

PEDAGOGÍA DE LA PREVENCIÓN:

**Reinventando la prevención del VIH
en el siglo XXI**



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

OBSERVATÓRIO GLOBAL
DE POLÍTICAS DE AIDS

OBSERVATÓRIO NACIONAL
DE POLÍTICAS DE AIDS



EXPEDIENTE

Dirección:

Director-presidente: Richard Guy Parker
Director vice-presidente: Regina Maria Barbosa
Secretario Geral: Kenneth Rochel de Camargo Jr.
Tesorera: Simone Souza Monteiro
Tesorero Suplente: Jorge Beloqui

Consejo de Curadores:

Alexandre Grangeiro
Carlos Duarte
Cláudia Osório
Luís Felipe Rios de Nascimento
Fátima Rocha
Fernando Seffner
Francisco Pedrosa
Mário Scheffer
George Gouvea
Ruben Araújo Mattos
Pedro Chequer
Valdiléa Gonçalves Veloso Santos

Coordinación Ejecutiva:

Kátia Edmundo
Salvador Corrêa (adjunto)

Perspectiva Política nº 1 • Noviembre 2015

Coordinación editorial:

Richard Parker e Angelica Basthi

Colaboradores:

Amaya Perez-Brumer, Ana Ramirez, Jack Milnor,
Veriano Terto Jr., Kelly Gavigan e Richard Parker

Traducción y revisión al español:

Juan Carlos Raxach y Alberto Pijuan

Pasantía en Comunicación:

Jean Pierry Oliveira e Maiana Santos

Fotos:

Vagner de Almeida y banco de imágenes público

Proyecto gráfico original:

A 4 Mãos Comunicação e Design



Associação Brasileira Interdisciplinária de SIDA (ABIA)
Av. Presidente Vargas 446 – 13º andar – Centro –
CEP: 20071-907
Rio de Janeiro – RJ – Brasil – Tel.: (21) 2223-1040

Pedagogía de la Prevención: Reinventando la prevención del VIH en el siglo XXI

Kelly Gavigan, Ana Ramirez,² Jack Milnor, Amaya Perez-Bruner,² Veriano Terto Jr. y Richard Parker^{2,4}

A lo largo de la última década, la respuesta al VIH y al SIDA ha ampliado las opciones de métodos disponibles para prevenir la transmisión a personas en riesgo, así como de nuevos métodos para personas que viven con el virus. Los métodos preventivos incluyen una amplia gama de abordajes biomédicos, comportamentales y estructurales. En los abordajes biomédicos, las profilaxis pre exposición (PrEP) y pos exposición (PEP) están disponibles en muchas lugares afectados por la epidemia. Por otro lado, los preservativos masculinos y femeninos continúan disponibles como métodos de barreras físicas contra la transmisión del virus coexistiendo en combinación con los abordajes más recientes, como la controvertida promoción de la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) y el concepto relativamente nuevo de “tratamiento como prevención” (supresión de la carga viral con la terapia antirretroviral que disminuye el riesgo de la transmisión). Métodos preventivos, comportamentales y estructurales o contextuales que incluyen diversas formas de reducción de daños como el intercambio de agujas y jeringuillas, *serosorting* (escoger parejas sexuales con el conocimiento previo de su estado serológico), seguridad negociada, parejas exclusivas, etc., también sirven como alternativas para prevenir el VIH de muchas personas en riesgo.

El aumento de la gama de opciones preventivas llega en un momento crítico de la respuesta al VIH, cuando muchas organizaciones de VIH/SIDA – ONUSIDA en especial – hacen una apasionada promoción de la meta para el “fin de la epidemia” hasta



el 2030. UNUSIDA ha defendido también su compromiso con el ambicioso plan “90-90-90” para alcanzar la meta del fin del SIDA, en la cual el 90% de las personas viviendo con VIH conocen su estado serológico, el 90% de esas personas con VIH reciben tratamiento antirretroviral (TAR) y el 90% de las que están en tratamiento alcanzarían supresión viral hasta el 2020.⁵ Aunque esos intentos de las agencias internacionales de salud pública para erradicar la epidemia de sida sean loables, el foco casi exclusivo está siendo en el “tratamiento como prevención” (conocido en inglés como TasP) como forma de alcanzar la meta. Eso es válido especialmente para el plan 90-90-90.

¹ Frente a la dificultad de encontrar una palabra para traducir *lyteracy*, según lo que estamos abordando en el texto, recorrimos al concepto de pedagogía desarrollada por Paulo Freire en su obra *Pedagogía da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa* (São Paulo: Paz e Terra, 1996). Evaluamos que el concepto de pedagogía concebido por Freire se aproxima mucho de varias propuestas que son aquí abordadas como son el respeto por la autonomía de individuos y colectivos, valorización de la voz y conocimientos empíricos y consideración por aspectos culturales y políticos, así como la promoción y defensa de los derechos humanos. A nuestro ver, estos son principios fundamentales para la prevención y el tratamiento del VIH.

Agradecimientos: los autores agradecen a Alexandre Matos, Fernando Seffner y Vera Paiva por los valiosos comentarios y sugerencias sobre el argumento aquí desarrollado. El Global AIDS Policy Watch/ABIA agradece el apoyo de HIVOS, Pan para el Mundo, M.A.C AIDS Fund y el Ministerio de Salud de Brasil/SICONV, que posibilitaron esta publicación.

² Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University.

³ Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University.

⁴ ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS).

⁵ UNAIDS. 90-90-90: An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic: UNAIDS, 2014. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.

Además de la PrEP para ciertas poblaciones claves y de la reciente promoción de la CMMV, muchas organizaciones mundiales parecen no reconocer el papel fundamental de un amplio y ya disponible conjunto de estrategias preventivas para erradicar el SIDA. Por otro lado, muchas poblaciones y comunidades afectadas reivindican un mayor acceso a todas las opciones preventivas de la misma forma que exigen, desde hace décadas, el acceso a todas las opciones terapéuticas.

