

ONUSIDA 2015 | REFERENCIA

ACCIÓN ACELERADA PARA LA PREVENCIÓN COMBINADA

HACIA LA REDUCCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH A MENOS DE 500 000 DE AQUÍ A 2020

Copyright © 2015

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).

Todos los derechos reservados.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que se presentan los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

UNAIDS / JC2766S

CONTENIDO

Puntos clave	3
Introducción: ¿por qué acelerar la prevención combinada del VIH ahora?	4
I. Compromiso para una actuación conjunta de la prevención y el tratamiento del VIH	7
Renovación del compromiso nacional con la prevención del VIH	7
II. Enfoque en los lugares, las poblaciones y los programas adecuados para maximizar el impacto	11
Enfoque en lugares clave	11
Enfoque en las poblaciones prioritarias	14
Enfoque en programas de alto impacto	17
III. Sinergias: definir paquetes de programas efectivos	23
Paquetes de prevención del VIH para mujeres jóvenes y sus parejas del sexo masculino	23
Paquetes de prevención del VIH para grupos de población clave	25
IV. Innovación: utilización de nuevos enfoques para aumentar la efectividad de la prevención	29
Posibles usuarios de la PPE	29
Posibles usuarios de la PPE	30
La circuncisión masculina aumenta gracias al cambio social y a nuevas tecnologías	30
Las transferencias de efectivo pueden contribuir a que las mujeres jóvenes eviten el riesgo	31
Medios sociales digitales: una nueva herramienta para respaldar programas de alto impacto	32
Las nuevas pruebas del VIH ayudan a cambiar los modelos de prestación de servicios	33
Innovación en programas sociales y de salud más amplios	33
V. Escala e intensidad: asegurar que la prevención cubra la necesidad	35
La prevención del VIH funciona cuando se realiza a escala y con intensidad	35
VI. Rendición de cuentas: garantizar que cada programa cumpla con su parte y reciba el apoyo que necesita	41
Marco de rendición de cuentas	43
Conclusión	45
Abreviaciones	46
Referencias	47



PUNTOS CLAVE

- Si queremos reducir nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo a menos de 500 000 de aquí a 2020 —un paso previo para poner fin a la epidemia de VIH como amenaza para la salud pública para el año 2030—, debemos acelerar la respuesta, **lo que incluye un compromiso renovado con los programas de prevención del VIH, los fondos sostenidos y necesarios para llevarlos a cabo y una aplicación más amplia.**
- **La epidemia de VIH se mantiene principalmente debido a focos de altos índices de transmisión. Es aquí donde deben centrarse los esfuerzos de prevención del VIH.** Estos focos incluyen poblaciones clave (en concreto, profesionales del sexo —mujeres, hombres y personas transgénero— y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y personas que consumen drogas intravenosas) y, principalmente en las zonas oriental y meridional de África, mujeres jóvenes y sus parejas sexuales masculinas de mayor edad.
- **Ningún enfoque del VIH puede terminar con la epidemia por sí solo.** Para alcanzar las ambiciosas metas de 2020 y 2030, se necesitan paquetes combinados específicos que ofrezcan **diversas intervenciones de prevención de alto impacto del VIH con eficacia demostrada.** Entre estas intervenciones se incluyen la distribución de preservativos, el inicio inmediato de terapia antirretrovírica (TAR) y la profilaxis previa la exposición (PPE). Determinados lugares y poblaciones requieren herramientas adicionales como, por ejemplo, reducción del daño (programas de intercambio de agujas y jeringuillas y de terapia de sustitución de opiáceos) para personas que consumen drogas intravenosas, y circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV) en los casos de hombres de las zonas oriental y meridional de África.
- Es necesaria la **saturación de los programas de prevención del VIH en lugares específicos y para poblaciones clave específicas,** de modo que la prevención del VIH se preste donde tenga más repercusión y a las personas que más lo necesiten.
- Ahora más que nunca, **la prevención y el tratamiento del VIH deben prestarse conjuntamente** en todas las dimensiones de los programas, entre ellas la prestación de servicios, la generación de demanda y el apoyo a la observancia del tratamiento.
- **Seguir innovando es fundamental.** Esto incluye una mejor tecnología —preservativos más eficaces, nuevos dispositivos para la circuncisión masculina, medicamentos antirretrovíricos (ARV) de efecto prolongado— y una mejor ejecución de los programas, como, por ejemplo, con la ampliación de los servicios comunitarios, la generación de demanda y el apoyo a la observancia, una mejor integración con otros servicios sanitarios y el uso de nuevos medios de comunicación.
- **La coordinación sistemática y bien gestionada es vital para conseguir un progreso rápido.** Las comunidades, las personas encargadas de formular políticas, los proveedores y los donantes deben trabajar juntos para conseguir reducir en un 75% las nuevas infecciones entre las poblaciones más afectadas.

INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ ACELERAR LA PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH AHORA?

Nuestra consideración del VIH ha cambiado en la última década. Las muertes relacionadas con el sida han ido disminuyendo, en gran medida gracias a la accesibilidad y asequibilidad del tratamiento en los países más duramente afectados por el VIH. La cifra de nuevas infecciones por el VIH también ha descendido en muchos países (1). Si bien son muy diversas las causas de este descenso de la incidencia, es indudable que la TAR ha comenzado a contribuir disminuyendo la carga vírica y, en consecuencia, el riesgo de transmisión (2). Este progreso ha estimulado el debate sobre la posibilidad de que las nuevas infecciones por el VIH cesen, algo inimaginable no hace mucho.

Es posible que podamos reducir el número de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 en el año 2020, y a menos de 200 000 en el año 2030, lo que terminaría efectivamente con la epidemia de sida como amenaza para la salud pública. En comparación con una base de referencia del año 2010, estas cifras significarían una reducción del 75% en las nuevas infecciones por el VIH de aquí al año 2020 y del 90% para el año 2030 (3). El logro de estos objetivos requerirá una prevención del VIH específica y de alto impacto, pruebas aceleradas, tratamiento y retención bajo atención médica, programas contra la discriminación, y un compromiso inquebrantable con el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos.

La disminución de la prevalencia del VIH entre las personas jóvenes de muchos países refleja en parte el éxito de los programas de prevención del VIH. Estudios poblacionales indican un aumento de la edad a la primera relación sexual y un menor número de parejas de Kenia, República Unida de Tanzania, Zimbabue y otros países (4). Por otro lado, diversos países que han experimentado esta merma de infecciones también reflejan un mayor uso del preservativo entre los jóvenes.

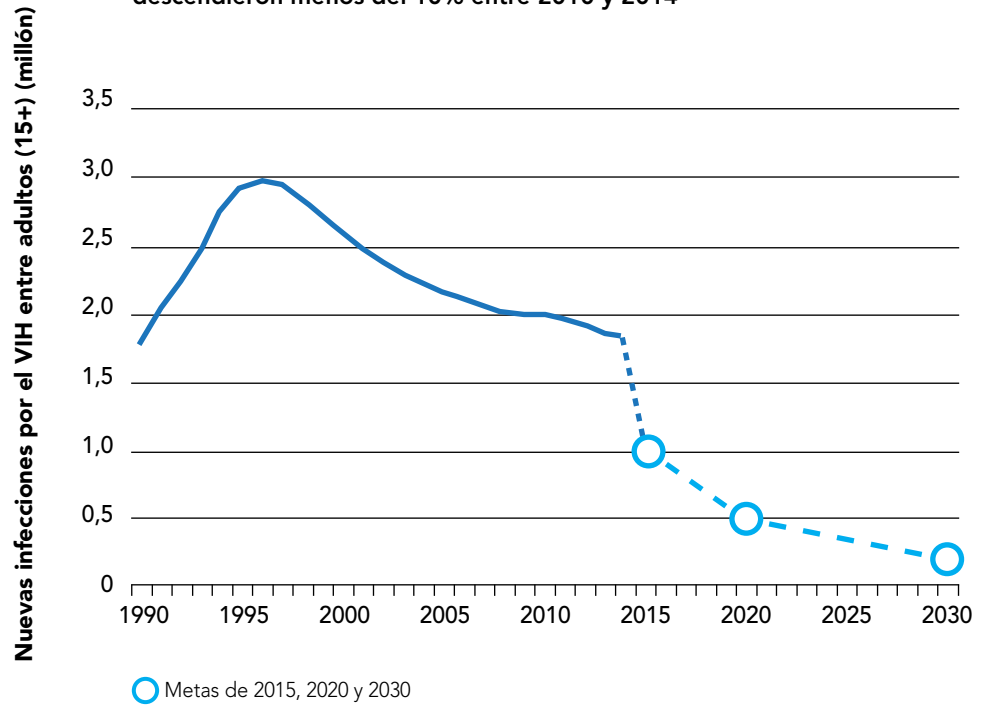
En muchos países muy afectados se han observado disminuciones significativas en la incidencia del VIH; sin embargo, no son universales. Algunos países de África oriental y meridional siguen presentando una alta incidencia entre las mujeres jóvenes. Asimismo, la alta incidencia del VIH persiste entre las poblaciones clave —especialmente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres—, en muchos entornos a escala mundial, y entre otros grupos vulnerables, en países concretos y contextos locales (5).

En conjunto, el ritmo actual de progreso es demasiado lento para alcanzar la meta de 500 000 de aquí al año 2020 (figura 1). Para reducir la incidencia a 500 000 o menos de aquí a 2020, se deben fortalecer diversos elementos de prevención del VIH básicos, adaptarlos a las epidemias locales y ampliarlos más rápidamente. Este documento analiza seis elementos de los esfuerzos de prevención del VIH que son cruciales para alcanzar la meta: el compromiso, el enfoque, las sinergias, la innovación, el alcance y la rendición de cuentas.

