

## SECCIÓN INFORMATIVA

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

### Grupos de Prevención del SIDA (GPSIDA): 15 años de trabajo sostenido en la prevención del VIH/sida

Ing. Carlos Aragonés López,<sup>1</sup> Téc. Jorge Raúl Campos Díaz,<sup>2</sup> Lic. Lizet Sánchez Valdés<sup>3</sup> y Dr. Lorenzo Jorge Pérez Ávila<sup>4</sup>

#### RESUMEN

La epidemia de SIDA constituye un importante reto para la supervivencia humana. Aunque en Cuba la prevalencia es inferior a 0,1 % en adultos, este problema es considerado una prioridad. El Grupo de Prevención del sida (GPSIDA) surgió con la intención de sumarse a la respuesta del Ministerio de Salud Pública a la lenta pero creciente epidemia. GPSIDA, integrado por seropositivos y seronegativos al VIH, realiza acciones encaminadas a educar a la población, evitar nuevas infecciones y apoyar a los infectados y sus familiares. Este trabajo se propuso documentar el desarrollo del grupo desde su fundación en 1991 hasta 2006, durante sus primeros 15 años. Se ha creado una infraestructura para los GPSIDA al nivel provincial y ha fortalecido la red de comunicación e intercambio. Hoy funcionan 16 GPSIDA en el país, que agrupan a más de 300 miembros y 500 colaboradores en la prevención de las ITS y VIH/SIDA.

**Palabras clave:** SIDA, VIH, prevención, GPSIDA, persona con VIH, Cuba.

El surgimiento, evolución y proyección estratégica del Grupo de Prevención del SIDA (GPSIDA) estuvo determinado por el desarrollo de la epidemia en el contexto nacional e internacional, la implementación temprana del Programa Nacional de respuesta al VIH/sida, la existencia de los sanatorios, la accesibilidad de atención médica a los infectados y la visión de la población sobre la enfermedad y las personas con VIH.

#### *Magnitud de la epidemia*

La epidemia producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del

síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), se extiende inexorable e indeteniblemente hacia todos los rincones del mundo y constituye un gran reto para la supervivencia de la humanidad.

Según estimados de ONUSIDA y la OMS, a finales del siglo pasado el número de muertes por sida alcanzaba los 20 000 000 y alrededor de 40 000 000 de personas vivían con VIH/sida en todo el mundo, cifras que duplicaban todos los pronósticos realizados una década atrás.<sup>1</sup>

Cuando en 1981 se reportaban los primeros casos, no se sospechaba el enfrentamiento a un problema, no solo de salud sino también social, de los más graves hasta ahora conocidos, que ha traído

<sup>1</sup> Máster en Epidemiología. Ingeniero Informático. Departamento de Bioestadística y Computación. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK).

<sup>2</sup> Técnico en Contabilidad. Departamento de Bioestadística y Computación. IPK.

<sup>3</sup> Máster en Epidemiología. Doctora en Ciencias de la Salud. Licenciada en Matemática. Investigadora Auxiliar. Subdirección de Epidemiología. IPK.

<sup>4</sup> Especialista en Farmacología. Profesor Auxiliar. Investigador Titular. IPK.

do la desestabilización de la familia al verse afectada por la enfermedad y muerte de uno o varios de sus miembros y el desamparo de otros, y pérdidas económicas extremas para varios países que han visto morir a parte importante de su fuerza laboral.<sup>2</sup> Estas devastadoras consecuencias han obligado al ser humano a reflexionar y replantearse aspectos estrechamente relacionados con la propia vida y en los que se involucran la intimidad y las relaciones con los demás.

Cuba ha logrado mantener una baja tasa de crecimiento de VIH, constituyendo una excepción en el área del Caribe con una prevalencia en adultos por debajo de 0,1 %.<sup>3</sup> Sin embargo, el VIH/sida constituye un problema.<sup>4</sup> Hacia finales de 2006 se habían diagnosticado más de 7 500 personas con VIH y alrededor de 1 400 habían fallecido por sida.<sup>5</sup> De las infecciones de transmisión sexual (ITS), el total anual de 2 099 casos de sífilis y 5 954 casos de blenorragia reportados en el país, indican que aún queda por hacer en términos de prevención.<sup>6</sup>

#### *Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/sida*

Ya desde 1983, cuando en Cuba aún no se había detectado el primer caso de VIH, las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) tomaron como medida la prohibición de importar hemoderivados de países que hubieran reportado casos, y se estableció en las unidades hospitalarias un sistema de vigilancia epidemiológica para el sarcoma de Kaposi, neumonías a repetición y cualquier otro proceso que pudiera hacer pensar en sida.<sup>2</sup>