El uso consciente y eficaz de una variedad de métodos preventivos juega un papel fundamental para crear una real posibilidad de erradicar el SIDA. La prevención más dinámica y personalizada a través de estrategias de prevención y de la incorporación de las contribuciones de los más afectados por el virus promueve el empoderamiento y la lucha por los derechos humanos. Como próximo paso, las organizaciones internacionales que participan en la respuesta mundial al VIH deben promover el uso de la "prevención combinada" como principal estrategia.^{6,7} La adopción efectiva de múltiples abordajes preventivos depende también del acceso de las personas y de las comunidades a la información sobre los métodos disponibles, además de la concientización sobre los métodos potencialmente más eficaces a la luz de sus situaciones específicas y del empoderamiento para tomar decisiones sobre las opciones de prevención que tienen más sentido para sus vidas. Desde esta perspectiva el concepto de pedagogía del tratamiento desarrollado por activistas de VIH/SIDA al inicio de la expansión del tratamiento para el VIH reconoce la necesidad de hacer algo más que simplemente "poner medicamentos dentro del cuerpo de las personas", hoy necesitamos desarrollar la pedagogía de la prevención para facilitar la respuesta y el empoderamiento de las personas en riesgo de infección por el virus. La pedagogía del tratamiento fue desarrollada para ayudar a las personas a transformar en realidad la promesa del acceso al tratamiento. Hoy es igualmente importante incorporar la pedagogía de la prevención en el esfuerzo por el "fin del SIDA", y permitir que los millones de personas en riesgo de infección por el VIH asuman el control de toda la gama de

opciones de prevención disponible. La similitud entre la actual gama de alternativas de prevención (y la necesidad de utilizarlas en combinación) y la ampliación del acceso al tratamiento para el VIH no final de los años 90 (cuando las terapias antirretrovirales combinadas comenzaron a estar disponibles) representan una ventaja importante para activistas y profesionales en el sentido de aprender con los errores y aciertos de hace 15 años en un intento de promover la pedagogía del tratamiento y de empoderar a las personas para tomar para sí el control de su salud y bienestar.

La historia de la pedagogía del tratamiento

La historia de la pedagogía del tratamiento ayuda a contextualizar la necesidad actual de la pedagogía de la prevención. La pedagogía del tratamiento, de acuerdo con el concepto actual, sólo se desarrolló a finales de la segunda década de la epidemia. En los primeros años del siglo XXI, activistas de la *Treatment Action Campaign* (TAC) de Sudáfrica reivindicaron el suministro de medicamentos antirretrovirales a las embarazadas seropositivas al VIH para prevenir la transmisión vertical.⁸ Los antirretrovirales ya habían sido recomendados para las mujeres seropositivas desde 1994,⁹ y la terapia antirretroviral llegó a estar disponible en 1996, pero el gobierno sudafricano no estaba proporcionando estos medicamentos que sabidamente podrían salvar vidas. Después de una pionera acción judicial contra el gobierno – además de los notables esfuerzos de la sociedad civil apoyando el movimiento en pro de una reforma social y la reforma jurídica – la TAC tuvo éxito en la promoción del suministro de antirretrovirales a las mujeres seropositivas embarazadas como un derecho humano y un deber del gobierno.¹⁰ El activismo a favor del tratamiento en África del Sur y otros países de bajos ingresos (y altas necesidades) sirvió para dar visibilidad al derecho del acceso al tratamiento a escala global, desencadenando una fuerte onda de financiamiento internacional que en gran medida caracterizó a los años 90.¹¹

La ampliación de la oferta de antirretrovirales fue acompañada de la necesidad creciente de una com-

⁶ HANKINS, Catherine A.; DE ZALDUONDO, Barbara O. Combination prevention: A deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS* 24 (suppl. 4):S70-S80, 2010.

⁷ UNAIDS. Combination HIV prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural, and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections: UNAIDS, 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevenção_paper_en_0.pdf

⁸ RAY, Sunanda; MADZIMBAMUTO, Farai; FONN, Sharon. Activism: Working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters* 20(39):40-49, 2012.

⁹ OPPENHEIMER, Gerald M.; BAYER, Ronald. The rise and fall of AIDS exceptionalism. *American Medical Association Journal of Ethics* 11(12):988-992, 2009.

¹⁰ OPPENHEIMER, Gerald M.; BAYER, Ronald. The rise and fall of AIDS exceptionalism. *American Medical Association Journal of Ethics* 11(12):988-992, 2009.

¹¹ SMITH, Julia H.; WHITESIDE, Alan. The history of AIDS exceptionalism. *Journal of the International AIDS Society* 13:47, 2010.

prensión más profunda y de mayor poder de decisión con respecto al tratamiento. Como resultado, los grupos de activistas de SIDA promovieron la pedagogía del tratamiento. Como herramienta, se utilizó la pedagogía del tratamiento (no necesariamente con ese nombre) a lo largo de los años 90 por grupos de activistas de SIDA en los Estados Unidos como *Gay Men's Health Crisis* (GMHC) y *ACT UP* para atender mejor el efecto de la enfermedad en el organismo de las personas, la alteración de la evolución del VIH por el tratamiento y la identificación de las principales necesidades de nuevas investigaciones.¹² Con la ayuda de GMHC y *ACT UP*, el TAC fue la primera organización a lanzar la pedagogía del tratamiento en un país de bajos ingresos, en 1999.¹³ Desde el inicio, la TAC buscó garantizar recursos para que los más pobres reivindicasen sus propios derechos. Este énfasis en un movimiento enraizado entre los más pobres y controlados por ellos, fue resultado de la desconfianza con relación al movimiento "profesional" del VIH/SIDA/ derechos humanos, que la TAC juzgaba como ineficaz. Para los miembros de la TAC, la

dignidad y los derechos humanos de todos y especialmente de aquellos viviendo en contextos con recursos limitados, constituían ya una premisa básica de sus esfuerzos – e insistieron firmemente en la convicción de que los derechos humanos son una necesidad para los más pobres y que no deberían ser defendidos solamente "por una cuestión de conciencia" como hacían muchos académicos, abogados, médicos y otros profesionales.¹⁴ Por tanto, la TAC propuso la pedagogía del tratamiento de una forma que asocia la medicina a la política, a los derechos humanos, a la igualdad y a los deberes del gobierno. Esa comprensión pone al tratamiento en un contexto en el que los gobiernos, servicios y gestores de la salud están obligados a rendir cuentas, en la cual las personas tienen medios para exigir esa transparencia.¹⁵ Es importante notar que este tipo de pedagogía del tratamiento define el empoderamiento como una conquista de los medios para documentar la manera por la cual los contextos sociales, la violencia y la propia enfermedad afectan a las personas que viven con VIH.¹⁶ Se trata de transformar a las personas VIH positivas en las dueñas de su propio tratamiento.



positivas en las dueñas de su propio tratamiento.

El *European AIDS Treatment Group* (EATG),¹⁷ fundado en 1992 y la *International Treatment Preparedness Coalition* (ITPC),¹⁸ fundada en 2003, son dos grupos basados en la premisa del activismo y de la pedagogía del tratamiento. Mientras que el EATG enfatiza en la coinfección o en la coexistencia de VIH con otros problemas de salud, los dos grupos describen la pedagogía del tratamiento como un amplio entendimiento de los diver-

"... insistían en la convicción de que los derechos humanos son una necesidad para las personas más pobres y que no deberían defendidos sólo 'por una cuestión de conciencia'..."