Este documento se centra en la prevención de las infecciones por el VIH entre jóvenes y adultos, puesto que la prevención de la transmisión materno-infantil ya se ha abordado detalladamente en documentos mundiales independientes (6).

Terminar con la epidemia de sida como amenaza para la salud pública de aquí al año 2030 es posible.

Figura 1. Las nuevas infecciones por el VIH entre jóvenes y adultos (15+) descendieron menos del 10% entre 2010 y 2014



Fuente: Elaborado para esta publicación tomando como base estimaciones sobre el VIH mundial del ONUSIDA, 2015.



I. COMPROMISO PARA UNA ACTUACIÓN CONJUNTA DE LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL VIH

Para alcanzar la nueva meta de prevención del VIH de menos de 500 000 nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo en 2020, se necesita un **compromiso renovado a escala internacional, nacional y local** con programas de prevención combinada del VIH estratégicos y adaptados que cuenten con los fondos adecuados.

Renovación del compromiso nacional con la prevención del VIH

El compromiso es el aspecto fundamental de las respuestas nacionales de prevención del VIH eficaces, ya que la prevención del VIH requiere tanto una prestación de servicios sólida como cambios en las normas sociales en torno a cuestiones tales como los derechos de los grupos de población clave, el empoderamiento de las mujeres jóvenes y la aceptación de servicios tan diversos como la distribución de preservativos, agujas limpias y la circuncisión masculina médica voluntaria.

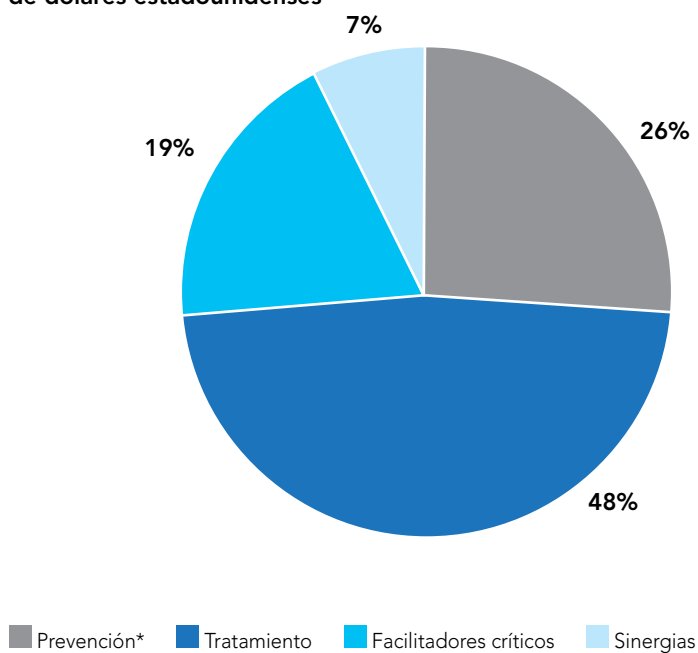
El compromiso con una estrategia nacional de prevención del VIH requiere elementos específicos. Las personas encargadas de tomar decisiones necesitan paquetes claros y efectivos de inversiones que puedan tener en cuenta. Los países deben comprometerse con prioridades y medidas programáticas específicas. El compromiso debe reunir a una masa crítica mediante medidas de liderazgo que sean específicas, concretas y públicas. Esto tiene que ocurrir tanto a escala nacional como local, donde colaboren actores clave de los sectores sanitario y no sanitario.

El compromiso económico con la prevención del VIH en el presente ahorra dinero en el futuro. Cada nueva infección por el VIH que se evita ahorrará costes futuros en tratamiento y atención. Un ejercicio de modelización del ONUSIDA sugiere que, para lograr las metas 90–90–90¹ y reducir nuevas infecciones por el VIH en un 75% (figura 2) (7), cerca del 25% de las futuras inversiones en el VIH deberían asignarse a intervenciones de prevención combinada del VIH efectivas, y destinar el resto al tratamiento y a facilitadores críticos. Las asignaciones óptimas variarán según el país, pero sin el apoyo y la intensificación de programas de prevención del VIH bien orientados, no se alcanzarán las metas de tratamiento y prevención para el año 2020. El tratamiento respalda el logro de las metas de prevención del VIH reduciendo la carga vírica y la transmisión del virus. Los programas de prevención alientan el logro de las metas 90–90–90 de varias maneras. Las comunicaciones sobre prevención estimulan la demanda de pruebas, al tiempo que los programas de prevención comunitarios pueden integrar cada vez más la generación de demanda de TAR temprana y el apoyo a la observancia para las personas que viven con el VIH.

¹ Como parte del enfoque de aceleración, el ONUSIDA ha establecido metas 90–90–90 para el tratamiento: el 90% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico respecto del VIH, el 90% de las personas que conocen su estado serológico positivo respecto del VIH están en tratamiento antirretrovírico y el 90% de las personas en tratamiento, con supresión de cargas víricas.

Figura 2. Una cartera de respuesta al sida equilibrada y eficiente: estimación de la inversión necesaria de aquí al año 2020

Necesidad total de aceleración hasta el año 2020: 31 900 millones de dólares estadounidenses



* Incluye PPE y una pequeña asignación a las transferencias de efectivo

Fuente: Modelización del ONUSIDA, 2014.

El compromiso personal de los líderes como modelos de conducta y defensores de la causa puede transformar las costumbres de la gente.

La prevención del VIH precisa del apoyo de líderes políticos y religiosos, así como de modelos de conducta influyentes provenientes del mundo del arte, la música, los negocios, los medios de comunicación y el deporte. Estos líderes pueden generar conciencia entre la comunidad e influir en las costumbres respecto a la prevención del VIH, por ejemplo, en el uso del preservativo, la profilaxis previa a la exposición (PPE), la circuncisión masculina médica voluntaria y el tratamiento precoz. Algunas de las actividades anteriores para promover la prevención del VIH incluían únicamente actos ad hoc especiales a corto plazo. Ahora se precisa asesoramiento técnico y estratégico continuado para los líderes, a fin de mantenerlos informados de los avances científicos y de las necesidades prioritarias de comunicación sobre prevención, sobre todo a escala nacional y local.



II. ENFOQUE EN LOS LUGARES, LAS POBLACIONES Y LOS PROGRAMAS ADECUADOS PARA MAXIMIZAR EL IMPACTO

Para maximizar el impacto y utilizar los recursos de manera óptima, deben llevarse a cabo intervenciones para la prevención del VIH que tengan un alto impacto demostrado, en lugares clave y dirigidas a grupos de población clave.

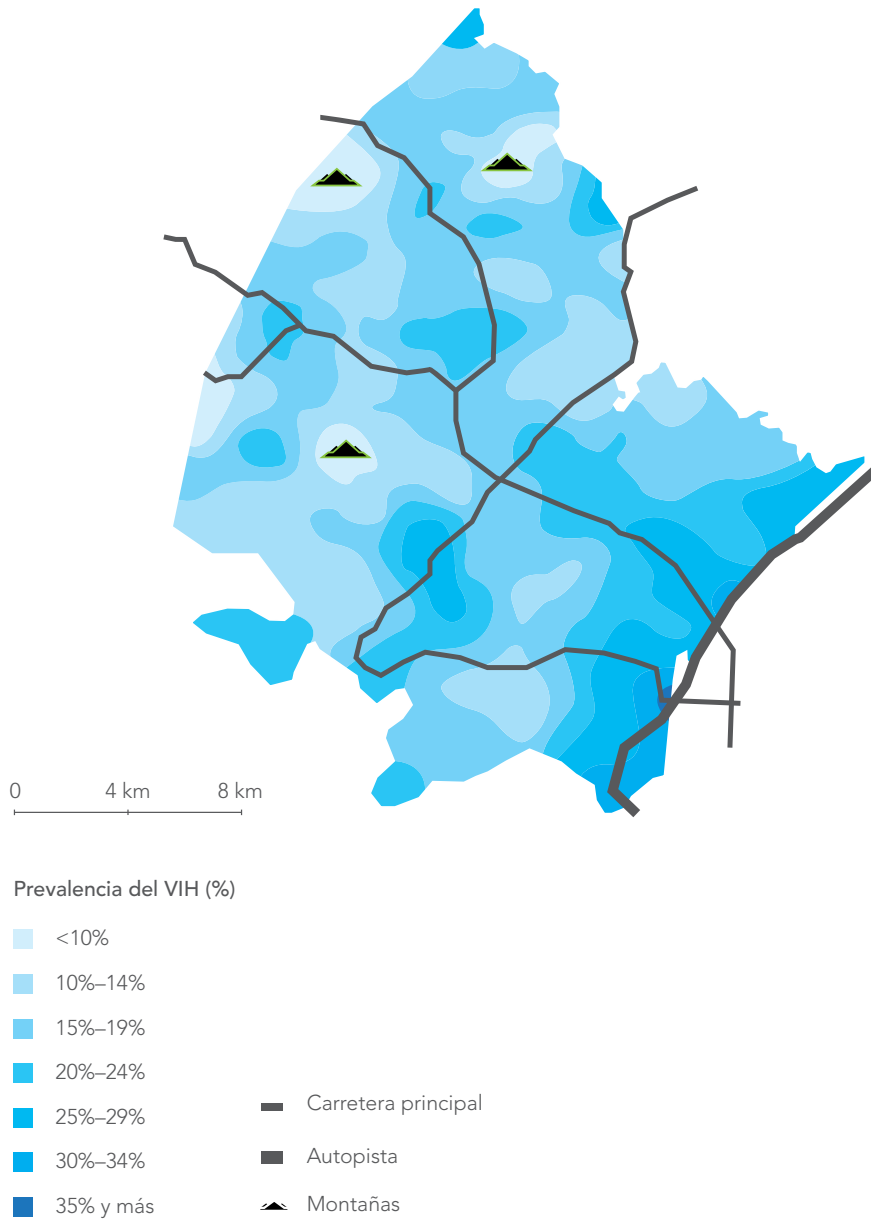
Enfoque en lugares clave

Los recursos para la prevención deben centrarse más intensamente en zonas geográficas de alto riesgo.

