor. Otra cosa distinta es mantener en mente lo que significa recibir a una persona angustiada por este motivo. Ahí entra la calidad de la consejería para el examen, pero no sólo ese procedimiento, que mal que mal, tiene un antes, durante y después. Lo que más se requiere es la mirada de alguien que sabe no sólo explicar el periodo de ventana, sino evitar que el consultante se tire por una.

d) Eficacia de la consejería para lograr metas de salud pública. Reducción de conductas de riesgo para la transmisión del VIH

Los estudios iniciales sobre la eficacia de la consejería para reducir nuevas infecciones, eran ambiguos (Clark et al., 1998; Chamot et al., 1999). El problema principal fue la ausencia de una definición uniforme y rigurosamente aplicada para hacer comparable los grupos intervenidos y de control; además, en muchos casos las observaciones incluían una combinación de acciones que era imposible de aislar de la consejería para medir su impacto. Dado el gasto importante del Estado norteamericano en ofrecer este servicio, los CDC eventualmente contrataron un estudio sistemático para contestar la pregunta de forma más definitiva.

Kamb et al. (1998) utilizaron un procedimiento experimental randomizado en cinco ciudades de EEUU. con tres grupos, dos de consejería (breve y extendida) y uno de control. Su consejería 'breve' es el equivalente del procedimiento utilizado en Chile, con dos sesiones de unos

20 a 30 minutos cada una. La baja en nuevas ITS, en comparación con los que recibían sólo información didáctica, fue de 30% durante los primeros seis meses después de la intervención ($p=.005$) y de 20% a los 12 meses ($p=.008$). De gran significado para la política pública en esta área, Kamb et al., encontraron efectos muy parecidos para los participantes que recibieron dos v/s cuatro sesiones de consejería, resultado que fue consistente entre todas las ciudades y entre hombres y mujeres. Fonteberry (2002) lo confirmó, como también Kalichman et al. (2005). La lección está clara: una buena consejería antes y después del examen, es eficaz para lograr reducciones de prácticas de riesgo y no hay mejoras sustanciales con agregar más sesiones *en cuanto a este resultado*, aunque puede haber metas adicionales en términos de servicios sociales y psicológicos.

En el experimento de Kamb et al., las metas asignadas a los consejeros fueron:

- Captar el riesgo actual del consultante y sus percepciones sobre este riesgo;
- Ayudarle a reconocer las barreras individuales a la reducción de este riesgo, incluyendo reforzamiento de sus intentos anteriores,
- Negociar con el consultante un plan realista y factible de reducción de riesgo;
- Apoyar el cambio iniciado desde el consultante, que incluye un pequeño paso o tarea para cumplir entre la primera y la segunda sesión.

Si se compara este contenido mínimo con los 12 puntos claves del documento de apoyo de CONASIDA, las diferencias son considerables:

1. Asegura explícitamente a el o la consultante la confidencialidad de lo que se converse en la consejería y del resultado del examen.
2. Solicita al o la consultante que firme un consentimiento informado que explicita sus derechos antes de continuar con la consejería.
3. Aborda las repercusiones del resultado del examen en la vida sexual, laboral y familiar del o la consultante.
4. Indaga acerca de cuál es grado de conocimiento que maneja el o la consultante sobre VIH/Sida antes de entregar cualquier tipo de información.
5. Pregunta al o la consultante acerca de los motivos por los cuales se quieren realizar el examen VIH/SIDA.
6. Indaga acerca de la historia y prácticas sexuales del o la consultante.
7. Realiza una demostración de cómo se usa correctamente el preservativo.
8. Deja tiempo para que el o la consultante se exprese, escuchándolo sin interrumpirlo.
9. Entrega información sobre VIH/Sida (formas de transmisión, prevención, etc).
10. Explica el significado del “período ventana” y sus implicancias en relación a los resultados del test y su estilo de vida.
11. Aborda con el o la consultante sobre la adopción de un “plan de reducción de riesgo” según la situación particular de cada consultante.
12. Explica que si el examen sale positivo debe realizarse una confirmación del examen que demora un tiempo más.

Al comparar los contenidos señalados para ambas consejerías, se observa que las ‘tareas’ del consejero establecidas por CONASIDA son más extensas y complejas que las estudiadas por Kamb et al. en EEUU. Aunque los puntos 1 & 2 son reiteraciones de la confidencialidad y probablemente toman menos de un minuto, la estimación del riesgo individual ocurre sólo en los puntos 5 & 6, mientras los anteriores (3 &

4) implican la presentación de consecuencias negativas y una revisión de conocimientos, enfatizados de nuevo en los puntos 7, 9, 10 & 12. El punto 8 sugiere volver el enfoque hacia el consultante, pero ya que no está vinculado a un objetivo concreto, sino con una posibilidad abierta de que se exprese, ‘dejar que hable’, entremedio de la entrega de habilidades (#7) e información (#9) por parte del consejero. Dado esta agenda de tareas por cumplir por el consejero, el plan de reducción del riesgo (#11) queda al final de la lista, como un punto a tratar dentro de una larga lista, y casi fuera de contexto del conjunto tareas señaladas para la consejería. En resumen, el esquema presentado pese a su complejidad—o a raíz de ella—plantea la pregunta sobre sí se garantiza efectivamente la inclusión de los cuatro elementos estudiados por Kamb et al. y cuya eficacia quedó comprobada.

Una posible limitante del éxito logrado por Kamb et al., es que todos sus participantes, VIH-negativos al inicio del estudio, fueron reclutados en clínicas de ITS. Es posible que ellos hayan sido personas más dispuestas que el promedio a recibir una intervención de esta índole. Por otra parte, siendo una población de mayor riesgo por las mismas razones, el resultado mantiene su interés para las políticas públicas.

Myers et al. (2003) encontraron un consenso similar al esquema de Kamb et al. sobre los contenidos más esenciales de la consejería, pero con matices distintos en un estudio de consejeros en varios tipos de sitios. Ellos concordaron en cinco elementos claves: (a) Dar información; (b) determinar el riesgo del individuo; (c) asegurar que los exámenes son dados personalmente; (d) proveer referencias a otros servicios; y (e) facilitar el aviso a la pareja en casos de exámenes positivos. Otros elementos ambientales importantes que identificaron eran: la confidencialidad, una actitud no juzgadora, un ambiente seguro, autonomía en la toma de decisiones y un diálogo individualizado. En Gay Men’s Health Crisis, la organización dedicada al SIDA más antigua de Nueva York, se llama a este fundamento de la construcción de una relación servicio-cliente ‘*unconditional positive regard*’ (mirada positiva incondicional).

La evidencia empírica apoya casi por unanimidad que la consejería—quizás combinada con el diagnóstico—tiene un efecto en las prácticas sexuales de riesgo a futuro cuando el resultado es positivo (Weinhardt, 1999; Elwy, 2002). (“*This can be true even if the HIV+ people’s overall risk rates are higher, which is sometimes the case*”). Este resultado fue particularmente marcado cuando el consultante formaba parte de una pareja (heterosexual) serodiscordante (HIV+/HIV-) (Coates, 2000; Baggaley, 2002; Amaro, 2005). Este resultado es intuitivo, ya que se supone que la mayoría de las personas reaccionan con preocupación para con sus parejas sexuales al enterarse de su seropositividad.

La eficacia de la consejería en reducir futuras prácticas de riesgo entre consultantes con resultados negativos, también ha sido estudiada ampliamente y los resultados no fueron consistentes hasta Kamb. Por ejemplo, Chamot (1999) encontró una baja fuerte en nuevos casos de gonorrea luego de un examen por VIH, pero esto no tuvo relación con la consejería practicada. Ahora bien, sólo recibieron la consejería un 25,9% de los consultantes con un resultado VIH+ y un 8,5% de los HIV-negativos. (Dado que el estudio proviene de Nueva Orleans en EEUU., es evidente que el problema de la consistencia en la consejería no se debe solamente a la falta de recursos). Este estudio también encontró mayores prácticas de riesgo en consultantes que repetían el examen, que sugiere el empeoramiento de su manejo de riesgo en el tiempo. Pero sin más información sobre el modelo de consejería utilizada y su utilización o no a todos, estas conclusiones no son convincentes.

Clark et al. (1998) tampoco encontraron una reducción del riesgo a través de la consejería, pero su estudio tampoco detalló la naturaleza de la consejería utilizada. Además, la población fue un grupo de jóvenes de alta vulnerabilidad, pues las conclusiones tajantes en cuanto a que el método ‘no funciona’ parecen no estar justificadas.

Asimismo, Weinhardt et al. (1999) reportaron que la prevención secundaria—entre personas VIH+—fue lograda con la consejería, no así la primaria. Pero una vez más, ofrecieron poco detalle de la consejería utilizada y por ende sus conclusiones no son convincentes.

Baggaley (2002) revisó 19 estudios de África subsahariana y Europa que comprueban una reducción de infecciones usando la consejería en contraste con una educación didáctica. [what happened?] Para Fonteberry (2002) el cambio de comportamiento se ve limitado a unos meses posteriores a la intervención, consistente con los resultados de Kamb et al. (1998), que notaban una baja similar en el efecto a los 12 meses comparado con los seis meses después de las sesiones.

Molitor (1999) quiso determinar el índice de retorno para retirar el examen y recibir la consejería post-test, tema de interés para los fines de evaluación del servicio. Determina como el motivo más común del no-retorno era el lugar del test, ya que aquellos que fueron a clínicas ITS no volvieron cuatro veces más.

También en Chile se da cuenta de la efectividad de la consejería en el estudio de seguimiento de pacientes desarrollado en el Centro de Detección y Consejería Romero (Fergadiott y MENA s/d), cuando concluye que el 91% de los sujetos estudiados se mantienen negativos y sólo el 9% se positiviza a lo largo de 5 años. También revela el aumento en el uso del condón: mientras antes de la consejería sólo un 6,8% refirió usar condón siempre, después de la consejería aumentó a un 38,6%, lo que representa un aumento en el uso siempre de 5,6 veces

1.2 Argumentación económica de la consejería. Eficiencia de la consejería en términos de costos-beneficios

La consejería implica costos en entrenamientos, infraestructura y tiempo del personal del servicio. Los ahorros pueden ocurrir de dos modos:

- nuevos casos de VIH evitados con el cambio de conducta estimulado por la consejería, incluyendo los gastos de salud asociados a estas enfermedades, pérdida de productividad, presión sobre el presupuesto del hogar, pérdidas por tiempo dedicado al cuidado del enfermo por familiares, etc.;
- infecciones detectadas precozmente y tratadas, así evitando el deterioro en la salud del individuo y los costos directos e indirectos asociados a ello.

De algún modo, estos dos objetivos reflejan la tensión permanente entre las metas de cambio conductual y de detección de las infecciones, que ha caracterizado el debate sobre el examen desde su descubrimiento. Las mismas políticas que fortalecen un lado de la ecuación, pueden debilitar el otro y viceversa (Healton et al., 1996). Estos últimos, por ejemplo, encontraron que un tercio de las mujeres examinadas por VIH

en el contexto de sus controles prenatales, no volvían para recoger los resultados. El tema es relevante para la discusión sobre la incorporación rutinaria del examen en el sistema de salud y especialmente la introducción del examen rápido que requiere una sola visita.