¹² HEYWOOD, Mark. South Africa's treatment action campaign: Combining law and social mobilization to realize the right to health. *Journal of Human Rights Practice* 1(1):14-36, 2009.

¹³ HEYWOOD, Mark. 2009. South Africa's treatment action campaign: Combining law and social mobilization to realize the right to health.

¹⁴ HEYWOOD, Mark. 2009. South Africa's treatment action campaign: Combining law and social mobilization to realize the right to health, p. 17.

¹⁵ RAY, Sunanda et al. 2012. Activism: Working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa.

¹⁶ NIEHAUS, Isak. Treatment literacy, therapeutic efficacy, and antiretroviral drugs: Notes from Bushbuckridge, South Africa. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. Published online 27 June 2014: <http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2013.802319>.

¹⁷ Para más informaciones, ver: <http://www.eatg.org/gallery/362094-1346846410.pdf>.

¹⁸ Para más informaciones, ver: <http://itpcglobal.org/tratamento-education-knowledge/>.

tos tratamientos, particularmente de la terapia antirretroviral.

Esto incluye la identificación temprana de los síntomas y la información básica sobre el funcionamiento de los medicamentos y, en específico, sobre lo que los antirretrovirales pueden o no hacer.¹⁹ La Organización Mundial de la Salud adopta también el concepto de pedagogía del tratamiento, para “tener un conocimiento adecuado” sobre el VIH y los medicamentos.²⁰ Según la OMS, el conocimiento adecuado permite al paciente tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento y cuidados, asegura la adecuada adherencia al tratamiento y ayuda a combatir la falsa información dada por trabajadores de la salud insuficientemente capacitados, además de fortalecer la *advocacy*. La OMS también ve la pedagogía como “empoderamiento”, definido como la participación significativa en las decisiones sobre los cuidados.²¹ Esta visión de empoderamiento difiere significativamente de lo descrito por la TAC, por tener un foco más restricto en las decisiones sobre el tratamiento y cuidados, sin dar voz a las personas para hablar abiertamente sobre la vulnerabilidad social como una violación de los derechos humanos fundamentales. Sin embargo, ambas definiciones promueven el empoderamiento de aquellos que tienen acceso y exigen tratamiento, lo que es elemental.

Garantizar la autonomía y el control de la persona sobre su régimen terapéutico es esencial para crear una respuesta eficaz en el tratamiento del VIH. Empoderar a las personas para que sean sus propios defensores permite que ellas tengan voz y que comuniquen a los profesionales y gestores de salud cuando algunos aspectos de la atención (o el cuidado como un todo) no están funcionando correctamente. Esto puede ser comparado con la escalada masiva de acceso al tratamiento que comenzó a principios del siglo XXI, y que todavía continúa. Por más importante que haya sido la expansión del acceso al tratamiento, muchos países tienden a dar la



medicación a los pacientes sin promover su empoderamiento, para no hablar de su capacitación o autodeterminación. Para determinadas enfermedades y en determinados contextos puede funcionar el suministro sistemático y mecánico de los medicamentos, pero este enfoque es ineficaz en el tratamiento del VIH. En el caso del VIH los esquemas terapéuticos son complejos y requieren ciertos cambios de comportamiento y dieta. Es fácil para las personas perder el contacto con el sistema de salud y, por lo tanto, con su propio

tratamiento creándose una población de personas que saben que son seropositivas y que tienen acceso al tratamiento, pero que no pueden utilizar eficazmente el acceso que tienen. No es por falta de tentativas si no debido a la falta de empoderamiento. Activistas en pro del acceso al tratamiento y del concepto de pedagogía del tratamiento promovieron la idea de que el acceso no debe ser visto como algo que se impone a las poblaciones privadas de voz y de comprensión. La pedagogía del tratamiento proporciona un tipo de acceso al tratamiento donde las personas más afectadas por la epidemia pueden asumirlo y participar activamente hasta que los cuidados que reciben sean exactamente aquellos que necesitan.

La mayor disponibilidad del acceso al tratamiento fue el resultado de un aumento creciente del financiamiento y del compromiso de algunos de ampliar el acceso a nivel mundial. En la prevención, tal disponibilidad a lo largo de la década tal vez sólo existió (en términos comparativos) con la promoción de la circuncisión médica masculina y voluntaria (CMMV). Actualmente, la promoción de la CMMV está siendo sugerida por la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, PEPFAR y USAID en 14 países del África Oriental y Austral.²² Aunque la campaña es capitaneada por algunas de las organizaciones más grandes e influyentes en VIH/SIDA y salud en general, la implementación de la CMMV en la práctica deja de tener en cuenta una serie de cuestiones sociales y

¹⁹ Para más informaciones, ver: <http://itpcglobal.org/tratamiento-education-knowledge/>.

²⁰ WHO. “Preparing for Treatment Programme” Fact Sheet: WHO, 2015. Disponible en: <http://www.who.../tpsheet/en/#>.

²¹ WHO. “Preparing for Treatment Programme” Fact Sheet: WHO, 2015. Disponible en: <http://www.who.../tpsheet/en/#>.

²² WHO. Voluntary Medical Male Circumcision for HIV prevention: WHO, 2012. Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/.

²³ GIAMI, Alain et al. Hybrid forum or network? The social and political construction of an international ‘technical consultation’: Male circumcision and HIV prevention. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, Publicado electrónicamente el 03 Feb 2015, en: <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.998697>.

culturales importantes.²³ La CMMV se destaca como un ejemplo del argumento contra el mismo tipo de implementación sistemática que ha caracterizado la expansión del acceso al tratamiento. Al contrario de un esfuerzo global controlado por las personas afectadas, la CMMV es un intento de controlar la epidemia, sin permitir una reflexión más profunda por los profesionales o por los usuarios de los servicios de salud. La disponibilidad sistemática de prevención con base en este tipo de enfoque está condenada al fracaso. Necesitamos otro enfoque preventivo – un enfoque apoyado por el financiamiento y *advocacy* global, pero que también garantice la inclusión, empoderamiento y el control social por parte de las personas que utilizan los servicios de prevención.

La compleja y controvertida historia de los esfuerzos de prevención

A principios de los años 2000, con la consolidación de la comprensión de la necesidad de la pedagogía del tratamiento por parte de organizaciones como la *Treatment Action Campaign* (TAC), la lucha por el acceso al tratamiento alcanzó avances notables. En esa época, todavía existía (como hasta hoy hay) mucho trabajo por hacer para garantizar el acceso a la terapia antirretroviral eficaz para todos aquellos que la necesitan, pero ya había un consenso importante sobre el acceso al tratamiento como un derecho humano básico para las personas en todo el mundo. Lamentablemente, nadie puede decir lo mismo con respecto al acceso a la prevención. Por el contrario, como resultado del estigma y la discriminación profundamente arraigada, muchas veces el acceso a la prevención ha sido negado, y la historia de los esfuerzos de prevención del VIH ha sido complejo y controvertido.