En 1985 se adquieren los primeros kits diagnósticos, se conoce del primer caso en el país y se determina como principal causa de infección la transmisión sexual, por lo que los esfuerzos se dirigen hacia esta vía, y a finales de este año se elabora el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/sida. Las experiencias existentes en el control de las ITS se tuvieron en cuenta para establecer como elementos básicos: la pesquisa masiva a los grupos de riesgo, el estudio epidemiológico de toda persona infectada, un componente de educación para la salud dirigido a la población y el ingreso a un sanatorio de todos los diagnosticados.<sup>2</sup>

El Sistema Nacional de Salud existente, accesible y gratuito para toda la población, sin importar sexo, raza, religión, militancia política o poder adquisitivo, permitió iniciar tempranamente este programa para la prevención y el control del VIH/sida.<sup>7</sup>

#### *Los sanatorios*

En 1986 se fundó el primer sanatorio en Santiago de Las Vegas, Ciudad de La Habana. Ya en 1991 habían sido implementados en todas las provincias del país, excepto en Las Tunas, La Habana y el municipio especial Isla de la Juventud.<sup>8</sup> Durante los primeros años, la entrada era de estricto cumplimiento<sup>9</sup> y tenía la intencionalidad de educar y entrenar a las personas para vivir con el VIH, darles atención médica y psicológica, así como los cuidados necesarios para enfrentar el impacto del diagnóstico y su vida futura.<sup>10-12</sup> El entrenamiento "Aprendiendo a vivir con VIH" ha representado una gran ayuda para muchas personas infectadas y sus familiares. En los sanatorios las personas recibían visitas y pases de fin de semana.<sup>9</sup>

A partir de 1994, dada la experiencia adquirida en el desarrollo del programa, se establece el Sistema de Atención Ambulatoria.<sup>2</sup> Este reincorporó a las personas seropositivas al VIH a la sociedad, listas para convivir con el virus, cuidar su salud y la de los demás. Las personas diagnosticadas con VIH pudieron continuar estudiando o trabajando, según su situación, al amparo de la legislación vigente en el país.<sup>13</sup> Un importante grupo de personas regresaron a sus hogares, recibiendo atención integral por parte de sus médicos de familia. Otras, decidieron quedarse viviendo en los sanatorios. La atención especializada la recibían en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

Entre las múltiples medidas llevadas a cabo por el Ministerio de Salud Pública, el tema de los sanatorios ha sido muy controvertido, tanto a los niveles nacional como internacional. Sin embargo, algunos coinciden en que estas han contribuido al lento crecimiento de la epidemia.<sup>14</sup>

Para muchas personas diagnosticadas, el sanatorio significó un lugar que las acogió y donde pudieron vivir, aprender y ser atendidas. Allí, además de recibir atención médica especializada, pu-

dieron participar en actividades recreativas, culturales, deportivas y educativas. Muchos decidieron contribuir de alguna manera a la respuesta nacional por evitar que el VIH se siga propagando.<sup>15</sup> Para otros, el sanatorio significó la separación de sus vidas cotidianas y de su familia y tuvo un impacto psicológico negativo. Actualmente, la entrada a un sanatorio es decidida sobre la base de la voluntariedad de la persona con VIH, después de un análisis de cada caso específico.

Los sanatorios llevan a cabo un número importante de transformaciones, que los convierten en la actualidad en Centros de Atención Integral a Personas con VIH.

#### *Atención médica, seguimiento y tratamientos*

El tema de la atención médica y el acceso a tratamientos en el VIH/sida se presenta recurrente y extremadamente angustiante en muchos foros y eventos internacionales a lo largo de todos estos años. En Cuba, las más modernas tecnologías para el seguimiento de las personas con VIH han sido adquiridas desde los primeros años, a pesar de su elevado costo. Todas ellas, en manos de un personal muy calificado y comprometido han contribuido a detectar a tiempo los problemas más importantes de salud, elevar la calidad de vida de cada persona y alejar la muerte.