En muchos países, el afán de obtener ahorros para el sistema público, está produciendo presiones para incorporar la práctica del examen por VIH durante contactos rutinarios con el sistema de salud (Garrett, 2005). El requisito de obtener el consentimiento voluntario—asociado a la lógica de la consejería—puede significar menos infecciones detectadas precozmente si las personas no acuden al servicio o no aceptan el procedimiento. Por otra parte, la preservación de la voluntariedad del examen, puede incentivar a otros consultantes a utilizar el servicio, cuando de otro modo habrían evitado entrar en contacto con el sistema. El balance obtenido en una determinada estrategia nacional, debería responder a los objetivos globales de esta estrategia y no limitarse sólo a los cálculos de costo-beneficio. No obstante, hay elementos disponibles para la construcción de un marco general de análisis de estos factores.

Todos los cálculos de costo-beneficio, dependen de una serie de supuestos, que variarán de un país a otro. El costo de la mantención de una persona con VIH dentro del sistema médico estadounidense, versus el de Tanzania o de Chile, será muy distinto. Asimismo, la probabilidad de detectar un examen positivo será en cada caso bien variada, como también el impacto de cambios conductuales luego de una consejería óptima. Por lo tanto, los resultados ofrecidos en otros contextos nacionales deben apreciarse con estas limitantes. Por ejemplo, en un estudio en EEUU. se determinó que hubo un beneficio en gastar un millón de dólares para detectar unas 300 infecciones, cálculo que no tiene sentido alguno para un país africano.

Farnham et al. (2002) revisaron la relación costo-beneficio de la consejería en una variedad de contextos y poblaciones y discuten cómo los múltiples y cambiantes objetivos han influido las evaluaciones económicas de estos programas. Su revisión de varias bases de datos descubrió sólo 12 estudios del impacto de cambios conductuales y su relación costo-beneficio. Encontraron que estas intervenciones son generalmente efectivas en la reducción de costos—en el contexto norteamericano—cuando las poblaciones-objetivo son personas VIH-positivas o individuos de mayor probabilidad de adquirir la infección.

Al iniciar el tratamiento universal para el VIH en Chile, los cálculos de costo-beneficio cambiaron radicalmente, ya que con cada infección evitada los ahorros pasaron de ser principalmente indirectos (productividad, gastos familiares, etc.) a costos directos, como los gastos de salud, incluyendo mantención con regímenes antiretrovirales. El gasto para los privados también significa un costo para la sociedad, aunque no un costo directo.

Pues bien, el gasto en consejería puede ser mucho mayor que antes y aun así, significa un ahorro neto, como argumento los CDC (1993): “Aun con supuestos conservadores, los gastos [en consejería] resulta[n] en un beneficio neto sustancial para la sociedad’. Una conclusión casi idéntica proviene de Holtgrave et al. (1995): “Aun cuando el impacto es relativamente pequeño, [un] programa puede rendir beneficios netos a la sociedad’.

Sweat et al. (2000) determinaron que la consejería es altamente costo-efectivo para países con alta prevalencia e infraestructura rudimentaria. Calcularon un costo por infección evitada de (US) \$249 y \$346 para Kenia y Tanzania, o \$13 y \$18 por cada año de discapacidad ahorrado respectivamente. El estudio utilizó una metodología experimental, con un grupo de control que recibía sólo instrucción didáctica por medio de un video (confirmando nuevamente la eficacia de una consejería personalizada). Anotan que la intervención fue más efectiva para personas con VIH y las personas que recibieron la consejería como pareja. Obviamente, una intervención tan económica es de suma eficiencia, aunque la alta seroprevalencia presente en estos países, hace más fácil obtener tal beneficio. Los costos por intervención Chile serían más altos, pero los gastos en salud evitados también y los otros ahorros asociados por infección evitada serían sustancialmente mayores.

En un estudio implementado en una clínica de ETS, Hightower et al. (2003) examinaron la tasa de consultantes que no retornaron a recoger sus resultados y el gasto en seguimiento y localización de estas personas. Encontraron una tasa de abandono del proceso de 55% del total de 512 personas, incluyendo 101 resultados positivos. En contraste, el hecho que Kamb et al. (1998) lograron el retorno de 80% de sus sujetos y GMHC goza históricamente de una tasa de retorno de 99% (entrevista personal, 2005), indica que el enfoque utilizado y el trato extendido influyen fuertemente en la reacción de los consultantes y por ende, en los costos asociados a la intervención.

Pinkerton et al. (1997) estudiaron el impacto de una variedad de intervenciones preventivas y encontraron un ahorro neto, pese a los costos elevados. Asimismo, Pinkerton et al. (2000) examinaron una intervención preventiva para usuarios de drogas intravenosas (pero que refería a sus conductas sexuales) y calcularon beneficios económicos considerables, en base de un costo de cada nueva infección de (US) \$32.000. El autor principal ofrece una metodología para estudiar costo-efectividad en forma comparativa.

CAPS (Center for AIDS Prevention Studies), asociado a la Universidad de California en San Francisco, argumenta con cifras generales respecto de la reducción de gastos a través de la modalidad de consejería, frente a un tratamiento médico completo a una persona VIH-positiva durante la vida (que en esa ciudad significa un desembolso de aproximadamente 195.000 dólares). Calcula el ahorro obtenido vía distintas estrategias de intervención en (US) \$4.000-\$40.000 por infección evitada con intercambio de jeringas, \$5.000-\$10.000 por la consejería y \$40.000 para el tratamiento de la drogadicción.

Holtgrave et al. (1993) plantearon el valor por beneficio del gasto de los CDC de unos 100 millones de dólares anuales y presumieron 20 infecciones evitadas por cada 100 infecciones de VIH pesquiasadas. Los beneficios económicos encontrados para el año 1990 llegaron a la cifra de US \$3,8 billones, versus \$188 millones en gastos, para dar una razón costo-beneficio mayor de 20 veces.

En conclusión, los investigadores concuerdan enfáticamente que los servicios financiados con dinero fiscal resultan en una ganancia económica neta para la sociedad, aún con mínimos resultados en términos de infecciones evitadas.

Una excepción es el estudio de Lurie et al. (1994), que no identifica ninguna justificación para examinar a los trabajadores de salud en hospitales ni para monitorear a los pacientes para detectar infecciones de VIH, excepto cuando la seroprevalencia sobrepasa el 1%.

II METODOLOGÍAS DE SOCIALIZACIÓN DE LA EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA ANALIZADA EN LA DOCUMENTACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL

La socialización acerca de la eficacia e impacto de la consejería voluntaria, seguida del test del VIH, analizada en la documentación internacional plantea algunas preguntas que requieren respuestas antes de definir metodologías de socialización.

Por un lado está el debate presente en EEUU. en torno a las opciones de intervenciones rápidas frente a la consejería de a lo menos dos sesiones. Hay distintos caminos que se pueden seguir. Uno, es desconocer el debate, suponer que no va a llegar a Chile, y por tanto definir metodologías que apunten a mostrar los resultados positivos logrados en las investigaciones efectuadas para medir eficacia e impacto de la consejería, resultados que se respaldan en estudios realizados tanto en EEUU. como otros comparados entre países de diversas regiones.

Otro abordaje posible es entrar de lleno a mostrar los logros en términos de eficacia e impacto de la consejería, al igual que en el caso anterior, pero abriendo el debate a la cuestión de la prevención primaria, ya no sólo en términos de costo-eficiencia de la consejería, sino también en relación a la prevención y modificación de conductas a través de recursos que van más allá de la información, y permiten desarrollar habilidades a los consultantes en relación al VIH y las ETS.

Un segundo aspecto a considerar que se debe definir son los focos de atención que deben ser definidos para la socialización de los resultados sobre eficacia e impacto de la consejería a la Red Nacional de Consejería, a las autoridades del Ministerio de Salud, y a las Autoridades Sanitarias Regionales. Ellos están directamente relacionados con la reformulación del Modelo de Implementación de la Consejería y del Modelo de Formación de Consejeros. Los modelos reformulados y sus orientaciones centrales deberían ser potenciados, en la medida que la información disponible en los estudios internacionales y nacionales analizados así lo permiten. En este sentido los métodos de socialización y sus contenidos deberían estar directamente asociados a las reformulaciones indicadas.

De la misma manera es necesario establecer las orientaciones básicas que desde CONASIDA se estima adecuado establecer metodologías de socialización hacia terceros sectores: consejeros de las Organizaciones de la Sociedad Civil, entidades privadas como laboratorios, usuarios, y entidades que apoyan o pueden apoyar financieramente la implementación de la consejería en organizaciones de la sociedad civil, entidades privadas.

III LINEAMIENTOS CENTRALES PARA ESTUDIOS DE EFICIENCIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA PARA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS

Los lineamientos centrales para estudios de eficiencia e impacto de la consejería están en alguna medida presentes en la documentación internacional, pero ellos deben ajustarse a la realidad de la consejería y de su nivel de implementación y reconocimiento al interior del sector de la salud.

En general no se han desarrollado registros, ni indicadores de eficacia e impacto de las diversas estrategias de prevención del VIH en el sector de la salud. Ello obliga a iniciar la construcción de tales registros e indicadores de manera de poder hacer estudios de comportamientos en el tiempo, así como de comparabilidad entre diversas estrategias en curso, entre las cuales sería posible optar en algún momento.

Los aspectos principales a ser estudiados, siguiendo la experiencia internacional, dicen relación con la comparación entre la estrategia de consejería voluntaria seguida del test del VIH (en Chile sería la consejería cara cara de pre-post test de Elisa) y otras estrategias en la prevención de la epidemia. En este punto las dificultades para hacer tales mediciones dicen relación con la posibilidad de medir eficiencia e impacto tanto de las otras estrategias que estén disponibles, -como campañas, actividades de prevención grupales, por señalar algunas-.

Los estudios de costo-efectividad de la consejería requieren de una estimación de costo de cada uno de los componentes de la consejería, cuestión que es posible hacer siempre y cuando la información de base esté disponible. Para ello sería necesario contar con información financiera de los diversos componentes de una consejería, como recursos de tiempo de profesionales y su valoración, espacio físico, material didáctico y preservativos -por señalar algunos-, costo de tratamiento de las personas VIH+ -incluyendo los costos de calidad de vida-, estimación de personas que habiendo hecho uso de los servicios de la consejería han prevenido la infección, en relación a aquellas que no la hayan hecho o que demandaron otro tipo de servicios en el sector de la salud.

Los estudios costo-efectividad requieren de información financiera de las diversas estrategias implementadas desde CONASIDA, a través de los programas que ejecuta. Información que debe estar desagregada desde el nivel del servicio en que se lleva a cabo las acciones de tales estrategias.

Entre las cuestiones que surgen en la documentación analizada, quizás la del no retorno del consultante -para conocer el resultado del test del VIH-, es una de las que merece especial atención, desde el punto de vista de la eficacia de la consejería. Fundamentalmente porque no requiere de la información de costos (como en el caso antes mencionado), ni de series estadísticas ni indicadores anteriores a las mediciones propiamente tales, y además podría implementarse desde ya.

Las tasa de no retorno pueden ser un excelente punto de partida para establecer la calidad de la consejería. Según se observa en los estudios a los que se ha tenido acceso el abanico de tasas reportadas es muy grande, desde abandono de más de la mitad en algunos estudios hasta el 99% de retorno en GMHC (Gay Men's Health Crisis). En el caso de esta última hay una gran competencia por los cupos (ellos abren el calendario el día 1 de cada mes y todos están tomados antes del día 4). Lo que no sucede con otros lugares en los que se hace consejería voluntaria seguida del test.