En los años 80, cuando el VIH y el SIDA aparecieron por primera vez y todavía no habían terapias efectivas, la prevención era el foco principal de organizaciones de *advocacy*, especialmente de gays masculinos. El concepto de “sexo seguro”, con fuerte énfasis (pero no exclusivo) en el uso de preservativos, fue creado para ayudar a prevenir la propagación del VIH y al mismo tiempo preservar el placer del sexo. En muchas de las comunidades más afectadas durante los primeros años de la epidemia, la fuerza de la libertad sexual y la falta de una respuesta gubernamental configuraron el modelo de prevención erotizada con base en el “sexo seguro”. En los Estados Unidos, el folleto de Callen y Berkowitz en 1983, *How to Have Sex in an Epidemic?* (¿Cómo tener sexo du-

rante una epidemia?), dio asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y aún hoy es considerado apropiado. Este material fue publicado algunos años antes de que los científicos y los médicos opinasen oficialmente sobre las estrategias de reducción de riesgo.²⁴ En aquella época, aunque el SIDA estuviese asociado al comportamiento sexual como una vía importante de transmisión, los grupos masculinos gays lucharon para impedir que el sexo fuese visto como un comportamiento negativo a ser evitado. La representación y discusión abiertas sobre sexo como acto positivo, así como sobre el deseo, el placer y los cuidados con la pareja, dieron fuerza a las iniciativas de prevención.

Hasta 1986 las autoridades de salud habían notado que el SIDA tenía el potencial para propagarse en la “población en general”, o sea, entre heterosexuales; las autoridades hasta ese momento silenciosas comenzaron a involucrarse más en programas de educación sexual. Hasta ese momento no había prácticamente ninguna respuesta organizada para enfrentar el VIH/SIDA a nivel mundial. Sin embargo, en los Estados Unidos y en otros países de altos ingresos, los esfuerzos de prevención eran divididos, frecuente-



²⁴ PATTON, Cindy. *Fatal advice: How safe-sex education went wrong*. Durham, North Carolina: Duke University Press, 1996, p. 11.

mente, en dos categorías: los que se centraban en las personas consideradas de más riesgo y los que defendían cambios de comportamiento en la población general. No obstante, faltaba financiamiento y la voluntad política y para proponer la reducción del riesgo entre los que eran visto como de mayor riesgo, porque eso significaría apoyar las prácticas y comportamientos socialmente estigmatizados de estas personas. Tampoco fue adoptado de inmediato el cambio de comportamiento en la población general, ya que muchos creían que sus comportamientos no necesitaban ser modificados; en gran medida, los gobiernos y las autoridades sanitarias querían que las personas continuasen creyendo que no corrían riesgo.²⁵ Claramente le faltaba a los dos enfoques la positividad y la apertura que caracterizaban los métodos de sexo seguro desarrollados por gays y otras comunidades (como trabajadoras del sexo); el resultado fue un enfoque estéril y sistemático para la reducción de riesgo que fue liderado no por las personas, si no por las autoridades sanitarias y gestores del sistema de salud.

Frente a la percepción generalizada de una creciente amenaza de la diseminación del VIH, que alcanzó su punto máximo en 1986, la Organización Mundial de la Salud creó el Programa Global de SIDA (GPA, siglas en inglés). Por diversas razones, el programa tuvo un impacto positivo en la prevención. Mencionamos entre otros, que el GPA fue la primera respuesta organizada al SIDA a nivel mundial. Por ese motivo, el programa tuvo que lidiar con las semejanzas entre todos los que vivían con VIH/SIDA en el mundo para poder discutir y contextualizar la prevención. En los Estados Unidos, por ejemplo, la epidemia afectaba principalmente a hombres homosexuales y usuarios de drogas intravenosas, pero en Uganda los

afectados eran los heterosexuales especialmente mujeres, mientras que en Tailandia fueron las trabajadoras sexuales y sus clientes. Para entender el SIDA en diferentes contextos y países, la OMS/GPA y posteriormente otras agencias y programas, tuvieron que ver más allá de los patrones epidemiológicos específicos en diferentes países para poder entender las cuestiones como la orientación sexual, género y comportamiento como determinantes sociales de la salud. La amplitud, cubriendo una diversidad de realidades culturales, sociales y políticas, reveló por primera vez un cambio drástico en la manera de concebir la prevención del virus. La prevención ya podía ser discutida y desarrollada a la luz de las vulnerabilidades



"... faltaba la financiación y la voluntad política para proponer la reducción de riesgo (...), porque eso significaría endosar las prácticas y comportamientos socialmente estigmatizadas."

²⁵ PATTON, Cindy. 1996. Fatal advice: *How safe-sex education went wrong*, p. 27.

sociales, culturales y económicas. Hubo un necesario cambio de foco del comportamiento individual a la vulnerabilidad social más amplia, lo que permitió la discusión sobre los derechos humanos y la salud.²⁶ Esta nueva comprensión de la prevención también buscaba exonerar de culpa a las poblaciones afectadas, ya que direccionaba el foco hacia las responsabilidades del gobierno y de la sociedad en su conjunto. Jonathan Mann, uno de los primeros líderes de la respuesta al VIH, y otros como él argumentaban que los derechos humanos a la salud son universales y que la vulnerabilidad causada por el estigma y la discriminación impediría el acceso a estos derechos. Este conocimiento ayudó a contextualizar la prevención del VIH como un esfuerzo colectivo de la sociedad para exigir la inclusión de los más ignorados y estigmatizados frecuentemente.