En cuanto a tratamientos, la terapia antirretroviral se considera la opción más avanzada para un paciente clasificado como sida.<sup>16</sup> En este aspecto, la historia del VIH/sida en Cuba puede dividirse en 3 etapas fundamentales: la primera, de 1986 a 1996, cuando no existían y había solo grandes esperanzas de que algún día aparecieran; la segunda, de 1996 a 2001, cuando existían algunos pero Cuba no podía adquirirlos para todos; y la tercera, a partir de 2001, cuando el Estado decidió comenzar la producción de genéricos nacionales, similares a los que se comercializan en el mercado internacional,<sup>17</sup> lo cual permitió el acceso total y gratuito para todas las personas que lo necesitan. El uso de los genéricos cubanos ha demostrado ser eficaz, al mejorar los parámetros inmunológicos y virológicos, aumentar la supervivencia de los pacientes, disminuir la aparición de enfermedades oportunistas y el número de muertes por sida en el país.<sup>16,18</sup> Posteriormente, con el apoyo del Fondo

Mundial para la Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, se ampliaron las combinaciones posibles de tratamientos.

A partir del acceso al tratamiento antirretroviral surge un nuevo problema, del que Cuba no ha estado exenta: la falta de adherencia terapéutica por parte de las personas con VIH. Esto trae consigo el desarrollo de cepas virales resistentes a los medicamentos y el consecuente fallo de la terapia.<sup>19,20</sup>

#### *La visión de la población*

Desde los primeros años de la epidemia de VIH, la población percibe la amenaza de una nueva enfermedad, a la que relaciona con una vida desordenada y homosexual. Esto conllevó a una baja percepción de riesgo. En algunas personas provocaba miedo e incertidumbre, para otros significaba muerte, mientras que a otros los obligaba al cambio de conductas. En cualquier caso el VIH significó un análisis desde lo más profundo de la vida privada.

La existencia de los sanatorios propició en la población un falso sentimiento de seguridad y una baja percepción de riesgo, al creer que todas las personas diagnosticadas con VIH estaban viviendo dentro de ellos y por tanto, no constituía una prioridad protegerse.<sup>21</sup>

Por otra parte, la introducción de los antirretrovirales generó la idea en la población de que ya existía una cura para el sida, disminuyendo la preocupación sobre la transmisión del VIH. Esto ocasionó conductas sexuales de riesgo, especialmente entre los no infectados.<sup>19,20</sup>

### **SURGIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE GPSIDA**

#### *Las primeras acciones de las personas con VIH en la respuesta al SIDA*

A finales de 1988, en el Sanatorio de Santiago de Las Vegas, personas seropositivas y seronegativas al VIH se unieron a especialistas del departamento de psicología, con el objetivo de obtener información y actualizarse sobre la problemática del sida al nivel mundial y en Cuba. Se proponían además llevar a cabo acciones para educar a la población y evitar nuevas infecciones. Les interesaba fortalecer la labor de prevención y apoyar el

Programa Nacional de Lucha contra el sida del MINSAP, convencidos de que el seropositivo desempeñaría un papel decisivo en este proceso,<sup>22</sup> lo cual ha sido confirmado posteriormente.<sup>23</sup>

En 1989, varias personas seropositivas se dieron a conocer como tal. Hablaron ante los medios de comunicación, en centros educacionales y recreativos, en espacios públicos y centros de trabajo, promovieron la necesidad de protegerse y actuar con responsabilidad frente a la realidad del VIH/sida, alertaron a la población y la sensibilizaron ante las personas con VIH.<sup>6,19</sup> Estos fueron los primeros intentos por estructurar acciones de prevención donde participaron personas con VIH. Este trabajo se mantuvo con diferentes actividades, dentro de las que se destaca la confección de un plegable con información sobre VIH/sida para población general y otro para adolescentes.

*15 años contribuyendo a que las personas no se infecten con VIH y las infectadas no mueran por Sida*

En 1991 se constituyó oficialmente GPSIDA en el Sanatorio de Santiago de Las Vegas. Entre sus múltiples acciones, se creó un buró de información y consejería a la población, que funcionó en coordinación con el Centro Nacional de Educación para la Salud. En 1992 GPSIDA abrió un nuevo buró de información a la población en el Pabellón Cuba, instalación de carácter recreativo-cultural ubicada en un lugar céntrico de Ciudad de La Habana, a la que acuden gran cantidad de jóvenes. Ya en 1993, se estableció un servicio de consejería en el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Ciudad de La Habana, para las personas que se realizaban la prueba de anticuerpos al VIH y recibían un resultado tanto positivo como negativo.<sup>24</sup>

A partir de la creación de nuevos sanatorios en las provincias, estas ideas se expandieron con gran fuerza y se integran nuevos grupos a GPSIDA. Entre 1992 y 1995 se realizaron actividades dirigidas específicamente al personal de salud y a preparar a las personas infectadas y la población en escuelas secundarias, preuniversitarios, centros de enseñanza superior y de producción y servicios.