La mayoría de las epidemias de VIH son diferentes. Incluso en países de África meridional con muy alta prevalencia del VIH, los riesgos varían según el lugar. Por ejemplo, en Mozambique la identificación de la prevalencia del VIH reflejó que la densidad más alta de personas que vivían con el VIH se concentraba en los distritos a lo largo de los corredores de transporte y en los principales puertos marítimos de las provincias centrales y meridionales. En KwaZulu-Natal, la provincia con la prevalencia del VIH más alta de Sudáfrica, el riesgo no se encuentra uniformemente distribuido en la provincia (figura 3) ni en poblaciones o grupos etarios (8). La epidemia de VIH entre grupos de población clave suele concentrarse en áreas urbanas y otros enclaves definidos geográficamente. En Burkina Faso, por ejemplo, la prevalencia del VIH más alta se observa en las tres ciudades más grandes y es significativamente mayor entre grupos de población clave específicos. Fuera de estas áreas urbanas importantes, la prevalencia del VIH es en general baja, excepto a lo largo de las dos principales rutas comerciales que van hacia los países vecinos (9).

Por consiguiente, los recursos de prevención del VIH deben centrarse más intensamente en zonas geográficas con un riesgo elevado. Una modelización reciente reflejó que, en Kenia, los enfoques de prevención combinada distribuidos uniformemente podrían reducir las nuevas infecciones por el VIH en un 40% en 15 años. No obstante, se podrían reducir nuevas infecciones en otro 14% si se centrara una estrategia de prevención con los mismos recursos presupuestarios en las personas y los lugares de mayor riesgo (figura 4 y figura 5) (10). La India utilizó el establecimiento de prioridades geográficas y demográficas en sus esfuerzos de prevención y, como resultado, ha observado un descenso significativo de nuevas infecciones entre los años 2000 y 2010 (11).

Figura 3. Concentraciones con alta y baja prevalencia del VIH en una parte septentrional de la provincia de KwaZulu-Natal, Sudáfrica



Fuente: Tanser et al., 2009 (2). Imagen rediseñada por el ONUSIDA.

Figura 4. Estimación de nuevas infecciones por el VIH entre mujeres de la población general, por condado, Kenia, 2011

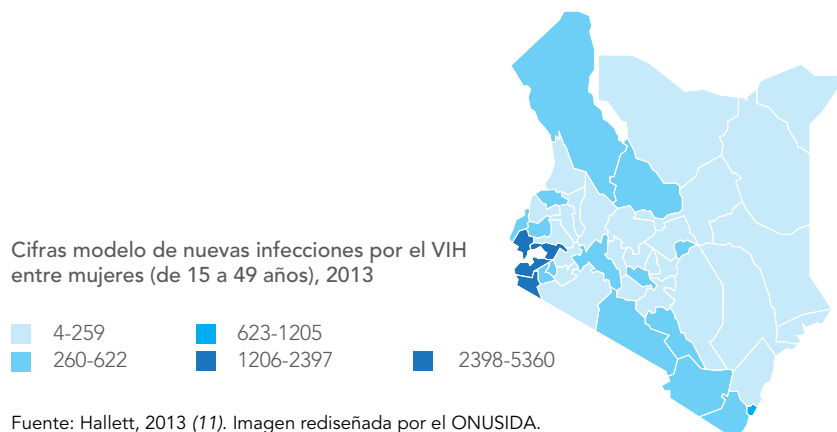


Figura 5. Impacto del establecimiento de prioridades en programas sobre la base de la distribución de nuevas infecciones por el VIH, Kenia



Nota: Número previsto de nuevas infecciones a lo largo del tiempo a escala nacional para un escenario sin gasto adicional para el VIH, un escenario de prevención combinada y un escenario de prevención combinada con una asignación según las prioridades geográficas.

Fuente: Hallett, 2013 (12).

Centrar los paquetes de prevención del VIH en las personas con un mayor riesgo y en los lugares clave puede aumentar el impacto de la prevención incluso sin aumentar el gasto. Sin embargo, para ello no solo es necesario intensificar los programas allí donde más se necesitan, sino también reducir el gasto donde los programas son menos necesarios. El cambio del enfoque programático puede ser difícil desde el punto de vista político, especialmente allí donde la epidemia todavía se percibe como algo que afecta a todas

las personas y donde los recursos se distribuyen uniformemente. Por este motivo, los análisis de incidencia desagregados por lugar, población y modo de transmisión son fundamentales para justificar el replanteamiento de los recursos a fin de reducir más la incidencia.

Para el año 2030, se estima que el 60% de la población mundial vivirá en ciudades, el doble que en 1950. Las áreas urbanas soportan una parte importante de la carga de VIH mundial. Además de la gran cantidad de personas que hay en ellas, las ciudades suelen albergar un gran número de personas que pertenecen a grupos de población clave con alto riesgo de contraer el VIH, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y personas que consumen drogas intravenosas. Por ello, para lograr resultados nacionales efectivos en países con baja prevalencia donde la epidemia se concentra en poblaciones clave y en países con alta prevalencia, las medidas para la prevención efectiva deben incluir nuevos programas que faciliten un alcance rápido y amplio en las ciudades. Dichos programas para las ciudades pueden ser el punto de partida para ampliar los programas nacionales a poblaciones y zonas rurales. Incluso dentro de las mismas ciudades pueden darse diferencias sustanciales en la epidemia y, en consecuencia, existir la necesidad de contar con un enfoque todavía más específico. Por ejemplo, en Sudáfrica la incidencia del VIH en áreas urbanas no estructuradas es prácticamente 2,5 veces mayor que en otras áreas urbanas, que tienen una incidencia del VIH solo moderadamente superior a la de las zonas rurales (5).

Enfoque en las poblaciones prioritarias

Los programas de prevención del VIH son más efectivos cuando tratan a grupos sociales, de género y de edad con las tasas de incidencia del VIH más altas y las cifras más elevadas de nuevas infecciones por el VIH, al tiempo que también se adaptan a su contexto sociocultural. Todos los programas centrados en entornos deben definir poblaciones prioritarias basándose en análisis de datos epidemiológicos y sociodemográficos periódicos para determinar los grupos de población más afectados y su tamaño, y estos grupos deben participar en el diseño, la ejecución y la monitorización de los programas de prevención del VIH.

En la mayoría de las epidemias, las poblaciones prioritarias combinan grupos de población clave —profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas que están en la cárcel o en otros entornos confinados, personas que consumen drogas intravenosas— y otras poblaciones específicas del país. En países y zonas subnacionales con una alta prevalencia, principalmente en el África subsahariana, las poblaciones prioritarias van más allá de estos grupos de población clave e incluyen a mujeres y hombres de grupos etarios y lugares específicos (véase a continuación).

El establecimiento de prioridades para la asignación de recursos entre poblaciones prioritarias debe tener en cuenta las diferencias de los patrones de comportamiento que determinan el efecto dominó de la prevención de una

Los programas de prevención del VIH serán más efectivos y ofrecerán la mejor rentabilidad cuando se apliquen a poblaciones prioritarias en programas adaptados.

infección (13). Por ejemplo, una nueva infección en un profesional del sexo o en alguien con parejas sexuales múltiples tiene muchas más probabilidades de dar lugar a nuevas y numerosas infecciones más que una nueva infección transmitida por un cliente de trabajo sexual a su pareja habitual, que no tiene otras parejas sexuales. Por ello, la prevención será más efectiva si se pueden minimizar nuevas infecciones entre estas poblaciones prioritarias que incurren en la mayoría de los actos de transmisión, ya que evitar estas nuevas infecciones beneficiará a todos los grupos de población indirectamente.