A pesar de todos los avances en los años 90 en relación al papel de la sociedad en materia de salud, a principios del siglo XXI, cuando las eficaces opciones terapéuticas ya estaban disponibles y comenzaba la escalada masiva de la respuesta mundial al VIH, muchas de las lecciones aprendidas con la histórica movilización de la comunidad contra el SIDA han sido olvidadas, especialmente en lo referente a la ampliación de la prevención. El plan de emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), que comenzó a ser desarrollado en 2003, trató la prevención con un enfoque simplista y moralista, conocido por las siglas “ABC”: *abstinence, be faithful, and if all else fails use a condom*, es decir, abstinencia (sexual), fidelidad, y si todo lo demás falla usa un condón”. Este enfoque, con un subtexto fuertemente religioso, fue aplicado en todo el mundo como una condición previa a los gobiernos y a las organizaciones para recibir los fondos que demandaban. Por ejemplo, en 2003 el PEPFAR se negó a financiar programas de VIH para trabajadoras sexuales o reconocer a estos grupos como vulnerables. Como resultado, muchas organizaciones en varios países perdieron financiamiento.²⁷

El limitado éxito de los programas de prevención estrechos y moralistas que predominaron a principios del siglo XXI tendía ser ofuscado por los reales avances en la expansión del acceso al tratamiento — avances que permitieron que muchos ignorasen el evidente fracaso de iniciativas como el PEPFAR en la prevención del VIH. Entre 2001 y el 2008 hubo un gran esfuerzo en el tratamiento del VIH (y en el tratamiento como prevención), siendo que el periodo entre 2005

y el 2008 fue marcado por más recursos financieros global y más optimismo en el sentido de ser capaces de tratar el VIH como una enfermedad crónica y no más como una epidemia devastadora. Sin embargo, la crisis financiera que sobrevino al mundo en el 2008 dio lugar a una disminución de los recursos, incluso en países ricos como Estados Unidos, y las organizaciones donantes tuvieron que reducir sus gastos. Como sucede a menudo cuando los recursos son más escasos, hubo una redefinición de prioridades acompañada por lo que a veces se describe como el retroceso del SIDA,²⁸ especialmente a través del argumento de coste-beneficio (rentabilidad). Estos argumentos proponen reducir el gasto en el tratamiento anti-retroviral vitalicio (y más caro) y una mayor atención a alternativas más baratas como la prevención de la transmisión. Desde entonces, los investigadores biomédicos y de la salud pública han desarrollado y defendido una gama más compleja de opciones preventivas que describiremos en detalle más adelante; sin embargo, la discusión de las opciones a menudo pasa por encima de la compleja y controvertida historia de los debates sobre la prevención del VIH, y la forma como esta historia se contrasta con el desarrollo mucho más lineal del consenso sobre las opciones de tratamiento. Aunque el financiamiento global para el VIH/SIDA se ha estancado desde 2008, ONUSIDA sigue pregonando “el fin del SIDA” hasta el 2030. Es esencial que la prevención sea utilizada para apoyar este objetivo, pero todavía es necesario el debate, la información y el acceso en las poblaciones y comunidades a cuyas necesidades, esos esfuerzos de prevención se proponen responder.

Métodos preventivos actuales

Hoy en día es común que los métodos y enfoques preventivos sean clasificados en biomédicos, comportamentales y estructurales o contextuales. No hay un único método preventivo que sea necesariamente mejor; cada uno ofrece ventajas y desventajas, dependiendo del contexto en que sea utilizado y de las necesidades de las personas. Se podría argumentar que el preservativo masculino es el método más económico y por lo tanto el más ampliamente disponibles; tal vez sea también el método más ampliamente promovido entre los métodos de prevención del VIH. Sin embargo, esto no debe impedir a los activistas y profesionales de la salud reconocer el preservativo masculino por la forma en que es utilizado en la práctica. No siempre los preservativos masculinos y feme-

²⁶ FEE, Elizabeth; PARRY, Manon. Jonathan Mann, HIV/AIDS, and human rights. *Journal of Public Health Policy*, 29: 54-71, 2008.

²⁷ MURTHY, Laxmi; SESHU, Meena S. *The business of sex*. New Delhi: Zubaan, 2013.

²⁸ ENGLAND, Rodger. Are we spending too much on HIV? *BMJ*, 334:334, 2007.

"El preservativo ha demostrado ser una barrera física muy eficaz en la prevención de la transmisión del VIH, pero no es la única opción para la prevención".



ninos son una alternativa viable o conveniente para todas las personas en situación de riesgo. Por ejemplo, en ciertos contextos, las mujeres pueden no tener los recursos o el poder para negociar eficazmente el uso del preservativo.²⁹ Algunos hombres, independientemente de la orientación sexual, pueden optar por no usar preservativos por varias razones, desde la búsqueda de su propio placer a la idea de que el SIDA ya no es una amenaza. El preservativo ha demostrado ser una barrera física muy eficaz en la prevención de la transmisión del VIH, pero no es la única opción para la prevención.

Actualmente existe una amplia gama de métodos de prevención biomédicos que por diversas razones pueden ser más adecuados para algunas personas. Estos incluyen la PrEP (profilaxis pre exposición), la PEP (profilaxis pos exposición) y el tratamiento como prevención reduciendo la carga viral. La profilaxis pre exposición consiste en tomar una vez al día un comprimido compuesto por dos antirretrovirales (aunque hay estudios en curso sobre otros métodos para ser aplicados en intervalos mayores, como inyecciones) antes de la exposición al VIH y que mostró una importante reducción en el riesgo de infección por VIH, incluso con exposiciones de alto riesgo. Además del comprimido oral diario, la PrEP, así como el tratamiento del VIH, incluyendo el acompañamiento de laboratorio de rutina y clínico regular. Las personas que escogen la PrEP deben ser capaces de comprender cómo funciona el medicamento dentro del cuerpo para entender la importancia de la adherencia a la toma diaria y de los resultados de las pruebas de laboratorio, además de sentir confianza y libertad para discutir franca y abiertamente sobre sus prácticas

sexuales con el profesional de salud. La PrEP, como método, tiene el potencial para promover el empoderamiento del usuario, desde que sea asociada al uso informado. La PEP también recurre a la utilización de medicamentos como la PrEP, pero se toma después de la exposición (pos exposición), teniendo que ser iniciada la profilaxis en las primeras 72h, durante 30 días, con 90 días de seguimiento médico en un servicio debidamente estructurado.³⁰ Una comparación entre los dos tipos de profilaxis sería una persona VIH negativa que toma PrEP porque su pareja es VIH positivo, mientras que la PEP sería tomada, por ejemplo, por un usuario que hace uso habitual del preservativo y constata la ruptura del mismo durante una relación sexual.

Otro enfoque biomédico preventivo que está siendo fuertemente promoviendo es la CMMV (circuncisión médica masculina voluntaria), especialmente en las regiones de África subsahariana con epidemias generalizadas. Según algunos estudios, la circuncisión masculina ayuda a reducir la transmisión del VIH de la mujer al hombre.^{31, 32, 33} Sin embargo, como se ha discutido anteriormente en la sección sobre *La historia de la pedagogía del tratamiento*, la CMMV es un procedimiento médico culturalmente sensible, y los estudios sobre su eficacia y efectividad revelaron dudas sobre su aplicación. Además, el método se refiere sobre todo al sexo heterosexual, sin tomar en cuenta otras poblaciones claves.