De allí que registrar y analizar quiénes vuelven para seguir el proceso es una excelente herramienta para medir la calidad de la consejería y mejorar su eficacia y eficiencia y establecer indicadores de logro asociadas al retorno/no retorno. En necesario, sí, tener presente que se debe controlar la información recibida, porque se pueden falsear los datos si no hay mecanismo de control, quizás la cooperación los laboratorios y/o el ISP se puede establecer tales mecanismos. En este sentido este tipo de información se podría implementar a la brevedad y comenzar a construir estadísticas que permitan tal medición

Sería importante poder establecer indicadores para estudiar la eficacia de la consejería a través del retorno/no retorno en organizaciones de la sociedad civil que están ofreciendo el servicios de consejería voluntaria y test de Elisa, así como en clínicas privadas, laboratorio y banco de sangre que están haciendo el test de Elisa.

Es importante desarrollar relativamente pronto estudios de eficacia e impacto de la consejería voluntaria seguida del test del VIH, porque es probable que en el corto plazo se platee la necesidad de implementar el examen rápido del VIH (test sin consejería) en el sector de la salud tanto pública como privada, especialmente con la incorporación de la atención de personas que requieren tratamientos VIH/SIDA en el Plan Auge. Es muy probable que en el corto tiempo se plantee en Chile, al igual como se está dando en EEUU., la posibilidad de implementar el examen rápido en razón del costo creciente del tratamiento de la epidemia. Especialmente si se analiza desde las ventajas en ahorros para el fisco, asegurar el resultado instantánea, incorporando al consultante VIH(+) en el sistema inmediatamente y así evitar el deterioro de salud de personas que desconocen su estatus. Por supuesto detrás de este supuesto hay otro demostrado reiteradamente como erróneo -mencionado al inicio de este documento y ya indicado en la Evaluación Nacional de la Consejería (2005)- de que el conocimiento es sinónimo de prevención.

Una opción frente al examen rápido es que, en vez de objetarlo, se prepare el terreno para implementarlo de manera prudente, a partir de las experiencias positivas de los servicios que tienen una tasa alta de retorno. Debería ser en ellos donde se debería pilotear el OraQuick o el test que sea, porque se conoce que tratan bien a la gente e instalaron la consejería como debe ser hecha, dentro de estándares mínimos.

Como parte de una estrategia que apunte a asegurar la eficacia e impacto de estrategia de consejería voluntaria con el test del VIH esta la posibilidad de plantearse la pregunta sobre el perfil del formador y el récord que éste tiene en cuanto a sus consultantes, a los resultados obtenidos y a la relación retorno/no retorno de los consultantes. En este sentido es conveniente analizar que la formación pueda estar a cargo de las mismas personas del sistema que demostrado un alto logro en los resultados de la consejería. Es legítimo, así, preguntar si la persona que imparte talleres y otorga diplomas en esta área, ha tenido éxito en sus procedimientos con personas reales o si su conocimiento es más

bien teórico. De allí que la evaluación de la formación y la capacitación no quede sólo en las sensaciones vividas por los asistentes a tales actividades, sino también a las experiencias ‘medibles’ de los formadores/capacitadores. Abrir el papel de entrenador al personal del servicio, es una forma de reconocer que el asunto no pasa exclusiva o principalmente por los ‘aspectos técnicos’, sino por la calidez, la empatía y la sabiduría acumulada.

BIBLIOGRAFÍA DE LA BÚSQUEDA INTERNACIONAL SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA

- Academy for Educational Development (1992) 'Training Module for HIV Test Counselors.' Washington: AED.
- Amaro et al. (2005) 'Heterosexual behavioral maintenance and change following HIV counseling and testing'. *J Health Psych* 10(2): 287-300.
- Baggaley, R (2002) "Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Una revisión global de las ventajas y dificultades".
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Becker, Drachman & Kirscht (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am Journal Pub Health* 64: 205-216
- Catania, Kegeles & Coates (1990). 'Towards an understanding of Risk Behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM).' *Health Education Quarterly* 17(1): 121-141.
- Centers for Disease Control (1993) "Technical Guidance on HIV Counseling" 42(RR-02).
- Centers for Disease Control (2003) *MMWR* 52: 329-332.
- Chamot et al. (1999) 'Gonorrhea incidence and HIV testing and counseling among adolescents and young adults seen at a clinic for sexually transmitted diseases.' *AIDS* 13: 971-999.
- Clark et al. (1998) 'Effect of HIV Counseling and Testing on Sexually Transmitted Diseases and Condom Use in an Urban Adolescent Population.' *Arch Pediatr Adolesc Med* 152: 269-273.
- Coates et al. (2000) "The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study: A Randomized Controlled Trial in Three Developing Countries." University of California, AIDS Research Institute, Center for AIDS Prevention Studies: San Francisco.
- CONASIDA/Red Nacional de Consejería en VIH/SIDA (2003) 'Discurso Preventivo común y consensuado'. Santiago: Ministerio de Salud/CONASIDA.
- Darrow, WW et al. (1999) 'Limitations of Counseling and Testing in CDC's Prevention Efforts.' *AIDS Behav* 3(3): 253-255.
- Dowsett, GW (1996) *Practising Desire: Homosexual Sex in the Era of AIDS*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Des Jarlais, Perlis, Friedman, Chapman et al. (2000) 'Behavioral Risk Reduction in a Declining HIV Epidemic: Injection Drug Users in New York City, 1990-1997.' *Am J Public Health* 90: 1112-1116.
- Díaz, RM (1998) *Latino Gay Men and HIV: Culture, Sexuality and Risk Behavior*. New York: Routledge.
- Elwy, R (2002) 'Effectiveness of interventions to prevent sexually transmitted infections and HIV in heterosexual men'. *Arch Intern Med* 162(16): 1818-1830.
- Farnham, PG et al. (2002) 'Cost-Effectiveness of Counseling and Testing to Prevent Sexual Transmission of HIV in the United States.' *AIDS Behav* 6(1): 33-43.
- Fergadiott, Alejandra y Mena, Marisol (s/f) Estudio a usuarios del centro de detección y consejería en VIH/SIDA. Santiago. Centro Romero Fonteberry (2002) 'Clinic based service program for increasing responsible sexual behavior'. *J SexResearch* 39(1): 63-66.

- Healton, Messero, Abramson, Sorin & Bayer (1996) 'A balancing act: The tension between case finding and primary prevention strategies in New York State's voluntary HIV counseling and testing program in women's healthcare setting.' *Am J Preventive Med* 12(suppl 1): 53-60.
- Hightower, LB et al. (2003) 'Failure to return for HIV post-test counseling in a STD clinical population.' *AIDS Educ & Prev* 15(3): 282-290.
- Holtgrave, DR et al. (1993) 'Human immunodeficiency virus counseling, testing, referral, and partner notification services. A cost-benefit analysis.' *Arch Intern Med* 153: 1225-12xx.
- Holtgrave, DR et al. (1995) 'An Overview of the Effectiveness and Efficiency of HIV Prevention Programs.' *Public Health Rep* 110(2): 134-146.
- Kalichman et al. (2005) 'Experimental components analysis of brief theory-based HIV/AIDS risk-reduction counseling for STI patients'. *Health Psych* 24(2): 198-208.
- Kamb, Fishbein & Douglas, et al. (1998) 'Efficacy of Risk-reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases'. *JAMA* 280(13): 1161-xxxx.
- Kahn, J. et al. (2001) 'Cost-Effectiveness of the Mpowerment Project, a Community-Level Intervention for Young Gay Men.' *J of Acquir Immune Defic Syndr* 27(5): 482-491.
- Kippax & Race (2003) 'Sustaining safe practice: twenty years on.' *Soc Sci & Med* 57: 1-12.
- Lurie, Avins & Phillips (1994) 'The Cost-Effectiveness of Voluntary Counseling and Testing of Hospital Inpatients for HIV infection.' *JAMA* 272(23): 1832-1838.
- Mattson, M (2000) 'Empowerment through agency-promoting dialogue: an explicit application of harm reduction theory to reframe HIV test counseling'. *J Health Commun* 5: 333-347.
- Miike, L (1994) 'External Review of the Federal Centres for Disease Control and Prevention HIV Prevention Program: Summary and Overview.' Washington: U.S. Congress/Office of Technology Assessment.
- Molitor, F (1999) 'Predictors of failure to return for HIV test result and counseling by test site type'. *AIDS Educ Prev* 11(1): 1-13.
- Myers, T et al. (2003) 'HIV testing and counseling: test providers experience of best practices'. *AIDS Educ Prev* 15(4): 309-320.
- Pinkerton, Johnson-Masotti, Holtgrave & Farnham (2002) 'A Review of the Effectiveness of Interventions to Prevent Sexual Transmission of HIV in the United States.' *AIDS Behav* 6(1): 15-31.
- Pinkerton, 'Cost-effectiveness of HIV preventions skills training for men who have sex with men'
- Prochaska, Norcross & DiClemente (1994). *Changing for Good*. New York: William Morrow.
- Rogers, CR (1946) 'Significant Aspects of Client-Centered Therapy.' *Am Psychol* 1: 415-422.
- Rosenstock, Strecher & Becker (1994). 'The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change.' In DiClemente & Peterson (eds.) *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*, 5-24. New York: Plenum.
- St Lawrence, Brasfield, Jefferson & Alleyne (1995) 'Theoretical Models Applied to AIDS Prevention.' Chapter 27 of Goreczny (ed), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology*. New York: Plenum.
- Sweat, Gregorich, Sangiwa, Furlonge et al. (2000) 'Cost effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania.' *Lancet* 356(9224): 113-121.
- Valdiserri, RO (1997) 'HIV counseling and testing: Its evolving role in HIV prevention.' *AIDS Educ Prev* 9(suppl B): 2-13.

- Valdiserri, Moore, Gerber, Campbell, Dillon & West (1993) 'Return rates for HIV posttest counseling: Implications for program efficacy.' *Public Health Rep* 108: 12-18.
- Weinhardt (1999) 'Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior: A Meta-Analytic Review of Published Research, 1985-1997.' *Am J Public Health* 89(9): 1397-1405.
- Winfield & Whaley (2002) 'A Comprehensive Test of the Health Belief Model in the Prediction of Condom Use among African-American College Students.' *J Black Psychol* 28(4): 330-346.
- Wolitski, RJ et al. (1997) 'The effects of HIV counseling and testing on risk-related practices and hep-seeking behavior.' *AIDS Educ Prev* 9(suppl B): 52-67.

ANEXO: RESÚMENES DE DOCUMENTOS SOBRE EFICACIA E IMPACTO DE LA CONSEJERÍA

1. “Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Una revisión global de las ventajas y dificultades”.

Autora/editora: Rachel Baggaley

Publicado por ONUSIDA en conjunto con Banco Mundial, UNICEF, PNUD, OIT, UNESCO y OMS. Versión española 2002

En el punto 1.4 hace una revisión de estudios que comprueban una reducción de infecciones usando la consejería (en el informe como APV) como medio más eficaz de cambio de comportamiento en comparación con la educación sanitaria por sí sola. En dos cuadros se resume 19 estudios de África subsahariana y Europa que muestran cambios en la conducta sexual y el aumento de uso de condón. De los 12 estudios mencionados en el primer cuadro, en tres de los casos hay un cambio no significativo en relación a: sexo sin protección y mantención de conducta de riesgo, o se observan cambios no significativos en el uso de condón en personas VIH+. En el cuadro de Europa el comentario es distinto ya que no muestra fehacientemente que el APV conduce a cambios a comportamiento sexual seguro, aunque *“el asesoramiento de parejas serodiscordantes ha demostrado ser muy eficaz en la prevalencia de la transmisión del VIH”*.