El trabajo de GPSIDA se distinguió en su proyección hacia la comunidad y en el apoyo a

personas recién diagnosticadas. En el contexto de las actividades educativas, las personas seropositivas, dependiendo de la dinámica del grupo, se identificaban voluntariamente como tal. Esto permitió una mayor sensibilización de la población hacia las personas con VIH y mayor identificación y confianza de los nuevos diagnosticados para expresar sus preocupaciones y temores.

Un aspecto clave relacionado con la calidad del trabajo de GPSIDA ha sido, desde su fundación, la capacitación. Sus miembros y colaboradores reciben entrenamiento en comunicación, como facilitadores de grupos, consejería en VIH/sida, cambio de comportamiento y promoción de salud. Se imparten talleres de formación de promotores de salud, de sensibilización, consejería y otros, que preparan a los miembros de GPSIDA para el trabajo educativo con la población, teniendo en cuenta que hasta el momento no existe una cura definitiva para el sida y que la educación es la única medida eficaz para evitar que la infección continúe propagándose.<sup>25</sup> Hasta finales de 2006 GPSIDA ha preparado más de 15 000 promotores de salud a lo largo de todo el país.

Con el objetivo de maximizar el desempeño de los miembros de GPSIDA, se ha trabajado con intensidad desde los primeros momentos en la identificación y disminución de las barreras personales de los promotores. Para lograrlo, se ha contado con espacios en talleres, grupos de discusión, grupos focales y desempeños de *roles*, que han brindado la oportunidad de abundar en sus potencialidades y limitaciones, preparándolos para el enfrentamiento a temas o grupos de difícil manejo para ellos. Con este fin, GPSIDA incorporó como metodología lo que más tarde se conocería como educación de pares, lo que permitió capacitar y dar apoyo a una parte de un grupo y lograr cambios de conocimientos, actitudes y prácticas entre los miembros del mismo grupo (Cicatelli Associates Inc. Educadores Pares. Manual para Adiestradores; 2000).

GPSIDA se encuentra a menudo en su labor de prevención con elementos obstaculizadores inherentes al proceso de cambio de comportamiento. Muchas conductas de riesgo implican gran placer y sus consecuencias aparecen a largo plazo, por lo que a simple vista no resulta fácil encontrar una cadena de hechos que enlace la conducta

de riesgo con el sida. Por otra parte, muchas personas perciben que las conductas preventivas pueden disminuir el placer o retardarlo, haciendo resistencia a estas. Así mismo, las personas habituadas a tener conductas de riesgo y que no les pase nada no encuentran razones para cambiar. Todos estos elementos exigen gran esfuerzo por parte de los educadores y un monitoreo sistemático de las conductas de riesgo de la población general y de las posibles situaciones desencadenantes.<sup>26-28</sup>

En sus comienzos, los grupos realizaban actividades aisladas que no formaban parte de un programa integral y eran solicitadas por diferentes instituciones. En 1996, el GPSIDA de Ciudad de La Habana, una vez que estuvo mejor organizado y capacitado, comenzó a trabajar por proyectos. Más adelante, el resto de los grupos asumió esta metodología.

En 1996, con el proyecto Memorias, GPSIDA se sumó al proyecto internacional Nombres. Este consiste en la exposición pública de paneles que contienen frases, fotos y objetos personales de fallecidos por sida, confeccionados por sus parejas, amigos y familiares. Los objetivos de este proyecto son: contribuir a la prevención del VIH/sida, a la comprensión de las consecuencias de la epidemia, favorecer la solidaridad y la sensibilización y humanizar el tema. Las muestras del proyecto Memorias causan gran emotividad, lo cual desencadena reflexiones muy positivas relacionadas con la prevención del VIH/sida.

En 1996, durante la conmemoración del décimo aniversario de la creación del Sanatorio de Santiago de Las Vegas, se exhibió el primer panel confeccionado. Meses después, miembros de GPSIDA participaron en la muestra internacional del proyecto Nombres en Washington, DC, EE. UU. Este mismo año se realizó una muestra de 7 paneles en el Pabellón Cuba. En agosto de 1997, en los jardines del Capitolio de La Habana, se organizó la primera Muestra Internacional del Proyecto Memorias, en la que estuvieron presentes paneles de EE. UU. y Venezuela. En diciembre se llevó a cabo por todo el país la 1ra. Muestra Nacional del Proyecto Memorias. A la caravana se fueron sumando los paneles realizados en las provincias.<sup>29</sup>