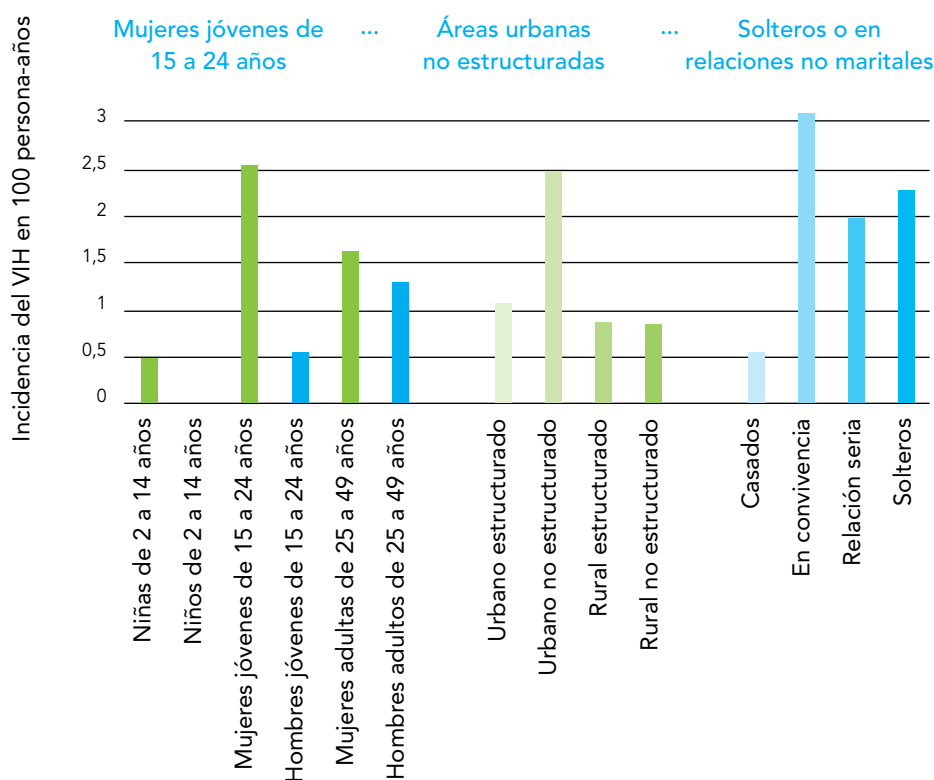
Esto significa que se necesitan difusión comunitaria y generación de demanda más intensivas para los grupos de población prioritarios centrales de las redes sexuales, en zonas con alta prevalencia del VIH, grupos de población clave y personas que viven con el VIH diagnosticadas. Recientemente se estimó que en Kisumu, Kenia, dos terceras partes de las nuevas infecciones son atribuibles al trabajo sexual, aunque una minoría de las infecciones por el VIH ocurre directamente en entornos de trabajo sexual. Esto se debe a que cada infección que ocurre en un entorno de trabajo sexual conlleva un gran número de infecciones subsiguientes (14).

A lo largo del tiempo, la importancia relativa de las poblaciones puede cambiar en algunas epidemias que afectan a grupos de población clave. Por ejemplo, en Ucrania la prevalencia del VIH y los nuevos diagnósticos de VIH entre mujeres adultas en regiones con una alta prevalencia del VIH siguió creciendo en un momento en el que la epidemia entre las personas que consumían drogas intravenosas se había estabilizado (15). Esto indica que la transmisión a las parejas sexuales de las personas que consumían drogas intravenosas se había convertido en un foco importante de nuevas infecciones. En estos casos, los servicios para los grupos de población clave seguirán siendo la prioridad principal, aunque también deberá proporcionarse acceso a la prevención, las pruebas y al tratamiento a sus parejas sexuales.

En países con una alta prevalencia del VIH, especialmente en las zonas oriental y meridional de África, los programas deben centrarse decididamente en las mujeres jóvenes y sus parejas del sexo masculino, pero seguir incluyendo a grupos de población clave como los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La incidencia del VIH sigue siendo alta entre las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 24 años en algunos países de África oriental y meridional y, en algunos de estos enclaves, también entre mujeres ligeramente más jóvenes o de mayor edad. Debido al perfil demográfico de los países con una alta incidencia, las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 29 años constituyen una proporción elevada de la población femenina en riesgo de contraer el VIH. En estos países, la incidencia del VIH en los hombres suele ser más alta en el grupo etario comprendido entre los 20 y 39 años y, en algunos países, también en hombres de mayor edad (5). Además, determinados grupos profesionales, como los mineros itinerantes, los agricultores, los comerciantes transfronterizos o el personal uniformado, se enfrentan a un riesgo alto y deben abordarse particularmente.

Descubrir el punto de intersección de las patrones de riesgo es un uso eficaz de los datos para identificar quién necesita más la atención. La figura 6 muestra un ejemplo. La consideración simultánea de las diferencias del riesgo por edad o sexo, residencia y estado civil dibuja un panorama claro de las personas que están en situación de mayor riesgo en Sudáfrica: las mujeres más jóvenes y sus parejas de sexo masculino adultas, los grupos de población de áreas urbanas no estructuradas y las poblaciones de solteros o en relaciones no maritales. Este tipo de información sobre las tasas de incidencia del VIH debe triangularse con otros datos, por ejemplo, con la cifra absoluta de nuevas infecciones en estos grupos y los comportamientos de riesgo.

Figura 6. Uso de los datos de incidencia del VIH para identificar poblaciones en situación de alto riesgo en Sudáfrica



Fuente: Shisana et al., 2014 (5).

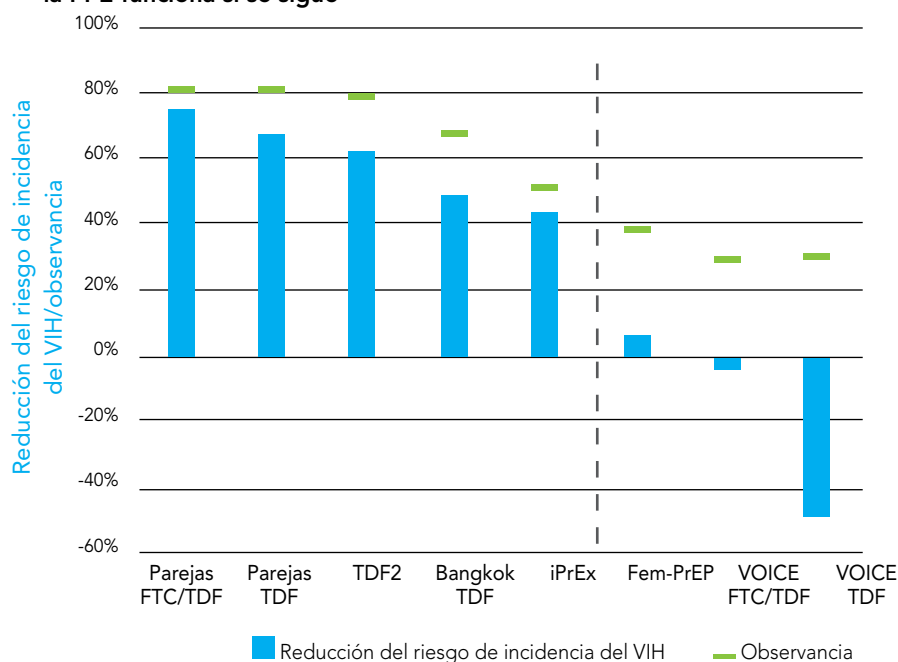
Enfoque en programas de alto impacto

Existen diversos métodos de prevención del VIH que han demostrado ser efectivos cuando se utilizan de forma sistemática; no obstante, no existe ningún enfoque de prevención que tenga la capacidad de poner fin a la epidemia por sí solo. Es preciso combinar varias intervenciones para la prevención. Diferentes entornos y grupos de población requerirán diferentes intervenciones combinadas. El mejor impacto de la prevención del VIH surge de ofrecer un paquete de intervenciones seleccionadas minuciosamente, adaptadas a la población y al entorno afectados por la epidemia.

Los preservativos siguen siendo la única herramienta disponible que garantiza la protección triple frente al VIH, otras ITS y el embarazo no deseado. De acuerdo con vastas investigaciones realizadas en parejas serodiscordantes, en las que un miembro de la pareja contrajo el VIH y el otro no, indican que el uso correcto y continuado del preservativo reduce significativamente el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres (16). Varios estudios de laboratorio señalan que los preservativos de látex masculinos son impermeables a los agentes infecciosos contenidos en los fluidos genitales (17). La promoción del uso del preservativo entre las profesionales del sexo ha repercutido de manera sustancial en muchas epidemias. Así lo demuestran datos bien documentados de Tailandia (18) y de varias comunidades de la India (19). En Zimbabue (20) y Sudáfrica (21), dos países con alta prevalencia, el mayor uso del preservativo se ha asociado a la reducción de la incidencia del VIH. Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el uso del preservativo ha reflejado una reducción de la transmisión del VIH durante el coito anal, y el uso de lubricantes compatibles con el preservativo reduce la posibilidad de que el preservativo se rompa (22).

Los ARV pueden prevenir y tratar el VIH. Un estudio realizado entre parejas serodiscordantes reflejó que, cuando el miembro seropositivo de la pareja iniciaba la TAR inmediatamente, la transmisión del VIH se reducía en un 96% en comparación con la TAR tardía tras un descenso en el recuento de células CD4 o al inicio de los síntomas relacionados con el VIH-1 (23). El efecto de la TAR en la transmisión del VIH probablemente sea inferior al margen de condiciones de estudio perfectas debido a un uso menos sistemático de la TAR o a la transmisión de parejas de fuera de la relación que puedan no seguir la TAR. De todas formas, los datos sobre los efectos del tratamiento a nivel poblacional sugieren que la TAR está contribuyendo de manera importante en la reducción de las cifras de nuevas infecciones (2).

Figura 7. Eficacia y observancia de la PPE en los principales estudios: la PPE funciona si se sigue



Fuente: Elaborado tomando como base la OMS, 2015 (24).

La profilaxis previa a la exposición (PPE) con ARV puede ser muy efectiva

(25, 26, 27, 28). La PPE es el uso diario de uno o varios medicamentos antirretrovíricos por parte de personas no infectadas que se encuentran en situación de riesgo de contraer el VIH con el fin de prevenir la infección. El uso sistemático es la clave de la efectividad de la PPE. Diversos estudios han demostrado que, cuando las personas observaron el uso diario de PPE, la reducción de la transmisión del VIH fue significativa (figura 7).

La **circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV)** proporciona una alta protección a millones de hombres en el África subsahariana. Reduce el riesgo de transmisión del VIH de mujeres a hombres a través de las relaciones sexuales en un 60%, de acuerdo con tres ensayos realizados en Sudáfrica (29), Kenia (30) y Uganda (31).