2. “Technical Guidance on HIV Counseling”

Division of STD/HIV Prevention

Publicado por CDC (centro para el control y prevención de enfermedades) 15 de enero, 1993 / 42(RR-02)

En: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00020645.htm>

Dice que *“en el análisis costo-beneficio de VIH-CTRPN indica que, aun con supuestos conservativos, los gastos de CDC en VIH-CTS resulta en un beneficio neto sustancial para la sociedad. Los implementadores y el equipo deben tener expectativas realistas sobre Consejería en VIH y test de VIH. A pesar que es un sólo episodio resultará en la inmediata y permanente adopción de comportamientos seguros, consejería centrada en el cliente servicios que atienden a la prevención contribuyen a la iniciación y mantención de conductas sexuales más seguras”*.

3. “The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study: A Randomized Controlled Trial in Three Developing Countries”

Autor: Thomas J. Coates

(Web:<http://www.caps.ucsf.edu/capsweb/publications/VCTS2C.pdf>). Junio 2000

Estudio efectuado en Nairobi, Kenya, Dar es Salam, Tanzania y Port of Spain, Trinidad.

Los cinco resultados señalados fueron: 1. -El VCT (consejería voluntaria y test de elisa) para VIH-1 reduce la cantidad de relaciones sexuales no protegidas con parejas no primarias entre hombres y mujeres que se hacen el test y reciben consejería de forma independiente de su pareja

primaria. 2.- Individuos que obtuvieron el test de VIH positivo redujeron sus relaciones sexuales no protegidas con pareja primaria y no primaria en mucho mayor grado que los VIH negativo. 3.- Parejas que juntas recibieron consejería y se hicieron el test de Elisa redujeron las relaciones no protegidas en mayor grado que las parejas que recibieron al azar y que solamente recibieron educación en salud y información. 4.- Parejas serodiscordantes fueron mucho más proclives a reducir las relaciones sexuales no protegidas entre ellos que en las parejas en donde ambos no estaban infectadas. 5.- La consejería es altamente beneficiosa en la relación costo-efectivo en prevención en países en desarrollo, comparable con otras estrategias probadas de prevención, como los servicios de ITS y acceso universal a Nevirapine para mujeres embarazadas en lugares de alta prevalencia.

Que hay de especial de VCT?

Cuando las terapias avanzadas de VIH no están disponibles esta herramienta provee las oportunidades únicas a individuos y parejas: conocimiento para que las personas seropositivas puedan tomar decisiones vitales. 2.- las personas pueden buscar cuidado y apoyo psicosocial. 3.- recibir asistencia en reducción de riesgo individualizada, basado en su seroestatus y relaciones sexuales. 4.- las parejas pueden conocer su seroestatus juntos y aprender como manejar las diferentes etapas. 5.- decisiones de tener más hijo o si se puede amamantar y arreglos para el cuidado y apoyo a sus hijos/as.

Las intervenciones y consejería en VIH están basadas en el modelo planteado por los centros de EE.UU de CDC (Center for Disease Control and Prevention) centrado en el consultante y las directrices del programa de SIDA de la OMS.

En las conclusiones del mismo artículo los autores nos dicen que: “El análisis costo-efectividad ofrece una perspectiva crítica para los tomadores de decisiones que buscan mayor impacto a menor gasto en prevención de VIH. Hay también amplia evidencia sobre el costo-efectividad en las amplias modalidades de intervención. Nuevos gastos en estas intervenciones, particularmente en aquellos grupos de alto riesgo (o PV= población vulnerable) y implementado tempranamente en el desarrollo de la epidemia, son capaces de producir dramáticos cambios en la reducción de la incidencia (o sea N° de infecciones) en VIH. Estos programas logran importantes beneficios de salud y en algunos casos hasta logran ahorrar dinero que puede usado para otros aspecto en la prevención y cuidado de VIH. Estos datos debieran ser considerados muy cuidadosamente e incorporados en el proceso de la planificaron de prevención del VIH y prioridades de cada país”.

Se argumenta a favor de la implementación de la consejería particularmente en Poblaciones Vulnerables y como modalidad de reducir las cantidades de infecciones por año.

4. “We Know What Works in HIV Prevention - Why Aren't We Doing More of It?” (“Sabemos que es lo que funciona en la prevención de VIH- ¿por qué no estamos haciendo mas de ello?”)

Autores: Thomas J. Coates y Pamela DeCarlo

Publicado por: UCSF

Web: www.caps.ucsf.edu/workstext.html

En este artículo se plantea que logrando una baja en los índices de conducta de riesgo, se tendría el efecto inicial de frenar un 50% de la actual tendencia en EE.UU de infecciones anuales, que asciende a 41.000 anuales. Para eso se apoya en el estudio epidemiológico, efectuado en San Francisco, de Blower y McClean (artículo en *Science*, Vol 287, Issue 5453, 650-654 , 28 January 2000)

Como en esa ciudad la infección tiene una alta prevalencia en los drogadictos, hay una dificultad de instalar el tema de prevención y que proveer uso de jeringas no necesariamente conlleva a un mayor consumo de drogas ilícitas. Tampoco los consultorios, con sus largas listas de espera, logran atender a las personas que solicitan tratamiento; hay una expulsión del sistema regular de salud de las personas de Poblaciones Vulnerables.

Se demanda al estado a levantar la prohibición de subsidiar los programas que promueven uso de jeringas, y a que el gobierno debería hacer una ley para entregar una educación real y apropiado para su edad de sexualidad, drogas y VIH que incluyan discusiones sobre homosexualidad y contracepción.

World AIDS Conference [1998 - Geneva](#) - "Bridging the Gap"

5. "Voluntary HIV counselling and testing (VCT) reduces risk behavior in developing countries: results from voluntary counselling and testing study"

Autores: T. Coates y G. Sangiwa (abstract 133/33269)

Web: <http://www.caps.ucsf.edu/Genabstracts.html>

El artículo tiene como objetivo de determinar el impacto de la VCT (consejería voluntaria con test) en la conducta sexual en tres países en desarrollo (Nairobi, Kenya; Dar El Salam, Tanzania; y Port of Spain, Trinidad.). La muestra total fue de 3.120 personas seleccionadas al azar que recibieron VCT (consejería pre y post centrada en el cliente) o información de salud estandarizada (HI).

Según los resultados del estudio, bajan las relaciones sexuales no protegidas en parejas estables, bajan en mayor proporción las relaciones sexuales no protegidas con parejas ocasionales, y lo mismo sucede en relaciones sexuales con pareja de comercio sexual.

6. "Effectiveness of Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections and HIV in Heterosexual Men"

Autora: Rani Elwy

Publicado por: *Arch Intern Med.* Vol. 162, 9 de septiembre 2002.

Web: www.archinternmed.com

La autora establece que en su revisión de 27 estudios (Estados Unidos, Australia, Kenya, Brasil, Senegal, India, Namibia, Escocia, Mozambique y Tailandia), no se vio una efectividad de la consejería en pacientes VIH-, pero si tiene una efectividad en pacientes VIH+. Un dato a tomar en cuenta, relacionado con las consejerías, es que en cuatro estudios sobre prevención (en las cuales se aprendía negociación

sexual, uso de condón y demostración y reducción de riesgo), con aplicación de test de VIH y consejería *in situ* de trabajadores arrojó como resultado que se bajara la frecuencia de incidencia en ETS y que bajara el número de parejas de esos hombres. Uno de estos estudios no fue tan efectivo, como sí lo fueron los otros; se hizo con monitores de trabajadores de puerto que reclutaban a los otros trabajadores para trabajar la consejería grupal o individual, y que tuvieron los mismos logros mencionados, pero que no pudieron cambiar la actitud de los hombres frente al condón y sus conocimientos generales respecto a VIH SIDA. También en cinco intervenciones en clínicas de ETS reportaron efectividad en el comportamiento sexual de hombres. Un estudio reportó efectos en un grupo experimental con sesiones grupales de consejería.

En la parte final del texto la autora no logra establecer un patrón o modo único efectivo de intervención en todas las situaciones, en la reducción de índice de contagio de ETS y VIH, por la heterogeneidad de los grupos de hombre en estudio. Nuevamente se confirma en las conclusiones la efectividad de la consejería *in situ* de aquellos que fueron previamente fueron reclutados por compañeros de trabajo. La efectividad varía dependiendo también en el tipo de consejería entregada, fuese individual, grupal con solo hombres o solo mujeres etc.

7. “Cost-effectiveness of Counseling and Testin to Prevent Sexual Transmission of HIV in the United States” (“El calculo gasto-efectividad de la consejería y test de Elisa en la prevención de transmisión sexual del VIH en los EE.UU.”)

Autor: Paul G. Farnham

Publicado por: Revista *Aids and Behavior* vol. 6, N° 1, marzo 2002

Se revisa el costo-efectividad de la consejería y test de Elisa en una variedad de contextos y poblaciones para prevenir la transmisión del VIH, y se discute cómo los múltiples y cambiantes objetivos han influido las evaluaciones económicas de estos programas. La literatura indica que estas intervenciones son generalmente efectivas en la reducción de costos cuando las poblaciones seleccionadas son grupos de VIH + o individuos de alto riesgo. A pesar que existe todavía la discusión sobre la efectividad de la consejería sobre el cambio de la conducta sexual en individuos, éste indica que sí hay cambios. Por estas razones, la consejería en VIH y el test de Elisa debiera ser parte de la estrategia general que también incluye intervenciones mas intensas de prevención de riesgo de contagio sexual, así como las aproximaciones individuales, de pequeños grupos y a nivel comunitario.

8. “To Test or Not to Test: Are Hispanic Men at Highest Risk for Getting Tested?” (“Hacerse o no hacerse el test de VIH: ¿tienen los hombres hispanos mas alta probabilidad de hacerse el test?”).

Autor: M.I. Fernandez

Publicado por: *AIDS Care* 2002, vol 14, N° 3 pag. 375-384

Este estudio examinó como la historia de tests en VIH y las intenciones a futuro de hacerse el test estaban relacionadas con el riesgo sexual y las percepciones de riesgo en una comunidad de hombres hispanos.

La muestra de 1.052 hombres hispanos. Esta muestra es notable en su representatividad de la diversidad de hombres hispanos, una alta participación de aquellos nacidos fuera de EE.UU, y la inclusión de heterosexuales y hombres que ha tenido sexo como hombres (HSH). Se uso muestreo basado en área para reclutar personas en lugares públicos. La información fue recolectada mediante entrevistas anónimas estructuradas entre diciembre de 1999 hasta febrero de 2001. Las frecuencias de test total en la vida era alta (76%), pero sólo un 45% se había hecho el test en los últimos 12 meses).

Los resultados indican que el grupo de hombres de más riesgo- HSH con más de una pareja y con ETS- tenían más probabilidad de hacerse el test de VIH recientemente, que hombres con menos riesgo. Siendo HSH y habiéndose hecho anteriormente el test permite predecir futuras intenciones de hacerse el test. Los usuarios inconsistentes en el uso de condón, con más de cinco parejas, tenían menos probabilidad de intención de hacerse el test, que los hombres con más de cinco parejas que usan el condón de manera consistente. El estudio de hombres que han prevenido con éxito una rutina de prevención del VIH, incluyendo el test, apoyarían la idea de trabajar en ese grupo específico la prevención.