En 1997, se realizó la 1ra. Reunión Nacional de Personas con VIH, organizada por GPSIDA,

las autoridades del Sanatorio de Santiago de Las Vegas y el MINSAP. En ella se identificó que entre los GPSIDA provinciales no existía suficiente comunicación y el nivel de capacitación era desigual. Se determinó establecer un mecanismo de comunicación e intercambio entre todos los grupos y en general, entre las personas con VIH del país. El objetivo fundamental era colaborar en su formación y capacitación como promotores de salud, replicadores de información, sensibilizadores, y contribuir al empoderamiento y la autoestima, con la certeza de que existen grandes potencialidades en muchas personas con VIH para llevar adelante proyectos de prevención. Con estos elementos surgió la idea de crear una red nacional de GPSIDA en el país.<sup>30</sup>

En 1998, las autoridades de salud fundan el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida, institución que desempeña una importante labor en la educación, orientación y sensibilización de la población cubana en cuanto al VIH/sida y en el apoyo a las personas con VIH. Desde este momento, varios miembros de GPSIDA se integraron al programa de trabajo de este centro, destacándose en la consejería telefónica, el trabajo con adolescentes y jóvenes, y con personas con VIH.

Durante 1999 se realizó la 2da. Muestra Nacional del proyecto Memorias, que recorrió todas las capitales provinciales del país y efectuó múltiples actividades de capacitación y sensibilización a la población. Este recorrido permitió mostrar un total de 120 paneles.

Desde 2001 se ha ganado en organización y capacidades de trabajo. Las acciones actuales, integradas en el Proyecto de Desarrollo de Capacidades Organizativas y de Trabajo de los GPSIDA, financiado por la ONG holandesa HIVOS, complementan las necesidades de información y capacitación de las diferentes comunidades y grupos vulnerables con los que trabajan. Desde 2005 funciona en el país un grupo en cada provincia y 3 en La Habana, llegando a un total de 16 grupos. Estos reúnen a más de 300 miembros y 500 colaboradores articulados en una red nacional, que ha permitido el intercambio y la colaboración entre los grupos a través de boletines, listas de distribución de información, reuniones regionales y nacionales, talleres y un evento científico anual.

### De la sistematización y evaluación de GPSIDA

Desde sus inicios hasta la actualidad, los GPSIDA han atravesado por diferentes etapas (tabla 1).

Los GPSIDA están constituidos por seropositivos y seronegativos al VIH. El elemento fundamental que une a las personas que participan de esta labor es el interés común de hacer prevención de VIH. Se cuenta con un reglamento que rige el trabajo y la disciplina de sus miembros y colaboradores, así como con una estructura de coordinación, que garantiza la participación de todos los grupos en las decisiones (tabla 2).

GPSIDA trabaja desde una perspectiva participativa e inclusiva. Entre sus valores fundamentales se encuentran: el compromiso con el trabajo de prevención, la voluntariedad, la horizontalidad, la actitud positiva y la elevada calificación que permite la máxima calidad del trabajo.

Durante gran parte de estos años, al igual que en otros países, las acciones por evitar la propagación de la epidemia de sida estuvieron dirigidas hacia la información, educación y alerta a la población, más que a evaluar la efectividad de las acciones realizadas.<sup>31</sup> Llevar a cabo evaluaciones permite renovar el programa de trabajo hacia el logro de nuevas metas<sup>32</sup> y comprender cómo aumentar su efectividad.<sup>33</sup> Durante el mes de febrero de 2004, los Coordinadores Provinciales, la Coordinación Nacional de GPSIDA y una consultora externa, se reunieron en Ciudad de La Habana para llevar a cabo una evaluación interna profunda y la planificación estratégica para los siguientes 3 años. Este proceso permitió reflexionar sobre el desarrollo de los grupos, conocer adónde se quiere llegar y cómo lograrlo. Quedó definida la misión de GPSIDA como: contribuir a disminuir la incidencia del VIH y los problemas psicosociales asociados al sida, desarrollando procesos de información, capacitación, y sensibilización en las personas con VIH y otras poblaciones vulnerables.