Por último, además de los productos farmacéuticos que se utilizan para la PrEP y la PEP y de técnicas como la circuncisión masculina, es importante destacar el papel del Tratamiento como Prevención (TcP) entre los enfoques biomédicos preventivos. El trata-

²⁹ PEASANT, Courtney; PARRA, Gilbert R & OKWUMABUA, Theresa M. Condom negotiation: Findings and future directions. *Journal of Sex Research*, 52:470-483, 2015.

³⁰ WHO. Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: WHO, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/info/en/>.

³¹ WEISS, H. A.; QUIGLEY, M.A.; HAYES, R. J. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS*, 14(15):2361-70, 2000.

³² BAILEY, Robert C. et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: A randomized controlled trial. *Lancet*, 369(9562):643-656, 2007.

³³ GRAY, Ronald H. et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: A randomized trial. *Lancet*, 369(9562):657-666, 2007.

miento como prevención se ha convertido en el más común en muchos países, en comparación con la PrEP, la PEP o la CMMV. El tratamiento antirretroviral efectivo suprime la carga viral del VIH, y los estudios ya demostraron que eso contribuye para la no transmisión del VIH. Por lo tanto, la terapia antirretroviral para todas las personas que viven con VIH tiene un papel central en la meta 90-90-90, y el tratamiento como prevención ha sido promovido cada vez más como la forma más importante de prevención biomédica en muchos programas de prevención del VIH. Sin embargo, la cuestión del acceso todavía coloca enormes desafíos: se estima que sólo aproximadamente la mitad de las personas en el mundo que necesitan de tratamiento para el VIH tienen, de hecho, acceso al mismo.

En otros contextos en los cuales los preservativos y los métodos biomédicos no están disponibles o son considerados inadecuado, varios métodos comportamentales pueden utilizarse solos o en combinación. Estos métodos comportamentales incluyen la abstinencia sexual, posicionamiento estratégico, *serosorting* o elección de parejas con conocimiento del estado serológico, seguridad negociada, sexo con parejas exclusivas (“ser fiel”) y sexo anal o vaginal sin intercambio de fluidos corporales (en lenguaje coloquial, retirada del pene antes de la eyaculación, conocido también como coito interrumpido en la relación sexual heterosexual). El posicionamiento estratégico significa asumir roles sexuales que potencialmente implican en menos riesgo de transmisión tales como, practicar solamente el sexo oral o sexo anal penetrativo. *Serosorting* significa una elección consciente para practicar sexo con personas con el mismo estado serológico. La seguridad negociada puede considerarse una forma de *serosorting* entre parejas regulares que hacen un acuerdo sobre qué prácticas sexuales son permitidas dentro y fuera de la relación. Eso toma en cuenta el estado serológico de ambos, pero a menudo entre dos personas VIH negativas.³⁴ Se reconoce que todas esas prácticas, incluyendo el sexo con parejas exclusivas y relaciones sexuales sin intercambio de fluidos, tienen importantes limitaciones en términos de efectividad, pero pueden ser utilizadas para ayudar a reducir algún nivel de riesgo.

Es importante resaltar las limitaciones de los términos utilizados para clasificar los diferentes métodos preventivos, como “biomédica” y “comporta-

mentales”. Estas terminologías crean una impresión falsa, como si los métodos preventivos actuasen aisladamente entre sí, mientras que en la práctica esto dista mucho de la verdad. En casi todos los contextos, es necesario que exista algún nivel de cambio de comportamiento para que los métodos biomédicos sean utilizados. La PrEP, por ejemplo, requiere cambios de comportamiento complejos como adhesión a la toma de un comprimido diario, contacto regular con un profesional de atención primaria y la comprensión de la interacción fisiológica entre el medicamento y el organismo de la persona.

Existen otros métodos de prevención del VIH que no giran en torno a la actividad sexual. La prevención de la transmisión vertical (de la madre al hijo durante el embarazo) incluye un esquema antirretroviral para el recién nacido en las primeras seis semanas de vida, además de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses si la carga viral de la madre está baja (y si no existiese la disponibilidad de agua limpia para preparar la fórmula).³⁵ El intercambio de agujas y jeringuillas, una intervención estructural que ayuda a reducir el uso de agujas y jeringuillas contaminadas, es importante tanto para la reducción de daños relacionados con consumo de drogas como para la prevención del VIH. A pesar de la recomendación de la OMS con el fin de implementar esta forma de prevención a nivel mundial,³⁶ ella es considerada polémica y legalmente no disponible en muchos países, siendo vista como una apología al uso de drogas ilegales. Las barreras estructurales a la prevención, como la criminalización del intercambio de agujas y jeringuillas, sólo hacen aumentar aún más el riesgo de transmisión del VIH para usuarios de drogas inyecta-



³⁴ NAM:AIDS MAP. Negotiated Safety, 2015. Disponible en: <http://www.aidsmap.com/Negotiated-safety/page/1746400/>.

³⁵ WHO. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: UNAIDS, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf.

³⁶ WHO. Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission: WHO, 2004. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/provisionofsterileen.pdf>.

bles porque las tornan prácticas clandestinas, dificultando el acceso a recursos tales como agujas y jeringuillas limpias.

La complejidad de la selección de un método de prevención de entre las opciones disponibles actualmente refleja la complejidad de la realidad humana; así, un determinado método puede ser suficiente para una persona, pero no para otra. Es muy importante destacar que los métodos no existen de manera aislada entre sí. Es necesario un enfoque preventivo que facilite no sólo la capacidad de utilizar un método, como también el acceso y el empoderamiento necesario para optar por usarlo. Aquí el concepto de pedagogía, combinado con la prevención, se convierte altamente significativo para avanzar en la programación, planificación y el activismo en relación con el VIH. La amplia gama de opciones para la prevención, ya sea sexual o no, puede parecer excesivo e intimidante. La persona puede no saber dónde o cómo acceder a muchas de las diferentes opciones de prevención, o incluso ni siquiera pueden saber si existen. Sin el empoderamiento, a menudo las poblaciones y los individuos son empujados a utilizar formas de prevención que no les conviene ni les ayuda a reflexionar sobre sus experiencias. Para avanzar en esta lucha, necesitamos de la pedagogía de la prevención.