9. Promoting HIV Testing Among Never-tested Hispanic Men: A Doctor's Recommendation May Suffice (“Promoviendo el test de VIH entre hombres hispanos primerizos: Puede ser suficiente con la recomendación del doctor”).

Autores: Isabel Fernández et al.

Publicado en: Revista *Aids and Behavior*, vol.17 N° 3, septiembre 2003.

Este estudio examinó los factores asociados a las intenciones de hacerse el test de VIH entre una muestra de 255 hombres hispanos que nunca lo habían realizado. Comparó hombres que tenían la intención de hacerse el test, dentro de los próximos seis meses, con aquellos que no la tenían, y hombres que sólo tenían la intención hacerse el test en el día mismo día de la entrevista, con aquellos que pretendían hacerlo dentro de seis meses. A un ochenta y cuatro por ciento de los hombres nunca se les habían ofrecido hacerse el test. Aun así, según el estudio, el ochenta y seis por ciento declara que hubiese aceptado si su doctor lo recomendase. El más sólido predictor multivariado para la intención de hacerse el test es la voluntad para aceptar un test que sea apoyado por un médico. Estos hechos muestran la importancia de motivar a los médicos, particularmente en las áreas de alto predominio del VIH, a que recomienden rutinariamente el hacerse el test. Los datos también sugieren que para algunos hombres, hay un lapsus de tiempo en el que se encuentran motivados para hacerse el test, pero que ello no persiste en el tiempo.

10. Clinic Based Service Program for Increasing Responsible Sexual Behavior

Autor: Dennis Fonteberry

Publicado por: *The Journal of Sexual Research*. Febrero 2002: vol. 39: N° 1 pag. 63-66.

El trabajo se centra en programas de educación sexual basado en el trabajo en las clínicas (Estados Unidos). Son básicamente tres las áreas de programas revisados y evaluados, a) programa educacional de consejería en clínicas, b) programa de repartición de condones en escuela y clínica, y c) programa de seguimiento de ETS VIH en clínicas. En el artículo se establece que cuanto más personalizada, menos general y

menos recomendaciones se den, más efectiva es. Se habla de que aumenta en un 10% a 15% el uso de condón. Se plantea que es falsa la presunción de que cuanto más extensivo en el tiempo, implica un impacto más efectivo; la consejería más intensiva y mejorada no es efectiva si pasa más de 6 meses desde que se inició. Aunque no se ha establecido el momento y extensión de tiempo óptimo para la intervención. (Hay que recordar que hay tres tipos de consejería: corta e intensiva de no más de 3 sesiones; media, de seis a siete sesiones, y la prolongada, que es casi un apoyo psicosocial, es más de las siete sesiones de consejería).

El autor concluye que estos tipos de programas mencionados logran un cambio en la conducta sexual, en tanto conocimientos y práctica, sin embargo el efecto general es modesto en el mejor de los casos, porque el cambio de comportamiento se ve limitado unos meses posteriores a la intervención. Por tanto estos resultados encontrados, dice el autor, apoyan una campaña que promueve el comportamiento sexual seguro dentro el contexto de salud sexual sana.

11. “Failure to Return for HIV Posttest Counseling in a STD Clinical Population”

Autores: Lisa B. Hightow et al.

Publicado por: *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 282-290, 2003.

Se concentra en la tasa de no retorno de personas testeadas positivas por VIH y el gasto en el seguimiento y localización de estas (North Caroline, Estados Unidos). El estudio indaga sobre la extensión y las características asociadas al índice FTR (en inglés falla de retorno al test) para consejería post-test de personas que se hacen el test de VIH en la visita a una clínica de ITS. En la muestra se incluyó 101 personas recién diagnosticadas VIH + y 411 personas VIH- durante un periodo de 5 años. En total, 55% de los sujetos no volvieron para saber los resultados de sus test. Factores asociados al no retorno es el historial de hacerse el test, características demográficas, y diagnóstico del ITS. Les tomaba un promedio de 12 días para el personal médico de ubicar a la persona que no retornaba a su recoger sus resultados.

El estudio concluye que el no retorno a buscar los resultados del test del VIH es un problema significativo, porque representa una oportunidad crucial para prevenir la posibilidad de adquirir o transmitir la infección. La consejería y el test continúan jugando un rol significativo en la lucha contra la epidemia, sin embargo es así cuando el consultante sigue el proceso completo del test.

12. “Understanding Implications of Considering the Cost-effectiveness of HIV Prevention Programs” (“Comprendiendo las implicancias de considerar el costo-efectividad de programas de prevención”)

Autor: D. Holtgrave.

Conferencia Nacional de Prevención de VIH 2003. Julio, 27-30

El análisis de costo-efectividad (ACE) es una forma cuantitativa de política que esta diseñada para examinar y sintetizar los recursos utilizados y consecuencias de salud causadas por programas de salud pública o intervenciones relativas a otras actividades de salud pública. Una forma particular de ACE –llamado análisis de costo-utilidad (ACU)- ha sido recomendado por el Comité de EE.UU de Costo-efectividad en Salud y Medicina. ACU expresa los recursos gastados o consumidos y los beneficios derivados como índice de costo-por-

calidad de años vida-ahorrado (costo QUALY). El análisis ACU puede ser usado como modo de informar a las autoridades que deben tomar decisiones en esta área, así como informarles que deben priorizar áreas (como puede ser el caso de diferentes tipos de prevención). El propósito del documento es revisar el uso actual del ACU, en particular discutir detalles de unos casos en donde el ACU ha sido usado, y en casos que el ACU debió ser usado pero que no fueron considerados o ignorados. Además, se discute las consecuencias de considerar el ACU como parte de la toma de decisiones en la Salud Pública.

13. “Human Immunodeficiency Virus Counseling, Testing, Referral, and Partner Notification Services. A Cost-benefit Analysis”.

(“Consejería en VIH, test de Elisa, derivación, y servicios de notificación a la pareja. Un análisis costo-beneficio”). Sin acceso a texto completo.

Autores: D. R. Holtgrave, R. O. Valdiserri, A. R. Gerber and A. R. Hinman

Publicado por: *JAMA* Vol. 153 N° 10, May 24, 1993 National Center for Prevention Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.

Antecedentes: Los centros para la prevención y control de enfermedades (Atlanta, EE.UU.) entregan más de 100 millones de dólares para estados, territorios y ciudades para la consejería en VIH, derivación y servicios de notificación a la pareja. Dado lo montos de los gastos es necesario e importante considerar los beneficios neto de estos servicios. Se comparan los costos y beneficios económicos que fueron financiados con dinero fiscal en la CTRPN (abreviación de consejería, test, derivación y notificación de la pareja).

Métodos: Análisis estándar de costo-beneficio. Se aplica una perspectiva societal. Las presunciones en el análisis de caso base fueron las siguientes: sin dinero fiscal los servicios de CTRPN no debieran ser entregados; 2.- por cada 100 VIH seropositivo identificado por los servicios de CTRPN por lo menos 20 nuevos casos son evitados; 3.- por más de cada cien dólares gastado directa e indirectamente en servicios de CTRPN aproximadamente otros 60 son gastados en alertar a las personas sobre el VIH y la existencia de los servicios CTRPN.

El análisis de sensibilidad fue ejecutado para explorar la firmeza de los resultados del caso base para los otros cambios los supuestos del modelo.

Resultados: bajo los supuestos base, los costos directos, indirectos y adicionales del programa de CTRPN en 1990 fueron de U\$188.217.600 dólares. Con una tasa de descuento del 6%, los beneficios económicos estimados de estos gastos fueron de U\$3.781.918.000. El índice costo-beneficio es de 20.09. Los análisis de costo beneficio mostraron que el índice de beneficio-costo es mayor que 1 en todos los casos considerados.

Conclusiones: El análisis de costo-beneficio recomienda muy enfáticamente que los servicios financiados con dinero fiscal resultan en una ganancia económica neta para la sociedad.

14. "Cost-Effectiveness of the Mpowerment Project, a Community-Level Intervention for Young Gay Men"

Autores: James Kahn et al.

Publicado por: *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 27(5):482-491, August 15, 2001

El proyecto es una intervención a nivel local, comunitario (Albuquerque, EE.UU), para hombres jóvenes homosexuales y es un estudio retrospectivo del costo evitado en infecciones de VIH. Se hace un análisis retrospectivo de la efectividad en gasto-efectividad en intervención con jóvenes hombres gay durante un período de hasta 20 años. El estudio se hace por tres medios principales que son: alcance en grupo de pares, talleres grupales únicos de tres horas cada uno, y campaña continúa dentro de la comunidad gay. El costo se calculó desde tres perspectivas: societal, societal excluido el trabajo voluntario, y desde una organización de base de la comunidad. Los resultados fueron calculados para una línea basal de 20 años. Los resultados obtenidos señalan que se evitó un estimado de 2.0 hasta 2.3 infecciones de VIH en el primer año, 5.0 hasta 6.2 en un período de 5 años, y de 9.2 a 13.1 en 20 años. El costo societal por infección de VIH fue estimado entre U\$14.600 y 18.300 sobre 5 años.

Se concluye que el costo-efectividad del Mpowerment Project es mejor que otras estrategias de prevención.

15. "Puede el análisis de costo-efectividad ayudar en la prevención de VIH"

Autores: James G. Kahn, Steven D. Pinkerton, David R. Holtgrave.

Publicado por: (<http://www.caps.ucsf.edu/costo-efectividad.html#6>) Revisado en enero del 2002.

En este artículo se formulan una serie de preguntas a las que se les da respuesta: ¿Por qué invertir en prevención? ¿Qué es el análisis de costo-efectividad? ¿Cuáles son las limitaciones? ¿Qué programas son costo-efectivos? Y ¿Qué demuestra el análisis de costo-efectividad?.

Se señala que la prevención del VIH sigue siendo la mejor esperanza de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA. Se calcula que el costo de atención médica y otros cuidados para una sola persona VIH+ es de U\$195.000 durante el transcurso de su vida

El término análisis de costo-efectividad se refiere al análisis económico de una intervención. En la prevención del VIH, el costo de cada infección que se evite representa una medida de costo-efectividad. El propósito del análisis costo-efectividad es cuantificar como diversos factores (de la intervención, del número de personas alcanzadas, sus conductas riesgosas e incidencias de VIH y la eficacia de la intervención para cambiar la conducta) se combinan para determinar el valor general de un programa. El análisis de costo-efectividad puede determinar si una intervención reduce costos o si es costo-efectiva.

Se ha comprobado el costo-efectividad de diversas intervenciones entre ellas la consejería en proyectos como LIGHT, Safer Choices y Mpowerment.

Se entrega datos sobre el costo por infección y la efectividad económica en evitar infecciones como el hecho de que “*se ha comprobado el costo-efectividad de varias estrategias de intervención para usuarios de drogas inyectables: el intercambio de jeringas (unos \$4,000-40,000 por infección de VIH evitada, o IVE), pruebas del VIH y consejería (\$5,000-10,000 por IVE) y tratamiento de la drogadicción (\$40,000 por IVE, una cifra que tal vez no incluya otros beneficios importantes como la reducción de la delincuencia)*”.