**TABLA 1.** Descripción de las etapas de los GPSIDA. 1991-2006

Períodos	1991-1996	1997-2000	2001-2003	2004-2006
Total de grupos	6	11	15	16
Total de miembros	80	140	250	315
Mujeres	14	35	107	129
Personas con VIH	65	94	151	102
Profesionales y técnicos	26	57	129	137
Metodología de trabajo	Actividades a solicitud	Proyectos de trabajo	Proyectos de trabajo	Investigación Acción participativa
Interrelación entre los GPSIDA	Muy pobre	Algunas relaciones de trabajo	Creación de la red	Fortalecimiento y ampliación de la red

**TABLA 2.** Evolución de la estructura de coordinación de los GPSIDA. 1991-2006

Períodos / Niveles	Nacional	Regional	Provincial
1991-1996			Coordinador de Grupo
1997-2000			Coordinador Provincial
2001-2003	Coordinador Nacional Vicecoordinador Nacional		Coordinador de Proyectos Coordinador Provincial Vicecoordinador Provincial Coordinador de Proyectos
2004-2006	Comité de Coordinación Nacional Coordinador Nacional Vicecoordinador Nacional Monitores regionales	Comité de Coordinación Regional Centro de Referencia Regional	Coordinador Provincial Vicecoordinador Provincial Coordinador de Proyectos

Durante el período 2001-2006, el trabajo de GPSIDA se ha desarrollado en un contexto muy favorable, donde se mantienen elementos que resultan de gran importancia para sus miembros. Estos son: el Sistema de Atención Ambulatoria, las leyes vigentes relacionadas con la atención y seguimiento a las personas con VIH y el acceso total a tratamiento antirretroviral. Aunque estos son muy positivos, se consideran al mismo tiempo la causa de que algunos miembros se hayan retirado de los grupos, al sentirse más seguros en cuanto a su salud y desear volver a su trabajo anterior. El intercambio constante y la colaboración entre los GPSIDA ha sido un aspecto que se ha mantenido en el tiempo y que ha influido en la calidad y el cumplimiento de los planes de trabajo.

Las autoridades de los sanatorios están sensibilizadas con el trabajo realizado y lo facilitan, aspecto que ha potenciado la labor comunitaria. Un aspecto importante en el desarrollo y posibilidades de los GPSIDA ha sido la participación en las reuniones y los eventos que involucran a decisores relacionados con la atención sanatorial y la prevención. GPSIDA ha contado con su apoyo para la organización de las actividades y visitas de monitoreo, lo que resulta en una mayor atención y seguimiento al trabajo que desarrolla. Por otra parte, GPSIDA ha afianzado la colaboración con las instituciones del Ministerio de Salud Pública a lo largo de todo el país y los diferentes sectores sociales.

El período 2004-2006 significó un salto cualitativo en el desarrollo de las capacidades de infraestructura y comunicaciones de GPSIDA (tabla 3).

GPSIDA continúa adelante, ayudando a la población a protegerse para no infectarse con el VIH, y a los seropositivos a aumentar su calidad de vida, logrando que cada día sean más responsables con su salud.

#### *Algunas lecciones aprendidas*

- Las personas con VIH pueden desempeñar un papel importante en la respuesta a la epidemia de sida en el país.
- El trabajo de GPSIDA complementa la labor del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/sida y contribuye a su éxito.
- El trabajo conjunto con la comunidad permite conocer sus características y necesidades, y tenerlas en cuenta en la labor de prevención.
- La metodología de educación de pares resulta eficaz en el cambio hacia conductas más saludables.
- La formación de promotores de salud en las comunidades donde se trabaja influye positivamente en la adquisición de conocimientos, en el cambio de actitudes y las prácticas de los miembros.
- Conocer los temas de interés de las personas con VIH favorece la motivación en el aprendizaje.

**TABLA 3.** Desarrollo de capacidades de GPSIDA. 2001-2006

Períodos	2001-2003	2004-2006
Poblaciones objetivo	Personas con VIH Hombres que tienen sexo con hombres Reclusos Sordos y ciegos Adolescentes y jóvenes Mujeres Trabajadores de la salud Población en general	
Infraestructura provincial		
Locales	8 (53 %)	16 (100 %)
Medios informáticos	7 (47 %)	15 (94 %)
Vía de comunicación	10 (67 %)	16 (100 %)
Comunicación e intercambio		
Boletines	Mensual	Mensual
Evento científico	Anual	Anual
Reuniones regionales	Semestral	Semestral
Lista de distribución	Mensual	Semanal
Talleres regionales	Esporádicos	Frecuentes

- La participación de personas con VIH como facilitadores en los cursos “Aprendiendo a Vivir con VIH” resulta de gran valor para la formación y orientación de las personas recientemente diagnosticadas.
- La capacitación continuada a los miembros de GPSIDA permite mayor calidad en su trabajo y preparación, y aumenta la motivación por la labor que realizan.
- Los boletines y la lista de distribución apoyan el trabajo educativo de los GPSIDA y otras instituciones de salud, y divulgan las acciones que realizan.
- La disponibilidad de equipamiento informático ha sido de gran importancia para el desarrollo de los grupos, permitiéndoles elaborar sus propios materiales, preparar trabajos para eventos, recibir información y comunicarse con otros.
- Las evaluaciones de procesos realizadas en las reuniones regionales han sido de gran valor para el seguimiento del trabajo de los GPSIDA.
- El evento científico anual constituye un importante espacio de intercambio de experiencias y resultados de trabajo.
- La existencia de locales para el trabajo de GPSIDA en instituciones de salud ha fortalecido su estructura y organización, y la capacidad de respuesta para apoyar el Programa Nacional.
- El apoyo recibido por la cooperación internacional ha incrementado notablemente la calidad del trabajo de GPSIDA.