Desde hace tiempo, existen pruebas contundentes de la efectividad de las **intervenciones de reducción del daño como, por ejemplo, programas de intercambio de agujas y jeringuillas y terapia de sustitución de opiáceos (TSO)** entre las personas que consumen drogas intravenosas. Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas reducen el uso de equipos de inyección no esterilizados y han contribuido a mitigar la transmisión del VIH en programas nacionales de países como China y Vietnam, entre otros (32, 33). Un metanálisis de nueve estudios reflejó que la TSO disminuyó la incidencia del VIH en un 54%, mediante la reducción de los comportamientos de alto

Es fundamental que las respuestas de prevención nacionales del VIH se centren en combinaciones de estas herramientas de alto impacto demostrado, como los preservativos, la CMMV y la PPE.

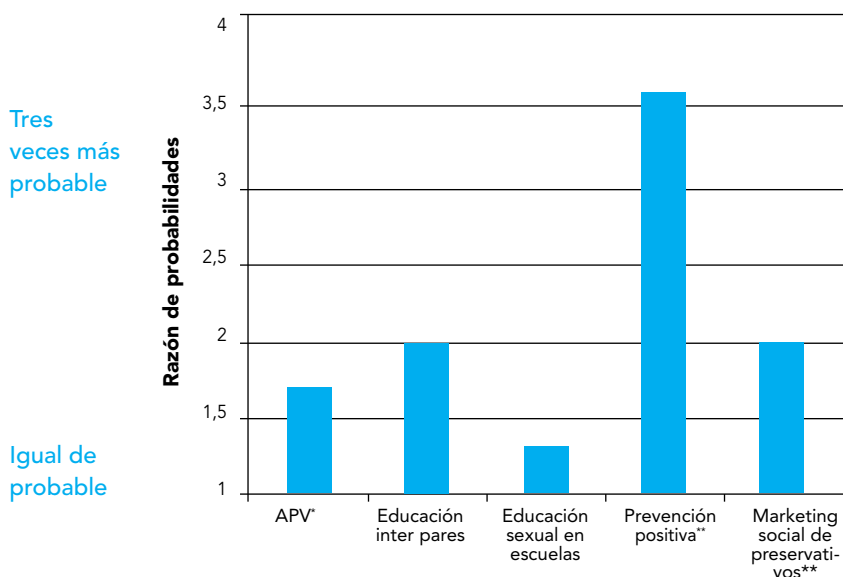
riesgo en el consumo de drogas intravenosas (34). En la ciudad de Xichang, en la provincia de Sichuan, China, tras la puesta en marcha de estrategias de reducción del daño (TSO, distribución de agujas y jeringuillas, distribución de preservativos, divulgación entre iguales y acceso gratuito a la TAR), la incidencia del VIH entre personas que consumen drogas intravenosas descendió de 2,5 a 0,6 casos por 100 persona-años. Además, la incidencia del virus de la hepatitis B descendió de 14,2 a 8,8 casos por 100 persona-años (35). La adopción de un enfoque de reducción del daño tiene múltiples beneficios para los resultados de salud de las personas que consumen drogas, sus familias y las comunidades en las que viven, y resulta rentable (36).

Por otro lado, pueden ser efectivos los programas específicos que utilicen enfoques de prevención del VIH basados en la **comunicación y el cambio social**. SHARE, una intervención que combina comunicaciones sobre la prevención del VIH y la violencia por parte de una pareja íntima, redujo la incidencia del VIH en un tercio en Rakai, Uganda (37).

Existen varias pruebas, aunque limitadas, del efecto, medido por criterios de valoración biológicos, de otras intervenciones sociales y de cambio de comportamientos para la prevención como, por ejemplo, los servicios de pruebas del VIH (SPV) (38, 39, 40), la educación inter pares (41), las comunicaciones en medios de comunicación masivos (42), la educación sexual en escuelas (43), la planificación familiar para mujeres que han contraído el VIH (44), los programas de generación de ingresos (45) y el asesoramiento conductual (por ejemplo, para parejas serodiscordantes) (46). La mayoría de los efectos documentados se presentan como un cambio de comportamiento referido por el propio sujeto, en lugar de resultados biológicos como la reducción de la incidencia del VIH (por ejemplo, véase la figura 8); asimismo, estudios sobre el comportamiento indican efectos moderados en relación con el comportamiento sexual. Por consiguiente, confiar únicamente en cualquiera de estos enfoques de prevención del VIH, independientemente del contexto, probablemente no sea suficiente; sin embargo, en combinación con las intervenciones biomédicas comentadas anteriormente, pueden aumentar su impacto. Muchos de estos programas tienen funciones de apoyo. Las comunicaciones tanto a nivel masivo como interpersonal son fundamentales para la generación de demanda de todos los servicios del VIH.

Las revisiones que examinan las estrategias de prevención del VIH efectivas para grupos específicos en situación de riesgo (47-52) o en regiones específicas (53-58) señalan que las combinaciones de intervenciones comunicacionales y para el cambio social diseñadas para poblaciones y contextos específicos han mejorado la adopción de comportamientos de prevención del VIH y la aceptación de los servicios. El empoderamiento y la movilización de la comunidad, así como hacer frente a los obstáculos estructurales para aumentar los conocimientos, la accesibilidad y la aceptación de medidas de prevención efectivas, constituyen elementos críticos de la prevención combinada (59).

Figura 8. Uso del preservativo comunicado tras participar en programas sobre el VIH



Probabilidad de uso del preservativo en la última relación sexual comparando a personas expuestas a la intervención respectiva con personas no expuestas a la intervención (expresada en razón de probabilidades, tomando como base metanálisis).

* APV: asesoramiento y pruebas voluntarias.

** La prevención positiva de estos estudios implicó un paquete de servicios de prevención para personas que viven con el VIH, como servicios de pruebas del VIH, apoyo después de la prueba, distribución de preservativos y promoción de su uso, y asesoramiento conductual.

*** Los programas de marketing social se definieron como programas en los que se vendían preservativos (habitualmente a precios subvencionados), se diseñaba un nombre de marca local para los preservativos y se comercializaban mediante una campaña promocional para aumentar las ventas.

Fuente: Denison et al., 2008 (38); Medley et al., 2009 (41); Fonner et al., 2014 (43); Kennedy et al., 2010 (60); Sweat et al., 2012 (61).

Ahora más que nunca, es vital que las respuestas nacionales de prevención del VIH se centren en combinaciones de estas herramientas con un alto impacto demostrado, como los preservativos, la CMMV, la PPE y la TAR. Por otro lado, también son importantes los elementos de los programas estructurales y conductuales específicos para el contexto y fundamentados en pruebas. Los enfoques que facilitan conocimientos básicos, concienciación y mensajes de cambio conductual en general deben sustituirse por enfoques fundamentados en pruebas locales sobre factores que moldean comportamientos y modelos de programación, que hayan sido efectivos para conseguir los resultados previstos en contextos similares.



III. SINERGIAS: DEFINIR PAQUETES DE PROGRAMAS EFECTIVOS

Las personas en situación de riesgo de contraer el VIH presentan toda una serie de necesidades de prevención del VIH. Deben ser conscientes del riesgo, aprender a protegerse (lo que incluye conocer su estado serológico respecto del VIH) y contar con los medios para protegerse. Asimismo, deben contar con la posibilidad de tomar decisiones informadas sobre las diversas opciones de prevención del VIH y recibir apoyo acorde a su elección.

Los paquetes de servicios sobre el VIH ofrecidos a todas las poblaciones en situación de riesgo y en todos los entornos deben consistir en una combinación de herramientas de prevención del VIH biomédicas que incluyan preservativos, pruebas y tratamiento junto con la generación de demanda y componentes relacionados con el comportamiento. Todos los paquetes precisan de un elemento firme de empoderamiento de la comunidad y deben estar vinculados a un sistema más amplio de facilitadores fundamentales y sinergias estructurales a favor de la salud y el desarrollo, especialmente el fortalecimiento de los sistemas de salud (incluidos la seguridad hematológica y el tratamiento de las ITS), protección social (incluidas las transferencias sociales a los grupos de población vulnerables) e igualdad de género y normas. Se necesita una financiación adecuada para crear normas comunitarias que respalden el comportamiento preventivo así como la demanda y la observancia de los programas de prevención y tratamiento.

La inclusión de algunos componentes de paquetes de prevención específicos según la población dependerá del contexto epidemiológico, cultural o geográfico. Por ejemplo, si bien la Organización Mundial de la Salud recomienda ofrecer la PPE a hombres gay y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como componente efectivo de la prevención combinada, es posible que no todos los hombres gay de todos los lugares estén en situación de alto riesgo y necesiten PPE. De igual modo, se pueden considerar distintas estrategias de empoderamiento económico para mujeres jóvenes y niñas según los diferentes contextos de África. Asimismo, se recomienda la aplicación progresiva de la CMMV en 14 países de África oriental y meridional, pero es posible que las personas encargadas de formular políticas den prioridad inicialmente a los lugares con una alta incidencia dentro de esos países.

Por todo ello, los paquetes de prevención combinada presentados en esta sección son ejemplos que necesitarán adaptarse a los distintos entornos. Es más, también deben ofrecerse paquetes similares a poblaciones que no se comentan aquí, como, por ejemplo, a las personas transgénero y las personas que están en la cárcel u otros entornos confinados.