Las limitaciones no pueden ser generalizables ya que dependen de los índices de contagio, las conductas de riesgo que varía de población en población. Además no se toma en cuenta el estigma y justicia social. Se dice que en el proyecto “Safe Choices” se ahorra 2.65 dólares en gastos médicos y sociales (para atender al que haya sido infectado) por cada dólar gastado en el programa. En países en vías de desarrollo se menciona que el costo efectividad es mayor porque la agresividad de la epidemia es distinta.

16. “Experimental Components Analysis of Brief Theory-based HIV/AIDS Risk-Reduction Counseling for STI Patients”

Autores: Seth C. Kalichman et al.

Publicado por: *Health Psychology* 2005, vol24, nr 2, 198-208.

Se habla de la aplicación del modelo IMB (Information-Motivation-Behavioral Skills) en 432 hombres y 193 mujeres (Milwaukee, Estados Unidos) que recibieron servicios en clínicas de ETS. Hombres que recibieron todas las sesiones (en 1 a 4 grupos de 90 minutos), los participantes fueron seguidos por 9 meses y monitoreado por ETS durante 12 meses.

En los hombres que recibieron las sesiones completas de IMB evidenciaron el uso relativamente mayor en las aptitudes de reducción de riesgo y una baja en el número de relaciones sexuales no protegidas durante un seguimiento de 6 meses, teniendo menos ETS nuevas. Para las mujeres las consejerías motivacionales fue donde se mostró los resultados más positivos. Los resultados sugieren que solamente una breve sesión de consejería preventiva puede reducir el riesgo de contagio del VIH.

Aunque este artículo promociona la consejería como modalidad de prevención no profundiza en la efectividad en reducción costo en prevención.

17. “Efficacy of Risk-reduction Counseling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases”

Autores/as: Mary Kamb, Martin Fishbein, John M. Douglas et. alter.

Publicado por: *Journal of the American Medical Association* (10/07/98) Vol. 280, N° 13, P. 1161

En este texto fundamentalmente se concluye que los cuatro grupos control muestran diferencias significativas en cuanto a la efectividad entre la consejería e intervenciones menos intensivas. Por tanto en sus conclusiones se clarifica que usando consejería de corto plazo para planes personalizados de reducción de riesgo se puede incrementar el uso del condón y prevenir nuevas infecciones de ETS

18. “Repeat HIV Testing: High Risk Behaviour or Risk Reduction Strategy?” (“Repetición del test de VIH: ¿comportamiento de alto riesgo o estrategia de reducción de riesgo?”)

Autora: Samantha Leaity

Publicado en: Revista *AIDS*, N° 14 2000, pag. 547-552.

El objetivo de este artículo es examinar las características de personas que van por primera vez a hacerse el test y aquellos que repiten el test, y considerar sus implicancias para la consejería y test de VIH.

Métodos: un cuestionario anónimo que fue respondido por aproximadamente 1.500 personas que solicitaba hacerse el test de VIH - entre septiembre de 1997 y julio de 1998- en una clínica de Londres. La información fue recolectada sobre sus respuestas en torno a sexo penetrativo no protegido (SPnP) en los 3 meses previos y razones de por qué se estaba tomando el test VIH.

Resultados: En general el 50,6% (721 del total de 1.446) fueron personas que ya se había hecho el test. Los hombres homosexuales en un 71,7%; los hombres heterosexuales en un 42,1%. y mujeres heterosexuales en un 38,6%. No fueron encontradas diferencias significativas en la frecuencia de sexo penetrativo no protegido. Sin embargo, hombres homosexuales que reportaron tres o más test anteriores tenían mas probabilidad de reportar sexo penetrativo no protegido (42,2%) que aquellos que tenían uno, dos o ningún test previo test de VIH. (Para los/as heterosexuales fue de 35,3% en hombres heterosexuales y 25,4 en mujeres heterosexuales). Más de la mitad de los hombres y mujeres heterosexuales y un tercio de los hombres homosexuales dijeron que estaban buscando hacerse el test de VIH porque estaban iniciado una nueva relación; estas proporciones no difieren mayormente entre los que van por primera vez y lo que repiten el test VIH.

Conclusión: En esta clínica de Londres que se hacía (hace) el test de VIH, no fueron encontradas diferencias significativas en la frecuencia de SPnP entre los primerizos y los que iban por segunda, tercera o cuarta vez, con la excepción de hombres homosexuales con historial de 3 o más test de VIH, que reportaron elevados niveles de conductas sexuales de alto riesgo. Para muchos, el hecho de volver a hacerse el test se torna como parte de sus estrategias de reducción de riesgo para establecer cero concordancia con su pareja regular. La consejería en el test de VIH entrega la oportunidad para enfocarse en comportamiento sexual de alto riesgo y reforzar las estrategias de reducción de riesgo de infección ya implementadas a nivel personal.

19. “Social, Cultural and Sexual Behavioral Determinants of Observed Decline in HIV Infection Trends: Lessons from the Kagera Region, Tanzania” (“**Determinantes sociales, culturales y de conducta sexual en la baja de infecciones de VIH: lecciones de la región de Kagera, Tanzania**”)

Autor: Joe Lugalla *

Publicado por: *Social Science and Medicine* 59 2004, pag. 185-198

Web: www.elsevier.com/locate/soescimed

Este artículo muestra un seguimiento (estudio longitudinal) hecho en el proyecto KARP (Kagera AIDS Research Project), en la tendencia decreciente (por su intervención) en las prevalencia y incidencia de las infecciones VIH en la región de Kagera, Tanzania.

El estudio usó entrevistas en profundidad, focus grup, observaciones de terreno y acotaciones etnográficas para recolectar la información necesaria. Los datos encontrados sugieren, siguiendo a los autores, que desde los tiempo iniciales de la epidemia en el país, ha habido cambios significativos en el comportamiento, normas y valores y tradiciones que son consideradas de alto riesgo en la transmisión del VIH. Los datos muestran un aumento en el uso de condón, abstinencia, pareja única y toma voluntaria del test de Elisa, mientras que las prácticas tradicionales como la poligamia, herencia de viuda, excesivo consumo de alcohol y promiscuidad (sexual networking) están en el declive. Se sugiere que estos cambios se están dando debido al severo golpe de la epidemia en esta región y a las intervenciones que se han realizado en la zona desde 1987. Estas intervenciones han consistido principalmente en educación de salud, distribución de condones, educación de SIDA en los colegios y aplicación del test.

20. The Cost-effectiveness of Voluntary Counseling and Testing of Hospital Inpatients for HIV Infection (“El costo-efectividad de la consejería voluntaria y test en los hospitalizados VIH+”). Sin acceso a texto completo.

Autora: P. Lurie, A. L. Avins.

Publicado por: *JAMA*. Vol. 272 N° 23, December 21, 1994

Objetivos del estudio: Evaluar la consejería y test en los hospitales para los hospitalizados por VIH (California, EE.UU)

Fuente de datos: Data que se ingresó al modelo derivó de la revisión de la literatura, entrevistas a expertos, y consensos de los autores. Modelos de análisis de decisión fueron desarrollados para evaluar dos egresos: uno, el costo por cada trabajador de salud (en inglés HCW) que evita una infección de VIH si son tomadas las medidas por HCW para reducir el riesgo de contraer el VIH; y dos, el costo por hospitalizado detectado con VIH.

Usando valores de ingreso base, haciendo test para evitar la infección de VIH se puede prevenir 3.6 contagios por año con un costo total de programa de US\$ 2.7 billiones, o un costo de US\$ 753 millones por infección evitada. Con supuestos de base (seroprevalencia = 1%) el test para detectar los hospitalizados con VIH costaría US\$16.104 por año y por infección. Costo-efectividad en la línea de base baja a US\$8.353 por infección de VIH detectada si la seroprevalencia es de 10%. Si el test es limitado a los hospitales con hospitalizados con seroprevalencia a menos del 1%, aproximadamente 5.400 personas por año serán erróneamente clasificados con VIH+.

Conclusiones: El monitoreo de los pacientes para detectar infección de VIH podrá ser justificada para una seroprevalencia que sobrepasa el 1%, pero deben ser resuelto primero problemas relacionados con la discriminación medica o social, los resultados positivos falsos, el consentimiento informado y cuestiones de logística.

21. Systematic Review of HIV Behavioral Prevention Research in African Americans

Autora: Lynae A. Darbes,

University of California March 2002

Publicado por: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-07-04-09#S5X>

Este trabajo revisa 52 estudios con alta calidad metodológica. Realizados a heterosexuales, adolescentes, IDU, y HSH que se centraron en el grupo de riesgo de afro-americanos.

Más de la mitad de los 52 estudios revisados mostraron cambios significativos en las conductas sexuales de riesgo. Esto muestra que las intervenciones pueden tener un impacto positivo hacia el cambio de comportamiento. El uso de condón fue el egreso más común para evaluar el riesgo, en conjunto con el número de parejas, y la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, estos resultados positivos no duraron en tiempo. Por ejemplo los cambios positivos que fueron recolectados en los seguimientos al tercer y sexto mes se disiparon al mes nueve y doce, y el grado de comportamiento fue aumentando gradualmente. Es imposible, según los autores, estimar el impacto de intervenciones que reportan resultados positivos, pero que tuvieron un cambio efectivo en corto plazo.

Componentes de la intervención efectiva.

Algunos de estos componentes fueron: entrenamiento de aptitudes, sensibilidad cultural, sensibilidad de género e intervenciones de largo plazo.

22. “Cost-Effectiveness of HIV Prevention in Developing Countries” (“Costo efectividad de Prevención en VIH en Países en Desarrollo”. *Capítulo: Consejería voluntaria y test*).

Autores: Elliot Marseille et al.

University of California San Francisco September 2002

Publicado por: HIV InSite, Knowledge Base Chapter

Web: <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-04#S4X> Fecha. 2005-06-23

El estudio más definitivo, en relación al costo y el costo-efectividad de la consejería voluntaria en VIH, fue efectuada en el contexto de un ensayo controlado seleccionado al azar en Tanzania y Kenya. Las medidas de los resultados incluyeron tanto el costo por infección evitada como el costo DALY (término usado ampliamente para medir los beneficios en salud y el denominador de esta ecuación es Disability-Adjusted Life-Year, o DALY).

El estudio examinó los cambios en costo-efectividad de CVT (consejería voluntaria y tests) por la variación en la prevalencia de VIH en la población consultada. Fue también documentado el efecto de variación de consultantes recibidos con CVT con pareja, comparado con individuos solos. El costo por infección de VIH evitada fue de 249 dólares y 346 dólares en Kenya y Tanzania respectivamente, y el costo del DALY fue de 13 y 18 dólares respectivamente. La intervención fue más efectiva con las personas VIH+ y aquellos que recibieron CVT

en pareja. CVT permaneció efectivo en el costo en un amplio rango de análisis. En el análisis del cómo se concentra la intervención mostró que una creciente proporción de las parejas (70%) reduce el costo del DALY, evitado hasta los 11 dólares en Kenya y 13 dólares en Tanzania, y que en la población con VIH+, la prevalencia de 45% bajó en costo por DALY. Y se salvó hasta 8 dólares en Kenya y 12 dólares en Tanzania. Concentrarse en personas VIH+ es también una estrategia muy costo-efectiva ya que están más dispuestas a cambio de comportamiento en comparación las personas que no están infectadas. Por consultante el costo reportado de CVT en este estudio fue de 29 dólares en Tanzania y 27 dólares en Kenya. Estas son un poco más altas de otras estimaciones. Si estas estimaciones de costos de los ensayos en Kenya y Tanzania exceden los costos en la mayoría de las otras locaciones, nos sugiere que la CVT es aún más costo-efectiva que reportado en este estudio.