### **AIDS Prevention Group: 15 years of sustained efforts for the prevention of HIV/AIDS**

#### **SUMMARY**

An AIDS epidemic is an important challenge to human survival. Although the prevalence in Cuba is below 0.1 % in adult people, this disease is a priority problem. The AIDS Prevention Group (known as GPSIDA in Cuba) was created to contribute to the response of the Ministry of Public Health to this slow but growing epidemic. GPSIDA, made up of HIV seropositive and seronegative people, carry out actions aimed at educating the population, avoiding new infections and supporting the infected people and their relatives. This paper was intended to document the development of the group since its inception in 1991 up to 2006, that is, its first 15 years of existence. An infrastructure for GPSIDA at provincial level has been built in addition to the strengthening of the communication and exchange network. There are at present 16 AIDS prevention groups in the country that group over 300 members and 500 collaborators working for the prevention of STI and HIV/AIDS.

**Key words:** AIDS, HIV, prevention, GPSIDA, HIV person, Cuba.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Aragonés López C. La conferencia de Barcelona por dentro. *Impacto-AIDS Project Los Ángeles*. 2002;2(1):24-5.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 1997.
3. ONUSIDA. Caribe: Situación de la epidemia de sida, 2006 (citado 15 de mayo de 2007). Disponible en URL: [http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/07-Caribbean\\_2006\\_EpiUpdate\\_Es.pdf](http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/07-Caribbean_2006_EpiUpdate_Es.pdf)
4. Castañeda M. Carter: sensibilidad ante problemas del SIDA. *Granma Internacional*. 14 de mayo de 2002. (citado 24 de junio de 2007). Disponible en URL: <http://www.granma.cu/espanol/mayo02-3/20sida-e.html>
5. Alfonso Carmen R. Hablemos sobre el sida. *Trabajadores*. 29 de noviembre de 2006 (citado 16 de diciembre de 2006). Disponible en URL: <http://www.trabajadores.cubaweb.cu/2006/noviembre/29/index.htm>
6. Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas. *Boletín Epidemiológico Semanal del IPK* 2006; 16 (52) (citado 29 de junio de 2007). Disponible en URL: <http://www.ipk.sld.cu/bolepid2/bol52-06.htm>
7. II Foro Latinoamericano y Caribeño de VIH/SIDA, Cuba 2003. Presentaciones Centrales. Conferencia Especial del Dr. Damodar Peña Pentón, Ministro de Salud Pública. La Habana, Cuba (citado 20 de febrero de 2004). Disponible en URL: <http://www.foro2003.sld.cu/conferencia/ver.php?id=61>
8. Colectivo de Autores. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006 (citado 8 de agosto de 2007). Disponible en URL: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/estrategia.pdf>
9. De la Concepción Raxach JC. Abogacía. En: *Desarrollo Positivo*. Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA (GNP+); 1998. p. 114-5.
10. Aragonés López C. Vivir con VIH en Cuba. *Impacto-AIDS Project Los Ángeles*. 2003;2(3):33-4.
11. Krales E. Cuba's response to AIDS. A model for the Developing World. *Noviembre de 2004* (citado 24 de junio de 2007). Disponible en URL: <http://www.counterpunch.org/krales11112004.html>
12. Burr C. Assessing Cuba's approach to contain AIDS and HIV. *Lancet* 1997;350:647.
13. Broeder R. Country watch: Cuba. *Sex Health Exch*. 1999;(3):8-9.
14. Granich R, Jacobs B, Mermin J, Pont A. Cuba's National AIDS Program: The First Decade. *West J Med*. 1995;163(2):139-44.
15. Colectivo de GPSIDA. *Nosotros*. Recomendaciones para un VIH positivo. Sanatorio de Santiago de Las Vegas. Cuba: MINSAP; 1991.
16. Pérez Ávila LJ, Pérez Correa DF, Orta Gutiérrez M, Martínez Rodríguez A, Luzardo C, Aragonés López C, et al. Tratamiento antirretroviral de alta eficiencia en pacientes cubanos con genéricos de producción nacional. *La Habana, Cuba: II Foro en VIH/SIDA/ITS en América Latina y el Caribe*; 2003. Resumen T2 p.1065.
17. Tarinas A, Tápanes RD, Pérez LJ. Terapia antiviral para VIH/SIDA. *Rev Cubana Farmacia*. 2000;34(3):207-9.
18. Pérez J, Pérez D, González I, Díaz Jidy M, Orta M, Aragonés C, et al. Perspectives and Practices in Antiretroviral Treatment: Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba. Case Study. Geneva: World Health Organization; 2004 (citado 20 de junio de 2007). Disponible en URL: [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/cuba/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/cuba/en/index.html)
19. van der Straten A, Gómez CA, Saul J, Quan J, Padian N. Sexual risk behaviors among heterosexual HIV serodiscordant couples in the era of postexposure prevention and viral suppressive therapy. *AIDS*. 2000;14(4):47-54.