Pedagogía: del tratamiento a la prevención

Para lidiar con la complejidad de las opciones preventivas, es importante reconocer la complejidad de los individuos y de las comunidades. Organismos internacionales como ONUSIDA y el Fondo Mundial, así como los gobiernos, tratan de dar prioridad a los grupos más vulnerables a la transmisión del VIH, identificados como “poblaciones claves”. Muchas veces estas poblaciones son definidas de una forma que permitan incluir personas sin hogar, inmigrantes, niños, mujeres embarazadas y particularmente un fuerte énfasis en siete grupos específicos: profesionales del sexo, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas intravenosas, personas trans, personas en privación de libertad, las adolescentes y las mujeres.³⁷ Aunque los datos muestren que estos grupos específicos son los más vulnerables a la transmisión del VIH, las políticas y programas raramente re-

"Sin el empoderamiento, muchas veces, las poblaciones e individuos son empujados para categorías de prevención que no les conviene y ni ayudan a reflexionar sobre sus experiencias."

conocen la frecuente superposición de esas categorías o la fluidez y el cambio de categorías a lo largo de la vida de la persona. En la mayoría de las veces cada población clave es discutida como si fuera separada de las otras poblaciones, por ejemplo, un determinado individuo es preso o mujer o

profesional del sexo, y no una mujer cis que está encarcelada por prostitución porque vive en un país donde la prostitución es ilegal. La realidad es que muchas personas pueden representar, y de hecho representan, una superposición de estas diversas poblaciones (que no existen de manera aislada unas de las otras). Además de esta superposición, hay interfaces entre raza o etnia, condición socioeconómica, identidad de género y orientación sexual que impactan las experiencias sexuales diarias de cada persona. Por ejemplo, una profesional del sexo que es cis y también usuaria de drogas inyectables no tendrá la misma experiencia sexual de una profesional de sexo trans que también es usuaria de drogas inyectables. La superposición y la intersección crean una diversidad de experiencias y vulnerabilidades que pueden caracterizar las situaciones de las diferentes comunidades, así como de diferentes personas, sugiriendo la necesidad de un proceso de decisión más elaborado y significativo en relación a la complejidad de las necesidades y a la variedad de métodos de prevención.

Con la situación actual, no existe una solución tipo “tamaño único” que pueda prescribirse para todas las personas y ni a grupos específicos. Por lo tanto, es absolutamente necesario que las personas tomen sus propias decisiones sobre cuáles métodos de prevención funcionan mejor para sí mismo y para sus vidas. Para eso, necesitan disponer de informaciones para evaluar sus opciones del acceso a métodos preventivos para evaluar sus propias necesidades y el derecho a exigir estos métodos preventivos si no están disponibles. Similares a las condiciones que crearon la necesidad de una pedagogía del tratamiento en la medida en que la terapia antirretroviral combinada quedó disponible, existen actualmente las condiciones que crean la necesidad de la pedagogía de la prevención.

En este contexto, la idea de la pedagogía va mucho más allá de la simple capacidad de leer informaciones médicas y de comprender la orientación de los profesionales de la salud. Un ejemplo de “*literacy*” o

³⁷ UNAIDS. 12 Populations: Being Left Behind - 12 Populations at Higher Risk of HIV Infection: UNAIDS, 2014. Disponible em: https://unaidsap.files.wordpress.com/2014/01/00-900_12-populations.gif?w=700&h=&crop=1.

alfabetización en el sentido simplista “alfabetismo” es utilizado hoy por muchos servicios de salud, especialmente en los Estados Unidos, con el concepto *health literacy* o “alfabetización en salud”, centrado en la legibilidad de las informaciones de salud para pacientes que sufren de comprensión de la lectura y/o barreras lingüísticas en el momento de la comunicación con profesionales de salud.³⁸ En contraste con este concepto estrecho de alfabetismo en salud, la pedagogía de la prevención, según la definición que adoptamos aquí, va mucho más allá de la habilidad de leer. Incluye la capacidad para procesar y evaluar las informaciones de salud para tomar decisiones con base en lo que es mejor para cada persona, además de negociar y exigir el derecho a estas opciones y discutir las con sus parejas y compañeros. La capacitación para la prevención no significa apenas el procesamiento de las Informaciones, sino también un proceso de “concientización” y empoderamiento que les permite a las personas colocar los conocimientos en práctica. Paulo Freire, teórico pedagógico y político hace una distinción clara entre esos dos conceptos de pedagogía.³⁹ En su libro *Pedagogía del Oprimido*, Freire argumenta contra lo que él describe como “educación bancaria”, en la cual el alumno es apenas un receptáculo del conocimiento omnipotente del profesor – como una cuenta bancaria sin nada o deficitaria, esperando para recibir el conocimiento correcto a ser depositado por el instructor. En esta estructura los estudiantes no tienen poder y ninguna motivación para entender lo que les enseñan, pero hacen lo que el profesor determina.⁴⁰ Freire afirma que eso refuerza una dinámica de poder entre el opresor y el oprimido, negando la humanidad de ambos. Como una alternativa a este paradigma pedagógico opresivo, Freire propone un proceso de concientización en la cual se insta al estudiante a comprender e interactuar con el conocimiento en un dúo dinámico con el profesor. Esa conciencia no debe establecerse como el simple “recibimiento” de informaciones y opciones disponibles, sino por el contrario, como la localización del “yo” dentro del contexto social y ambiental de la propia persona (que incluye todos los factores estructurales que dejan a la persona en riesgo de adquirir VIH). La concientización también pretende crear la

movilización colectiva para exigir la transformación positiva de esas construcciones sociales que continúan oprimiendo a las personas.⁴¹ Ese cambio, podría ser realizado creando espacios de discusión y debate –así participando en la concientización comunitaria – además de proporcionar el apoyo social necesario para que las personas escojan sus propias opciones.⁴² Mientras que la construcción de la alfabetización sanitaria en muchos servicios de salud corresponde a la “educación bancaria” criticada por Freire, la pedagogía de la prevención, según nuestra definición, sólo puede ser realizada plenamente a través del proceso de concientización y compromiso, como fue descrito por Freire y otros educadores. Por lo tanto, abogamos por un concepto de pedagogía de la prevención, que es fundamentalmente comparable a la pedagogía del tratamiento defendido por organizaciones como TAC durante más de una década: como una necesidad y un derecho fundamental de todos aquellos que son vulnerables a la infección por el VIH.

Es importante asociar la “concientización” de Freire al contexto de la prevención del VIH, porque a menudo los grupos socialmente marginados carecen del acceso a la atención médica adecuada, incluyendo el acceso a la prevención y a la medicina preventiva; a menudo estos grupos sufren de estigma y de discriminación por los servicios de salud. ¿Cómo estas personas pueden confiar que los profesionales de salud les informarán sobre los mejores métodos preventivos para ellos? ¿Cómo se espera que un/a profesional del sexo o una mujer trans reciba información sobre los mejores métodos preventivos para sus necesidades específicas, en un contexto donde la prostitución es ilegal o el sistema médico discrimina a personas trans? En la ausencia de una red sanitaria competente que pueda reconocer y atender esta diversidad de necesidades, la pedagogía de la prevención sirve como un canal viable para que personas marginadas tomen decisiones adecuadas sobre sus opciones de prevención. Estas personas deben ser vistas como especialistas, porque son los únicos que conocen las especificidades y las necesidades de sus propias experiencias. La pedagogía de la prevención invita a las personas a colaborar y a solidarizarse, porque tiene el potencial para empoderar a los grupos marginados,

³⁸ CDC, 2015. Learn About Health Literacy. Acessado em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>.