Paquetes de prevención del VIH para mujeres jóvenes y sus parejas del sexo masculino

En países de África con alta prevalencia, una gran proporción de nuevas infecciones por el VIH ocurren entre mujeres jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 24 años y sus parejas del sexo masculino (a menudo de mayor edad). Una mayor comprensión de los factores epidemiológicos, sociales y de comportamiento contribuye a la elaboración de paquetes de prevención específicos para estas epidemias. La figura 9 muestra un ejemplo de un paquete de prevención para lugares con alta prevalencia en el África meridional.

Figura 9. Ejemplo de un paquete de prevención combinada del VIH para lugares con alta prevalencia en el África meridional



* De acuerdo con la OMS, el término "servicios de pruebas del VIH" se utiliza para englobar el conjunto de servicios que se deben proporcionar junto con las pruebas del VIH y el asesoramiento (información antes de la prueba y asesoramiento después de la prueba); el enlace con la prevención del VIH apropiada, el tratamiento y los servicios de atención y otros servicios de apoyo y clínicos; y la coordinación con los servicios de laboratorio para respaldar la garantía de calidad y la entrega de resultados correctos.

Fuente: OMS. Consolidated guidelines on HIV testing services. Ginebra, julio de 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf

Los diversos componentes del paquete son complementarios. La TAR reduce la transmisión del VIH, mientras que la PPE y la CMMV reducen la susceptibilidad. Los preservativos son pertinentes en todos los entornos como opción de prevención del VIH fácilmente accesible, también en relaciones cortas. Deben reforzarse los programas de cambio social y conductuales y centrarse más en modelos y normas sociales que influyan en riesgos sexuales clave como, por ejemplo, tener parejas múltiples y relaciones sexuales entre personas con diferencias de edad. Las transferencias de efectivo, los incentivos y otras estrategias de empoderamiento económico pueden repercutir en la incidencia del VIH en algunos entornos, además de aportar otras ventajas sociales y sanitarias más amplias (62, 63, 72). Por lo general, la mayoría de estas iniciativas no se financiarán con presupuestos para el VIH. La combinación de servicios óptima puede no ser uniforme a escala nacional. Los países que se enfrentan a epidemias generalizadas deberán diseñar paquetes combinados específicos para los entornos locales.

Paquetes de prevención del VIH para grupos de población clave

Los paquetes de prevención del VIH para grupos de población clave incluyen elementos similares, en concreto la promoción del uso del preservativo y las pruebas del VIH seguidas por estrategias basadas en ARV. Además, los programas para grupos de población clave incluyen elementos que abordan necesidades específicas de prevención del VIH. Las figuras 10 a 12 muestran ejemplos de paquetes de prevención del VIH adaptados a distintos grupos de población clave.

Figura 10. Ejemplo de un paquete de prevención combinada del VIH para profesionales del sexo.

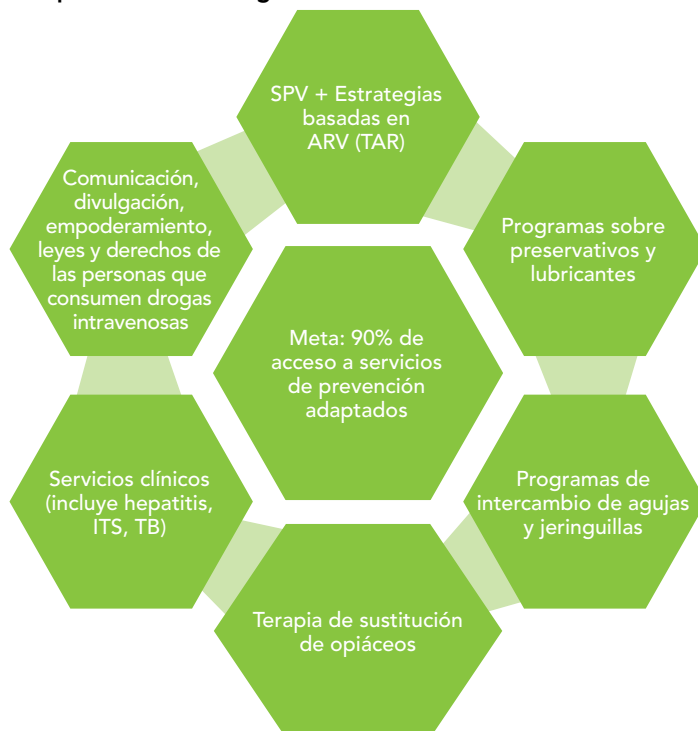


En otros sitios, la OMS, el ONUSIDA y sus socios ofrecen orientación más detallada sobre los paquetes de prevención del VIH para grupos de población clave (64, 65), entre ellos específicamente para profesionales del sexo (66, 67). Asimismo, existe material orientativo específico sobre programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y para personas transgénero (68) y personas que consumen drogas intravenosas (69).

Figura 11. Ejemplo de un paquete de prevención combinada del VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



Figura 12. Ejemplo de paquetes de prevención combinada del VIH para personas que consumen drogas intravenosas





IV. INNOVACIÓN: UTILIZACIÓN DE NUEVOS ENFOQUES PARA AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN

La innovación en el ámbito de la prevención del VIH durante la última década ha producido nuevas herramientas —la CMMV, la TAR como prevención, la PPE— y nuevas maneras de prestar estos servicios de manera más efectiva. La innovación también ha aportado mejores medios para integrar los programas nacionales sobre el VIH en programas sanitarios y sociales más amplios.

Figura 13. Diferentes innovaciones: listas para la aplicación a escala



La PPE avanza de los ensayos efectivos al impacto a escala

Como sintetiza la figura 7, diversos estudios han reflejado que la PPE oral diaria, cuando se ingiere de la forma recomendada, puede ser muy efectiva a la hora de prevenir contraer la infección por el VIH.

Al igual que con los preservativos y la abstinencia, la PPE únicamente funciona cuando se emplea de manera sistemática. En general, cuanto mayor es la observancia de la PPE, mayor es la protección obtenida (70). En un estudio reciente, la PPE protegió completamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres contra la infección del VIH cuando habían estado tomando cuatro o más pastillas a la semana (71). Asimismo, se ha ofrecido la PPE en programas piloto a mujeres en situación de alto riesgo, incluidas las profesionales del sexo; la OMS amplió su recomendación sobre la PPE en septiembre de 2015 para ofrecer la PPE a personas con un riesgo significativo de contraer el VIH como opción de prevención adicional como parte de la prevención combinada. A principios de 2016 se dispondrá de orientación sobre la aplicación.

Un estudio reciente reveló que los hombres que tomaban ARV para la PPE cuatro o más veces a la semana estaban protegidos contra el VIH.

Posibles usuarios de la PPE

El reto radica ahora en la aplicación de la PPE. La aplicación necesita destinarse correctamente a aquellas personas con un riesgo significativo de contraer el VIH —es decir, las que forman parte de comunidades donde la incidencia supera el 3%— y llegar a la escala necesaria. Entre las cuestiones operativas que deben considerarse se incluyen las pruebas, la monitorización de la toxicidad y el apoyo a la observancia.

A escala nacional, la aplicación exige medidas paralelas respecto a diversas prioridades. Los países deben acelerar el proceso de registrar los ARV para el uso de PPE y elaborar directrices nacionales. Se deben identificar los grupos de población que podrían beneficiarse de la PPE, incluidas personas de las poblaciones y los lugares clave, estudiar sus preferencias de acceso y elaborar y aprobar distintos modelos de observancia y de generación de demanda. En muchas comunidades no se conocen bien las ventajas de la PPE, y se necesitan esfuerzos para aumentar la concienciación y los conocimientos. Por otro lado, los países deben superar los obstáculos políticos que impidan la ejecución de la PPE.

La circuncisión masculina aumenta gracias al cambio social y a nuevas tecnologías

El progreso de la circuncisión masculina en solamente una década ilustran el nivel de cambio posible que puede conseguirse en poco tiempo. Tras la disponibilidad de pruebas ecológicas y observacionales durante algún tiempo, la circuncisión masculina demostró ser efectiva en tres ensayos, en Sudáfrica (29), Kenia (30) y Uganda (31); los resultados se publicaron entre 2005 y 2007. Poco después, la OMS formuló recomendaciones sobre la circuncisión masculina para la prevención del VIH. Si bien pasaron unos años hasta que los países elaboraron políticas y diseñaron programas, se han alcanzado grandes progresos en diversos países; cerca de 10 millones de hombres han recibido servicios de CMMV desde que los programas se iniciaron en África oriental y meridional. Además, se está experimentando un cambio social más amplio, puesto que muchos hombres jóvenes están a favor del procedimiento.

Varios dispositivos nuevos para la circuncisión han simplificado el procedimiento. Han demostrado ser aceptables en muchos entornos y tienen efectos adversos relativamente bajos (73). Por otro lado, los dispositivos para la CMMV pueden ser aplicados por personal de enfermería y otros profesionales sanitarios además de médicos. Estos aspectos pueden acelerar su introducción progresiva en la región africana.