20. DiClemente RJ, Funkhouser E, Wingood G, Fawal H, Holmberg SD, Vermund SH. Protease inhibitor combination therapy and decreased condom use among gay men. *South Med J*. 2002;95(4):421-5.
21. Lee Wald K. Goodbye, Raul. Febrero de 1994 (citado 24 de junio de 2007). Disponible en URL: <http://www.qrd.org/qrd/obits/raul.lilano.lima-02.20.94>
22. Aragonés López C. GPSIDA avanza para ganarle al SIDA con más vida. *Impacto-AIDS Project Los Angeles*. 2005;4(3):20-1.
23. Aragonés López C. La participación de las PVVIH en el Programa Cubano de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA. *Mensajes Positivos*. 2000;1(2):1-2.
24. Alfonso MA, Lugo I, Rodríguez M, Sánchez L. Consejería cara a cara en VIH/SIDA. Experiencias en Cuba. Febrero de 2005 (citado 29 de mayo de 2007). Disponible en URL: <http://www.sld.cu/aldia/saluden.html>
25. Abreu Suárez G, Amador Martínez A, Borroto Chao R, Burke Beltrán MT, Castellanos Simons B, Cobas Selva M, et al. Sida. En: *Para la vida: un reto de comunicación*. 2da edición. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1992. p. 137-9.
26. Silver JT, Munist MM, Maddaleno M, Suares CN. Manual de medicina de la adolescencia. Enfoque clínico de la atención de salud del adolescente. Washington DC:OPS, 1992; p. 188. (Publicación Científica No. 20)
27. Detels R, English P, Visscher BR, Jacobson L, Kingsley LA, Chmiel JS et al. Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 seronegative men followed for up to 2 years. *J Acquired Immune Defic Syndr*. 1989;2:77-83.
28. Prevalence of risk behaviors for HIV infection among adults – United States, 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2001;50(14):262-5.
29. Aragonés López C. An Insight into the Cuban AIDS Prevention Group (GPSIDA). *MEDICC Review* 2001;2(1,2) (citado 24 de mayo de 2005). Disponible en URL: <http://www.medicc.org/Medicc%20Review/111/hiv-aids/pages/alook.html>
30. Comité de Coordinación Nacional de GPSIDA. La Habana:Proyecto de Desarrollo de Capacidades Organizativas y de Trabajo de los GPSIDA del país; 2001.
31. Grace WC, Denney S, Fernández I. Determinants of effective HIV counseling. *NIH Guide*. 1993;22(17):1-12.
32. OPS. Evaluación para el planeamiento de Programas de educación para la salud. Washington:Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. No. 18; 1996.
33. NCAP. Evaluating HIV/AIDS prevention programs in community-based organizations Part I. 2001 (citado 26 de octubre del 2001). Disponible en URL: <http://hivinsite.ucsf.edu/Insite.jsp?doc=2098.44c8#I>

Recibido: 21 de agosto de 2007. Aprobado: 27 de diciembre de 2007.

Ing. *Carlos Aragonés López*. Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”. AP 601. Marianao 13. Ciudad de La Habana, Cuba Teléf.: 2020449. Correos electrónicos: [aragones@ipk.sld.cu](mailto:aragones@ipk.sld.cu); [jcampos@ipk.sld.cu](mailto:jcampos@ipk.sld.cu); [lsanchez@ipk.sld.cu](mailto:lsanchez@ipk.sld.cu); [jorge.perez@ipk.sld.cu](mailto:jorge.perez@ipk.sld.cu)