En las conclusiones de este texto están presentes básicamente las mismas afirmaciones a los cuales apela Pinkerton cuando habla de la necesidad de tener estas tablas para facilitar la toma de decisiones en la colocación de recursos limitados para la prevención del VIH/SIDA.

23. “Empowerment Tought Agency-promoting Dialogue: An Explicit Application of Harm Reduction Theory to Reframe HIV Test Counseling”

Autor: Marifran Mattson. Departamento de Comunicación, Universidad de Pardue West Lafayette, Indiana, USA.

Publicado por: *Journal of Helath Comunication*, 2000, vol. 5, pag. 333-347.

La autora plantea la necesidad de reformular el actual protocolo de CDC en la aplicación de las consejerías relacionadas con los test de VIH. La autora critica la metodología aplicada en la formación de los consejeroas/as. La relación tradicional de jerarquía de consejero y consultante debiera ser evitada a favor de una relación simétrica que produzca más empatía y apoyo, de manera tal que favorezca una interacción que empodere al cliente. Se propone una definición de la consejería, como *un dialogo y una relación continua que busca prevenir la transmisión del VIH y proveer apoyo psicosocial a los afectados, directo e indirectamente, por el VIH. En pos de lograr estos objetivos, la consejería busca promover y aumentar la autodeterminación, mejora la confianza en sí mismo, mejora las relaciones en la familia y comunidad y la calidad de vida.* Sin embargo, dice que esta definición no se concreta en la práctica, porque los consejeros tratan de aplicar al pie de la letra su agenda de entrevista y aplicación de las estrategias conversacionales de amenaza sobre el VIH. Según la autora esta aproximación del todo-o-nada debe ser remplazada con una aproximación que incentivo a los consultantes a aceptar la precariedad de la enfermedad mientras se revisa su propia habilidad de adoptar comportamientos para evitar la enfermedad.

El modelo que se propone, en relación a como se aplica la consejería es el TRD (Teoría de Reducción de Daño) señala apartarse de los modelos médicos de un solo sentido -de consejero-consultante- a favor de aproximaciones mas “realistas”, mas implicadas con el consultante, y colaborativas para promover la salud sexual. Las críticas que se hacen son básicamente dos. Primero, la práctica en sí, por cuanto ésta busca asustar al consultante frente al posible contagio del VIH, sin considerar su relato; segundo, no escuchar al consultante sobre su comportamiento y evaluación de su conducta sexual. En los relatos presentados la autora argumenta que el consejero no considera cosas relevante en el momento de la entrevista fuera de la pauta que lleva consigo. En torno al modelo de CDC otra crítica es que se debe cambiar la relación jerárquica del consejero/consultante. El consejero debe aprender a escuchar más y no descargar la batería del

deber/hacer, que puede tener que ver poco o nada con el sentido del relato del cliente que tiene al frente. Justamente esta relación más simétrica, empática y presente es lo que según la autora sería el modelo TRD (Teoría de Reducción de Daño) a aplicar, y que así se buscaría recalibrar los protocolos y entrenamiento de consejería actuales.

24. “Evidence of Changes in Sexual Behaviours Among Male Factory Workers in Ethiopia” (“Evidencias de cambios en el comportamiento sexual entre hombres que trabajan en fábricas en Etiopía”).

Autor: Yared Mekonnen et al.

Publicado por: Revista *AIDS* N° 17, 2003, Pág. 223-231.

El objetivo del artículo es evaluar los cambios en la conducta sexual entre hombre que trabajan en fábricas en Etiopía. Diseño: población de dos fábricas cercanas a Addis Abeba. Data y Métodos: En el inicio y en las visitas bianuales de seguimiento, la información fue recolectada sobre la conducta sexual, incluyendo sexo casual, sexo con trabajadoras sexuales, uso de condón, historia de ETS como úlcera genital. A todos los participantes les fue ofrecida Educación en salud, test de VIH, y consejería.

Resultados: entre febrero 1997 y diciembre 1999, 1.124 hombres fueron partícipes en dos grupos de estudio. En el inicio, la prevalencia de sexo casual en el año fue de 9.7%, sexo con trabajadoras sexuales de 43.4%, uso de condón con la última pareja casual de 38.8% (solamente en Akai, una de las fabricas), historia de enfermedad genitales en los últimos 5 años de 10.6%, e historia de úlcera genital en los últimos cinco años de un 2.1%. En Wonji, ubicación de la otra fabrica, la prevalencia del sexo casual, sexo con TS y la historia de enfermedad genital decayó significativamente durante el tiempo del estudio. En los dos sitios combinados, entre la primera y cuarta visita de seguimiento, hubo una declinación de la proporción de hombre que reportó sexo casual reciente (de 17.5 a 3.5%), sexo con TS (de 11.2 a 0.75%) y de enfermedades genitales (de 2.1 a 0.6%).

Conclusión: Hubo un declive en el comportamiento sexual de riesgo reportado en el total de los participantes. Parte de esto sucedió independiente de las intervenciones hecha por en los participantes.

25. “Predictors of Failure to Return for HIV Test Result and Counseling by Test Site Type”

Autor: Fred Molitor,

Publicado por: *AIDS Education and Prevention*, 11 (1), 1-13.1999. Guilford Press

Su interés es determinar el índice de retorno para hacerse el test y la consejería post-test (California, Estados Unidos). El objetivo de artículo es determinar motivos primarios del no retorno para la consejería postest. La muestra total fue de 366,280 consultantes que se hicieron el test de VIH con seguimiento durante un período de 18 meses en diversos lugares. El índice de no retorno en la muestra total fue de 16.4%. Porcentaje no retornó para conocer el resultado del test, o sea para saber su condición VIH. El factor más relevante fue el lugar donde se hacía el test, para aquellos que fueron a clínicas de ITS el índice de no retorno aumentó en mas de 4 veces.

26. “HIV Testing and Counseling: Test Providers Experience of Best Practices”

Autor: Ted Myers

Publicado por: *Aids Education and Prevention*. Agosto 2003, vol. 15 N1 4.

El objetivo del artículo es de revisar la comprensión y la experiencia del proveedor de los test de Elisa en distintos escenarios (Canadá). Veinticuatro proveedores del test, hombres y mujeres, fueron entrevistados. Quince consejeros y nueve médicos. Fue una entrevista semi-estructurada con cinco preguntas centradas en la problemática de interés. En las entrevistas aparecieron cinco puntos respecto a la práctica de la consejería en la salud pública. a) Asegurar la información y educación para apoyar la reducción de conductas sexuales riesgosas, b) determinación del riesgo individualizado, c) asegurar que los test son dados personalmente, d) dan información y referencias a otros servicios, y e) facilitan el aviso a la pareja. Cada uno de estos puntos se revisa y se incluyen 6 ítems adicionales a la práctica general de la consejería. Esto se refuerza en el planteamiento del autor, que junto con las salvedades de la relación entre consejero y consultante -como la confidencialidad, actitud no juzgadora, ambiente seguro y autodeterminación-, debe considerar el diálogo individualizado basado en la determinación de riesgo para la persona, así como el conocimiento y características sociales y culturales.

27. “The Cost-effectiveness of Expanded HIV Counselling and Testing in Primary Settings: a First Look”.

Autora: Katheryn Philips

Publicado por: www.aidsonline.com. *AIDS* vol. 14 (14) 29 de septiembre 2000. Pp. 2159-2169.

El artículo se basa en un diseño de costo efectividad, en prácticas de atención primaria en EE.UU con nuevos pacientes.

El objetivo principal del artículo es conocer el modo más efectivo en la detección de nuevas personas con VIH; si es por la modalidad tradicional de la consulta con test del VIH, previo consentimiento, o con el test del VIH, previa consejería descubriendo factores de riesgo (historias de riesgo). Se examina si el argumento de que se necesita un test continuo, que sería el modo más efectivo de costo efectividad, es factible con las prácticas actuales en las clínicas de VIH. El seguimiento de pacientes con fichas con historia de riesgo sexual puede, según la autora, tener un mejor costo-efectividad en relación a las prácticas actuales en las consultas, en condiciones de baja prevalencia de VIH. Las consejerías cara a cara serían fundamentalmente para hacer un historial más detallado de conductas de riesgo de las personas. Se debe apoyar y complementar a los individuos sobre los riesgos reales y el escenario de riesgo al cual se enfrenta cada persona. Según la autora puede haber muchos que no están conscientes de su condición, lo que facilita la transmisión. Asimismo señala que la consejería y el test en contexto de los servicios de salud, consultorios y hospitales podrían identificar nuevas infecciones no reveladas por el sistema tradicional, siendo recursos con una mejor relación costo efectivo. Pero ello solo sería un complemento porque la Consejería y test por sí solos no podrían detectar todas las nuevas infecciones.

El test rutinario del VIH es que tiene el mejor costo-efectividad, e implicaría un costo de U\$4.200 por infección identificada.. si al menos el 10% de los de los individuos VIH+ cambian su conducta, tanto la prueba rutinaria de test del VIH, como las historias de riesgo ambas

pueden ahorrar dinero. Si por el test se identifican individuos infectados un años antes de que ellos sean diagnosticados el test rutinario del VIH puede significar un ahorro de U\$ 22.000 por calidad de vida ganada

28. “Cost-effectivness of HIV Preventions Skills Training for Men Who Have Sex With Men”,

Autores: David Pinkerton y alt.

Publicado por: *AIDSONLINE.COM AIDS* Vol. 11 (3) 11 de marzo 1997

Un estudio empírico previo comparó los efectos de dos intervenciones en prevención del VIH para hombres que tienen sexo con hombres: una lectura de sexo seguro, y la misma lectura acompañada de 1,5 horas de sesión grupal de entrenamiento de habilidades. La segunda intervención permitió un incremento significativo en el uso del condón en los 12 meses siguientes comparado con los que sólo habían hecho la lectura. Este estudio retrospectivo busca conocer el costo-efectividad de los entrenamientos de habilidades para determinar el costo adicional, en relación a los de sólo lectura de sexo seguro.

El autor concluye sobre los beneficios de gastar en mejorar la atención básica de sexo seguro (que consiste en lectura sobre sexo segura y nada más), agregándole una sesión grupal de hora y media para adquirir aptitudes (conductas) de sexo seguro.

Bajo las presunciones de costo básico, el incremento (es decir el gasto adicional) que se hace para el entrenamiento para adquirir aptitudes de sexo seguro es de US\$13.000 o US\$40 por persona. Los costos médicos evitados por la acción preventiva de una infección de VIH fue más de US\$170.000. Las conclusiones de los autores es que *“bajo las presunciones y escenario razonables, el costo de incremento del entrenamiento de aptitudes fueron sobrepasadas por los costos médicos. Así no solo es efectivo en reducción de conducta riesgosa, sino también ahorra en gastos”*.

29. “Using Cost-effectivness League Tables to Compare Interventions to Prevent Sexual Transmission of HIV”

Autores: Pinkerton, Steven et al.

Publicado por: *AIDS*, Volume 15 (7) 4 May 2001 pp.917-928.

La información sobre costo-efectividad es en la salud pública para tomar de decisiones entre programas de prevención de VIH compiten por recursos.