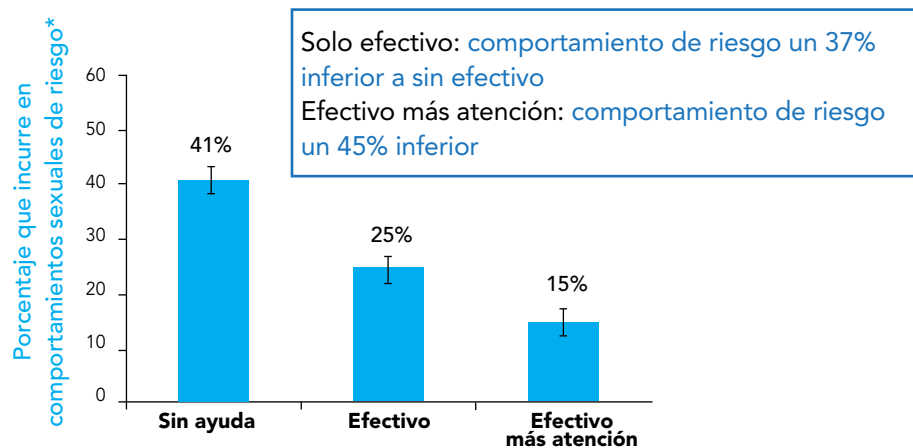
Cerca de 10 millones de hombres de África oriental y meridional optaron por la circuncisión masculina médica voluntaria para prevenir la infección del VIH.



Las transferencias de efectivo pueden contribuir a que las mujeres jóvenes eviten el riesgo

En Sudáfrica, un estudio nacional longitudinal sobre un programa continuado de subvenciones sociales financiado públicamente reflejó que, en más de 3000 familias que recibieron ayuda para los hijos o prestaciones para niños acogidos en hogares, las adolescentes redujeron la práctica de relaciones sexuales comerciales en un 53% y las relaciones sexuales con una persona de mayor edad en un 71% (véase la figura 14) (74). No se trata de un caso aislado. Sin embargo, en 2015 se publicaron las conclusiones de dos estudios adicionales que no mostraban ningún impacto de las transferencias de efectivo en la incidencia del VIH.

Figura 14. Efecto de las transferencias de efectivo y la atención del comportamiento de riesgo sexual entre mujeres jóvenes, Sudáfrica



* Los comportamientos de riesgo incluyeron parejas múltiples y relaciones con una persona de edad diferente.

Las reducciones en los niveles de comportamiento de riesgo se expresaron en razón de probabilidades comparando "Efectivo" y "Efectivo más atención" con "Sin ayuda"

Fuente: Cluver et al., 2013 (74).

Las transferencias de efectivo son un ejemplo de intervención que no estaban inicialmente previstas como medio para reducir la infección por el VIH pero que, en determinados contextos sociales, contribuyen a dicha reducción (75). Algunas mujeres jóvenes tienen relaciones sexuales con hombres de mayor edad para solventar necesidades económicas inmediatas o a cambio de bienes de consumo. Los hombres mayores, con más posibilidades de ser seropositivos en comparación con los hombres más jóvenes, ponen a estas mujeres jóvenes en una situación de mayor riesgo de lo que lo harían los hombres de su misma edad. Un estudio realizado en Malawi (72), entre otros, sugiere que cuando las mujeres jóvenes reciben transferencias de efectivo eligen tener menos relaciones con hombres de mayor edad y, al final del estudio, la prevalencia del VIH entre mujeres que recibían transferencias de efectivo se situó en un 60% menos. De acuerdo con dicho estudio, las transferencias de efectivo también aumentaban la concurrencia a la escuela y reducían el embarazo en adolescentes y el matrimonio infantil.

En todos los programas sociales, el efecto potencial de las transferencias de efectivo en la prevención del VIH debe evaluarse en el contexto específico. Las transferencias de efectivo siempre deberán complementarse con otros programas de prevención del VIH.

Medios sociales digitales: una nueva herramienta para respaldar programas de alto impacto

Incluso en los países de bajos ingresos, el hecho de tener un teléfono móvil y acceso a Internet ha crecido considerablemente en los últimos años, y cambió la manera en la que las personas interactúan y reciben información. Estas nuevas tecnologías ayudan a los profesionales del sexo a encontrar clientes y a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a encontrar parejas. Aprovechar estos nuevos medios para la prevención del VIH y la movilización social pueden ser maneras importantes de llegar a muchas personas que, de otra manera, son difícilmente accesibles, y de elaborar nuevas formas de aumentar los conocimientos sobre el riesgo y las opciones de prevención. Varias intervenciones conductuales y sociales a gran escala en China, Sudáfrica y Tailandia han utilizado medios de comunicación de formas novedosas para derivar a las personas a los servicios de VIH y brindar información para la prevención.

Blued, una aplicación de citas de China, pone en contacto a hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y proporciona información sobre el VIH facilitada en un formato ameno, con enlaces a servicios de pruebas del VIH.

Young Africa Live (YAL) es una plataforma móvil interactiva de África centrada en el entretenimiento, donde se pueden encontrar información y debates. Permite a la gente joven hablar sobre temas que afectan sus vidas diarias, como las relaciones sexuales, el VIH, las violaciones y cuestiones de género, así como saber dónde realizarse las pruebas del VIH.

En África, **Shuga**, una novela de radio y televisión que también cuenta con una plataforma interactiva en Internet y está presente en YouTube, analiza varios temas relacionados con el VIH. Entre ellos se incluyen las pruebas del VIH, el asesoramiento, el uso del preservativo, la prevención positiva, la desigualdad de género y la violencia sexual, las relaciones sexuales comerciales, el alcoholismo y el papel que desempeña el hecho de tener varias parejas simultáneas a la hora de intensificar la epidemia de VIH. *Shuga* se puso en marcha en el año 2009 en Kenia como una telenovela que tuvo mucho éxito, y desde entonces se ha emitido en 40 países africanos y en más de 70 cadenas de televisión internacionales.

Los nuevos enfoques basados en notificaciones y localización mediante mensajes SMS ayudan a las personas a recorrer los servicios de distintas comunidades y centros, y contribuyen a retener a las personas en situación de riesgo en los programas de prevención y a las personas que viven con el VIH, bajo tratamiento y atención.

Este tipo de enfoques permite que los mensajes de prevención del VIH lleguen a poblaciones más difícilmente accesibles a través de los centros sanitarios, escuelas o medios de comunicación convencionales. Esto incluye a grupos que se enfrentan a altos niveles de estigmatización, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo, y personas que no recurren a los servicios, pero a las que es esencial acercarse desde el punto de vista de la prevención, por ejemplo, los jóvenes no escolarizados y los hombres.

iMonitor

iMonitor es una aplicación para teléfonos inteligentes, tabletas, ordenadores y otros medios digitales que proporciona a las personas que buscan servicios sobre el VIH una herramienta sencilla en tiempo real para la monitorización y evaluación de determinados servicios públicos del VIH. Genera una oportunidad para el diálogo con las autoridades a la hora de abordar dificultades y mejorar la calidad de los programas. La aplicación, que se puso a prueba por primera vez en Indonesia, Tailandia y Filipinas, permite que las personas registren alertas si el acceso al tratamiento con ARV, preservativos y medicamentos relacionados y las pruebas del VIH no están disponibles en los centros sanitarios. También permite denunciar actos de violencia y discriminación en el lugar de trabajo. Además, iMonitor brinda información sobre la ubicación de todos los centros sanitarios donde realizar las pruebas del VIH y otros servicios sanitarios.

Las nuevas pruebas del VIH ayudan a cambiar los modelos de prestación de servicios

El ámbito de las pruebas del VIH también ha experimentado innovaciones importantes, entre ellas, las pruebas de diagnóstico rápido y los modelos de servicio de pruebas comunitarias, además de las pruebas realizables por la persona misma o autoanálisis. Cuando estas innovaciones se vinculan estratégicamente a otros servicios y comunicaciones en relación con el VIH pueden proporcionar puntos de entrada adicionales para el tratamiento y la prevención. El autoanálisis tiene el potencial de aumentar el acceso a las pruebas del VIH especialmente para los grupos difícilmente accesibles mediante las pruebas convencionales iniciadas por un prestador, como los hombres y adolescentes. Es preciso probar y evaluar distintas modalidades para la venta y distribución de los paquetes de autoanálisis del VIH a fin de maximizar las ventajas y minimizar el daño en los diferentes entornos.

Innovación en programas sociales y de salud más amplios

La prevención del VIH puede promover innovaciones en los sectores social y sanitario más amplios. En epidemias que afectan a grupos de población clave, esta innovación incluye enfoques basados en los derechos de los profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero, acceso a servicios en cárceles y otros entornos confinados y actividades de promoción a favor de servicios sociales y de salud más generales, como, por ejemplo, de vivienda, para las personas que consumen drogas intravenosas. En entornos con alta prevalencia se han investigado sinergias con programas que abordan la violencia de género, la migración de trabajadores y distintos tipos de empoderamiento económico de mujeres jóvenes. La ejecución de este tipo de iniciativas puede inspirar y promover el cambio en estos ámbitos. Por ejemplo, en un programa innovador de Sudáfrica varias empresas mineras ofrecen vivienda familiar para minimizar la separación de la familia y de los cónyuges (76), una medida que puede contribuir a la reducción de la vulnerabilidad y las prácticas de riesgo (77).

De la misma manera en que la innovación ha cambiado el panorama de la prevención del VIH en la última década, la innovación seguirá siendo fundamental para la prevención del VIH en la próxima década a medida que avance la investigación básica sobre las nuevas herramientas como las vacunas, mejoren los instrumentos existentes como los preservativos y la CMMV, y surjan nuevas maneras de aplicar los programas para la prevención del VIH de manera efectiva y a escala.