³⁹ A pedagogia é o método e a prática da educação e do ensino, especialmente em termos de conceitos teóricos.

⁴⁰ FREIRE, Paulo. *Pedagogy of the oppressed*. New York: New Continuum, pp. 71-87, 1970.

⁴¹ PAIVA, Vera. “Gendered scripts and the sexual scene: Promoting sexual subjects among Brazilian teenagers,” em Richard Parker, Regina Maria Barbosa & Peter Aggleton, eds., *Framing the Sexual Subject: The politics of gender, sexuality and power*, Berkeley, Los Angeles e London: University of California Press, 2000, pp. 216-239.

⁴² MARTOS, Alexander J. “Vernacular knowledge and critical pedagogy: conceptualising sexual health education for young men who have sex with men.” *Sex Education*, pp. 1-15, 2015. Disponível em versão eletrônica antes da publicação impressa, em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681811.2015.1088434?journalCode=csed20>.

un proceso que involucra una fuerte revitalización y continuación de las respuestas comunitarias que surgieron en los primeros años de la epidemia. Pero también depende de la construcción de sistemas de salud y servicios que respondan realmente a las necesidades de los usuarios. En la ausencia de sistemas de salud que atiendan a las comunidades, el empoderamiento y la movilización comunitaria son relegados y truncados. Por lo tanto, la pedagogía de la prevención tiene el potencial de fortalecer simbióticamente las respuestas comunitarias. A través del empoderamiento y el liderazgo comunitario, la pedagogía de la prevención puede dar voz a aquellos que de otra forma no la tendrían.

La pedagogía de la prevención guarda una estrecha relación con la progresiva expansión e inclusión de los derechos humanos universales. Es importante destacar como derechos, el acceso a métodos preventivos, la comprensión de los mismos y la opción de escogerlos con empoderamiento. Así como el acceso y la capacitación para el tratamiento son descritos e reivindicados como derechos humanos, el acceso y la pedagogía de la prevención también son derechos. Si el derecho a la salud es un derecho humano universal, la prevención debe ser vista como parte integral de ese derecho. En ese sentido,

defendemos que el acceso a todas las informaciones sobre toda la gama de posibilidades y elecciones en relación a la prevención deben ser un derecho humano, tanto como el acceso al tratamiento, una posición que sería obviamente muy diferente de aquellas adoptadas por programas como el PEPFAR, como parte del escalonamiento de los servicios para el VIH a lo largo de la última década. Las respuestas de la sociedad civil y de la comunidad, que necesitan ser revitalizadas, defienden la prevención como derecho humano amplio y deben asegurar que las técnicas (y las tecnologías de prevención) y la pedagogía de la prevención, que capacita a las personas en sus metodologías, no sean el privilegio de pocos, sino que las dos beneficien a todos los que están en riesgo de infectarse con el VIH.

Conclusión

En la actualidad, mientras hay múltiples discursos (y a menudo conflictivos) sobre los diferentes enfoques para la prevención del VIH, todavía no existe una *prevention literacy* o una pedagogía de la prevención como la hemos definido aquí. Por el contrario, hay una necesidad urgente de redefinir la prevención y crear una verdadera pedagogía de la prevención elaborada por y para las comunidades más vulnerables al VIH, en anticipación al escalonamiento de la prevención. Tal redefinición es necesaria para poder lidiar adecuadamente con la complejidad de los métodos de prevención disponibles, así como el derecho a acceder a estos métodos. Necesitamos una discusión permanente sobre la necesidad de “respuestas personalizadas” a la epidemia si quisiéramos ser realistas con relación al “fin del SIDA” hasta el 2030. Para esa finalidad los más afectados por la epidemia deben tener voz en la definición de la respuesta, además de poder tomar sus propias decisiones sobre las opciones de prevención que mejor se adapten a sus necesidades. Las personas deben ser capaces de evaluar las informaciones y tomar decisiones sobre esas informaciones, negociar y exigir el acceso a las diferentes opciones (hoy y en el futuro) y para discutir estas cuestiones con sus parejas, compañeros y profesionales de la salud.

Por lo tanto, hoy en día la cuestión de la prevención del VIH, tiene muchos paralelos con la ampliación del tratamiento. Para aprender de las lecciones del pasado, el desarrollo y la aplicación de la “pedagogía de la prevención” son tan necesarios como la pedagogía del tratamiento con el fin de ampliar el alcance del empoderamiento hasta incluir, no sólo aquellos que viven actualmente con VIH, sino también aquellos que están en riesgo de contraer el virus. La conversión serológica no debe definir más quién es marginalizado por la epidemia de SIDA. Al contrario, hoy tenemos herramientas para mantener a las personas seronegativas al VIH, así como ofrecerles los medios para tomar el control de sus cuerpos y de su salud. Para tomar en serio la pedagogía de la prevención, debemos reconocer que ella sólo puede ocurrir cuando las personas colaboren y se apoyen



unas a otras; esto depende de la solidaridad, del empoderamiento y de la revitalización de las respuestas comunitarias frente a la epidemia. También depende de sistemas de salud y servicios que respeten los derechos y que respondan a las necesidades de los usuarios. La verdadera pedagogía de la prevención sólo tiene lugar cuando es construida sobre cimientos sólidos con comunidades movilizadas y sistemas de salud que respondan verdaderamente a las poblaciones.

La epidemia del SIDA se ha caracterizado por la devastadora tendencia de afectar a los ya excluidos por la sociedad: pobres, minorías étnicas y raciales,

usuarios de drogas inyectables, gays, bisexuales y otros HSH, profesionales del sexo y mujeres. Si queremos realmente erradicar el SIDA hasta el año 2030, no podemos hacerlo sin demostrar esas desigualdades y las construcciones sociales que intentan mantener la opresión de los vulnerables. Sólo podemos lograr este objetivo si confrontamos las desigualdades directa y deliberadamente. El concepto de pedagogía de la prevención del VIH sirve no sólo como un modo de estructurar esta estrategia, sino también como palabra de orden, dando voz a aquellos entre nosotros que tantas veces son silenciados.





ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

OBSERVATÓRIO GLOBAL
DE POLÍTICAS DE AIDS

OBSERVATÓRIO NACIONAL
DE POLÍTICAS DE AIDS