En el artículo tiene como objetivo general ofrecer tablas para comparar intervenciones de prevención de VIH en grupos vulnerables. En esta investigación se incluye 15 estudios, con 29 intervenciones realizados en diferentes poblaciones. Se discute además la utilidad de estas tablas –para los diferentes actores que son clave en tomas de decisión en la salud pública, intervenciones comunitarias y gobierno local- en el proceso de asignación de recursos para prevención de VIH y algunas de las dificultades asociadas con la perspectiva de la “league table” aplicada especialmente en los análisis de costo-efectividad en la prevención de VIH/SIDA. Con estas tablas, según el autor, se podría ver y

comparar cuáles de las intervenciones son más efectivas en costo. Se necesita, según los autores, una estandarización, para poder realmente evaluar el costo efectividad de las intervenciones.

30. Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde. –avaliacao das açoes

Autores: Denise Serafin et al.

Publicado por: Ministerio da Saude, Brasilia, Brasil 1999

Este documento presenta la evaluación sobre las acciones de la consejería en Brasil, en los Servicios Únicos de Salud (SUS) en tres contextos institucionales: los CTA (centros de testagem y aconselhamento) que son los centros de test y consejería, los SAE (serviços de asistencia Especializada em HIV/AIDS) y los centros de ITS (portugués clínicas DST).

Los objetivos fueron: cómo se realiza la consejería de ITS y SIDA en los diferentes servicios, observando sus posibilidades y límites; segundo, la percepción de los usuarios y los profesionales de la consejería; tercero, las condiciones institucionales de la consejería, y cuarto, proponer recomendaciones y los ajustes que corresponden. Esta evaluación se efectuó entre marzo y septiembre del 1997. Fueron evaluados 4 CTA, 5 de clínicas ITS y 1 SAE, todos reconocidos por la Secretaría de Políticas de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. Los parámetros de evaluación cualitativa fueron cinco puntos: a) el ejercicio de la consejería, b) la escucha activa, c) comunicación competente, d) evaluación de los riesgos y reflexión conjunta sobre los modos alternativos de prevención y, e) orientación sobre los aspectos clínicos de los tratamientos.

Se analiza en la mayor parte del documento los pasos y desafíos de la consejería en tanto una práctica y se revisa los aspectos centrales de ésta. El significado de las sesiones de consejería para los usuarios fue generalmente evaluado en forma positiva y pocos mencionaron dificultades en cuanto a la sesión misma. Se menciona la dificultad de comprender respecto a todos los procedimientos a futuro dentro del sistema de salud. Los trabajadores de salud generalmente hicieron elogios a la consejería, por cuanto es una herramienta informativa/educativa respecto a las acciones preventivas posibles de adoptar por la persona.

Respecto a las dificultades, la adecuación del tiempo que fue más mencionada por los trabajadores de salud. Se mencionan obstáculos para la práctica de la consejería y la primera es que hay una deficiencia de la capacitación de los profesionales para la práctica de la consejería. En las recomendaciones se pide, entre otros puntos, reforzar la importancia de los equipos multidisciplinarios e invertir en la capacitación de profesionales de los centros de entrenadores (formadores de consejeros) sobre la práctica de la consejería, buscando superar las deficiencias ya detectadas en la evaluación. Otras recomendaciones se refieren a promover el acceso a discutir el manual de la consejería de ITS y VIH y el manual de bases para el entrenamiento de la consejería en VIH/SIDA para “evitar el esquematismo, del uso mecánico de los manuales. Nada sustituye la sensibilidad y la vivencia profesional”. Se enfatiza la necesidad trabajar más el concepto de escucha activa y como así discutir sobre la recomendación del uso de preservativo.

31. “The Costs of HIV Prevention Strategies in Developing Countries”

Autores: N. Söderlund, et al.

Publicado por: *Bulletin WHO* 71 (5)595-604) 1993

Se comenta de seis grandes estrategias de prevención de la infección del VIH que han sido seleccionados en cuatro grupos de población en países de diferentes niveles económicos. Esta selección se hizo teniendo en cuenta la disponibilidad de donaciones, la eficacia de los programas y las posibilidades de generalización.

El estudio sugiere la necesidad de una agenda para una evaluación económica de las estrategias de prevención en VIH, para ello es necesario construir una gran base de datos que permita guiar la planificación, administración y evaluación de los proyectos de prevención en VIH a nivel nacional, regional y local. Así como a la construcción de modelos de simulación epidemiológica relacionados con modelos de costo efectividad de estrategias alternativas

32. The costs of HIV prevention strategies in developing countries.

Autores: N. Söderlund, et al.

Publicado por: *Bulletin of WHO* (World Health Organization), 71(5); 595-604 1993)

Revisión de seis estudios de prevención, sobre el gasto en repartición de condones. Se centra respecto a los costos los gastos de repartición de condones.

En las conclusiones se indica el gasto comparativo de la consejería y la educación en escuelas. Son mas caros los programas de educación de grupos de pares por contacto (0.47 hasta 3.73 comparado con 0.15 dólares asumiendo 9 clases por año). No se presenta resultados sobre la comparación gasto y cambio en comportamiento.

33. “HIV counselling and testing in Tanzania is cost-effective: results from the voluntary HIV counselling and testing study”.

Autores: Michael Sweat et al.

Nº abstract: [580/33277]

Web: <http://www.caps.ucsf.edu/Genabstracts.html>

El objetivo del estudio es estimar el costo por infección evitada por la consejería voluntaria y test de Elisa entre las personas que han solicitado este servicio en Dar el Salam, Tanzania, y Nairobi, Kenya. Esto se hizo en asociación con un test controlado al azar para evaluar el impacto de la consejería voluntaria y test de Elisa.

El costo por cliente fue estimado de un servicio que abarcaba a 3.000 personas en cada consultorio por año, con similares características y perfil de riesgo que aquellos usados en el estudio.

Resultados: el costo por cliente para la consejería voluntaria y test de elisa fue de US\$29 en Tanzania y de US\$27 en Kenya. En ambos esta cifras fueron derivadas de costos para iniciar la intervención (74% infraestructura, 2% inicio servicio, y 24% de gastos de comodidad. El gasto más elevado fue de salarios con un 36%).

El costo de infección evitada promediada fue de US\$303 en Tanzania y de US\$204 en Kenya.

34. “Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Setting”

Publicación conjunta UNFPA y IPPF (South Asia Regional Office) 2004

Es una guía para insertar la consejería en el ambiente de la salud reproductiva. Este informe justifica la VCT (en inglés Consejería voluntaria y test). Este estudio de UNFPA e IPPF en el punto 1.3 (página 2) hace una evaluación comparativa de tres sujetos al cual se dirige: al que es VIH-, al que es VIH+ y a la sociedad en su conjunto. En las secciones 1.4 y 1.5 se justifica el porque la consejería y el test deben ser entendido dentro del marco de la salud reproductiva y los componentes y conceptos clave de la consejería como tal.

35. “Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis”.

Autor/es: Varghese, Beena et al.

Publicado por: *AIDS* Vol. 13 (13) 10 septiembre 1999

Este artículo evalúa el costo-efectividad de la consejería y test de VIH en diversas situaciones y poblaciones para prevenir el VIH. La literatura indica que estas intervenciones son costo-efectivas si se focaliza en grupos de infectados o de alto riesgo. Se profundiza el debate sobre la eficacia que tendría la consejería de VIH y el test en la modificación de conductas sexuales.

Se estudia la notificación de pareja, consejería y test de Elisa en clínicas de VIH/ITS en la prevención futura de infecciones en EE.UU.

Métodos: un árbol de decisiones fue desarrollado tanto desde la perspectiva societal, como de los proveedores. Los modelos de la consejería, test y notificación incorporan las estimaciones de prevalencia de VIH, consejería, riesgo de transmisión dentro del año y la efectividad de la consejería. Se estimará los costos para los programas de consejera, test y notificación; el costo total de tratamiento del VIH fue obtenida por literatura publicada. Fueron ejecutados análisis de sensibilidad extensivos de los parámetros del modelo.

Resultado: para un grupo de 10.000 individuos en una clínica con una seroprevalencia de 1.5%, se estimo que la consejería test previene 8 infecciones de VIH y ahorra para la sociedad un gasto de casi US\$1.000.000. Se estimo que la notificación de la pareja para las 113 personas identificada por consejería y test, previene otras 1.2 infecciones y ahorra un monto adicional de US\$181.000. Para el proveedor en clínicas de VIH y TS, esto se traduce en un gasto de US\$32.000, pero cada caso prevenido por consejería y test tiene un adicional de US\$28.000 para notificación de pareja.

36. “Economic Evaluation of Safer Choices”,

Autores: Li Yang Wang, et al.

Publicado por: *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Vol. 154, N° 10 octubre 2000.

Web: <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/154/10/1017>

El estudio que se hizo tuvo como objetivo evaluar el costo-efectividad y costo-beneficio del programa Safer Choices (Opciones más seguras) de VIH, otras ETS y prevención del embarazo en estudiantes de “high school”

Se hizo una evaluación económica del programa en ambiente escolar, se dice que bajo las presunciones básicas de costo, se logró un aumento de 15% en el uso de condón, de un 11% en uso de contraceptivo en el lapso de un año entre 345 estudiantes sexualmente activos. Se estimó además que evitó 0.12 casos de VIH, 24.37 casos de Chlamydia, 2.77 casos de gonorrea, 5.86 casos de inflamación pélvica, y 18.5 embarazos fueron prevenidos.

El autor concluye que el programa fue costo-efectivo y que debiera hacerse de forma rutinaria la evaluación económica de los programas de intervención.

37. Integrating of STI treatment at voluntary counselling and testin centres in Zimbabwe

Autores: Z. Ziyambi et alter.

Publicado por: Conferencias internacional del SIDA 2004 Bankok web: www.iasociety.org/ejias/show.asp?abstract_id=2168131. Fecha 2005-07-19

Diversos estudios, hasta la fecha, han mostrado una relación sinérgica entre las ITS y VIH. Solamente en el año 1995, 71% de los casos testeados por ITS en Harare, Zimbabwe fueron VIH positivos. La información de otras áreas en país indica que la prevelancia de VIH entre pacientes de ITS aumentó del 7% hasta el 70% entre 1987 y 1994. Esto indica que el ITS y el VIH/SIDA están fuertemente asociados y que los esfuerzos para el tratamiento del VIH debieran estar integrada con el tratamiento con ITS.

Descripción: entre noviembre del 2002 y diciembre del 2003 se aplicó el tratamiento de ITS usando la perspectiva del Manejo Sindromático, que fue implementado en dos centros de VCT (consejería voluntaria y test) en Zimbabwe. Consultantes con síntomas sugeridos de una ITS fueron remitidos para tratamiento después de VCT.

Conclusiones: Un total de 931 consultantes con ITS fueron atendidos y la prevalencia de VIH fue de 25% comparado con 16% en consultantes VCT de no transmisión sexual. Las clínicas de ITS han atendido descarga vaginal (28.9%), ulcera genital (12.1%), descarga uretal (12.6%) y herpes genital (5.3%). De los pacientes presentados con herpes, 31 % fueron VIH positivos comparados con 23.6% con aquellas con descarga vaginal. Una correlación significativa entre la presencia de un ITS y VIH fue observado con ITS de úlcera, mostrando una fuerte asociación

Recomendaciones: la integración de ITS en los centros de VCT aumenta mucho la efectividad de los programas, ya que los VCT es una entrada de cuidado y tratamiento.