V. ESCALA E INTENSIDAD: ASEGURAR QUE LA PREVENCIÓN CUBRA LA NECESIDAD

Una de las principales deficiencias de los programas de prevención del VIH ha sido la falta de hincapié que se ha hecho a la hora de aplicar las intervenciones para la prevención del VIH a gran escala. Para tener éxito, es fundamental llevar a cabo los programas para la prevención del VIH con una intensidad y un alcance suficientes, y durante un período suficientemente largo. A pesar de que existen numerosas estrategias y documentos sobre políticas, el alcance de la prevención del VIH ha estado fragmentado. Sigue siendo excepcional encontrar servicios de prevención del VIH de calidad con amplio alcance. Esta deficiencia se puede resolver. En realidad, existen ejemplos de amplio alcance para prácticamente todos los programas para la prevención del VIH prioritarios. Con un enfoque claramente definido y una planificación apropiada, se puede lograr un alcance amplio en relativamente poco tiempo.

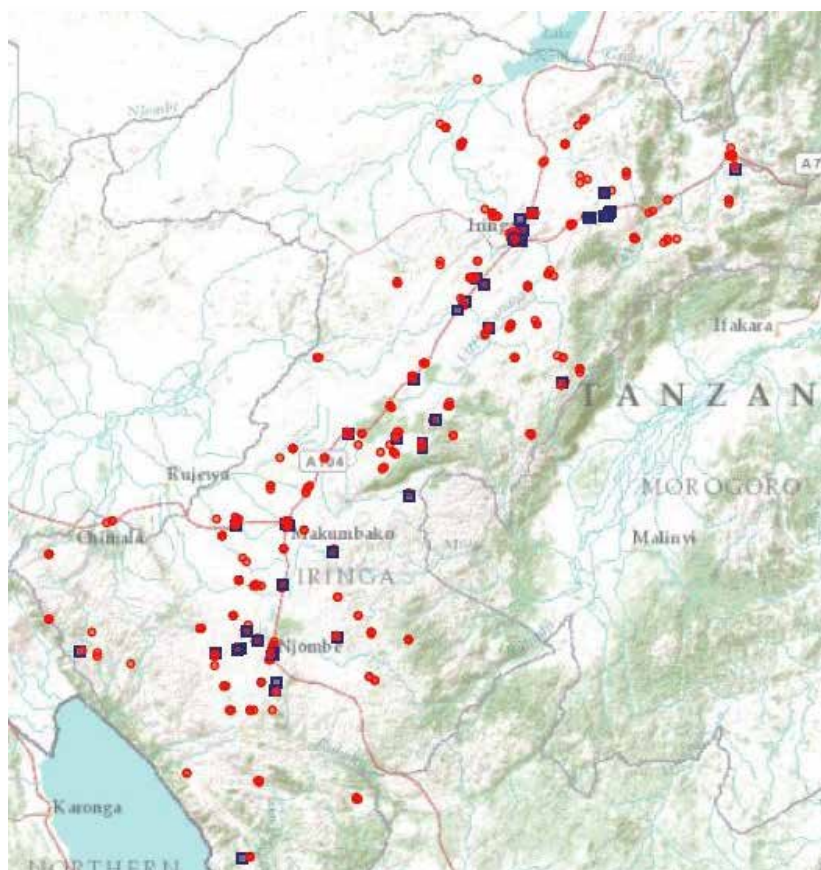
La prevención del VIH funciona cuando se realiza a escala y con intensidad

Los **programas sobre el uso de preservativos** ilustran cómo —pese a haber logrado un alcance y un impacto elevados en algunos países— sigue habiendo lagunas importantes respecto al alcance en algunas zonas, incluso después de tres décadas de epidemia de VIH. Los modelos matemáticos fundamentados en datos de Sudáfrica reflejan que el uso del preservativo aumentó paralelamente al aumento de su distribución, lo que dio lugar a disminuciones en la incidencia nacional del VIH entre los años 2000 y 2008 (21). El éxito obtenido en países como la India, Sudáfrica, Tailandia y Zimbabue se atribuye a la disponibilidad generalizada de preservativos y la promoción intensiva dirigida a las poblaciones prioritarias, acompañadas de un firme apoyo comunitario. Tanto los programas intensivos de marketing social como la distribución del sector público han contribuido al uso elevado.

Por otro lado, su uso irregular —debido a una combinación de factores—, ha limitado el efecto de los preservativos a nivel poblacional, especialmente en las epidemias generalizadas. La adquisición y distribución de preservativos no ha aumentado suficientemente en muchos países (78), a pesar del coste relativamente bajo de los preservativos masculinos: menos de cuatro dólares estadounidenses para el suministro anual de una pareja (79). La disponibilidad de preservativos en el África subsahariana varía enormemente, desde los más de cuarenta preservativos por hombre y año en algunos países a menos de cinco en otros; los niveles más elevados de distribución se asocian con niveles de uso más altos comunicados por el propio sujeto (80). La disponibilidad de preservativos varía enormemente también dentro de los países (figura 15). Los centros sanitarios siguen quedándose sin existencias (81), y el acceso de los jóvenes a los preservativos continua limitado por normas sociales y actitudes negativas de los profesionales sanitarios. El uso del preservativo en la última relación sexual con parejas no habituales ha alcanzado cerca del 80% entre los hombres de países tan diversos como Camboya, Kirguistán y Namibia. Sin embargo, es considerablemente inferior (del 40% al 65%) en la mayoría de los países restantes, incluidos algunos de los más afectados por el VIH, como Lesoto, Mozambique y Zambia, y alcanza cifras muy bajas de hasta el 10% al 30% en otros países africanos (82).

La incidencia del VIH disminuyó en la India, Sudáfrica, Tailandia y Zimbabue con el aumento del suministro de preservativos y su uso.

Figura 15. Uso de datos locales para hacer un seguimiento de las deficiencias del alcance y suministro y diseñar soluciones para la prestación: identificación de la disponibilidad de preservativos en Iringa, República Unida de Tanzania



■ Lugares donde hay preservativos disponibles ● Lugares donde no hay preservativos disponibles

Fuente: Weir et al., 2012 (83).

Esta gran variación indica que es necesario mejorar la gestión de la logística local, la distribución y la generación de demanda, así como la necesidad de establecer puntos de referencia nacionales y subnacionales para la distribución, con una monitorización en tiempo real de la distribución y las ventas, al igual que se hace en el sector privado. Las ventas de preservativos aumentaron sustancialmente allí donde la distribución de preservativos se vinculó a la logística del sector privado para otros productos como refrescos, por ejemplo, en el programa de marketing social de preservativos de Sudáfrica. Es preciso emplear el mismo esfuerzo, compromiso y logística para la distribución de preservativos en otros lugares. Los programas de prevención del VIH deben garantizar que exista una variedad de opciones de preservativos de alta calidad, accesibles para quienes los necesiten cuando su uso sea necesario, y que estas personas tengan los conocimientos, las habilidades y el compromiso de utilizarlos correctamente y de manera sistemática.

Aunque 10 millones de hombres han optado por la **circuncisión masculina médica voluntaria** en África oriental y meridional, siguen existiendo deficiencias importantes en cuanto al alcance una década después de publicarse los resultados del primer ensayo satisfactorio. Ampliar los programas de CMMV en los países prioritarios de África oriental y meridional a 20 millones de circuncisiones masculinas de aquí al año 2020 es un objetivo ambicioso pero no imposible, puesto que algunas zonas ya han logrado la ampliación. Para que los programas de CMMV se apliquen a gran escala se requiere la disponibilidad del servicio, modelos de ejecución innovadores que incluyan el reparto de tareas y, potencialmente, la elección entre cirugía y los nuevos dispositivos de circuncisión. La generación de demanda constante debe basarse en pruebas relacionadas con la comprensión del público respecto a la eficacia de la CMMV, la manera en la que se percibe la calidad del servicio y las normas que obstaculizan o bien facilitan la aceptación de esta práctica. Esta generación de demanda puede complementarse con actividades de divulgación, entre ellas, campañas escolares, promoción en lugares frecuentados por hombres y publicidad por parte de personas que sean modelos de conducta.

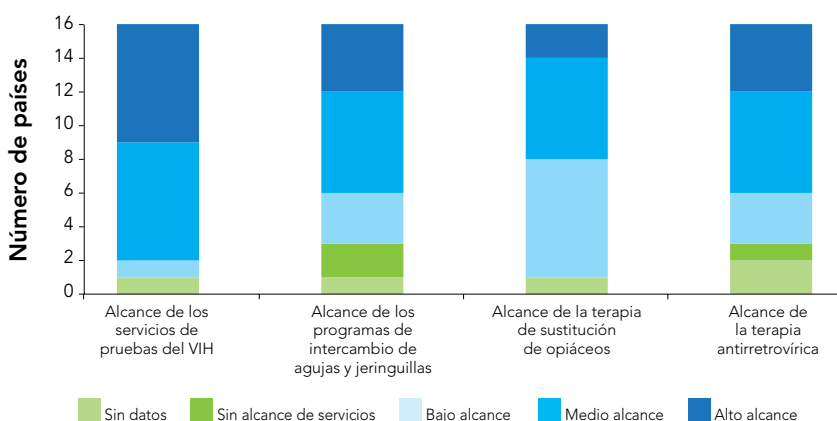
Los esfuerzos de prevención del VIH destinados a grupos de población clave —como, por ejemplo, las personas que consumen drogas intravenosas, los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los profesionales del sexo y las personas transgénero— han arrojado buenos resultados cuando los servicios están disponibles, están dirigidos por la comunidad y tienen en cuenta las necesidades comunitarias (84). No obstante, muchos programas nacionales sobre el VIH para grupos de población clave tienen una escala, un ámbito de aplicación y una intensidad limitados, y diversas revisiones han observado que el alcance de los esfuerzos de prevención para aquellas personas que están en situación de mayor riesgo es insuficiente. Por ejemplo, la mayoría de los proyectos para la prevención del VIH para profesionales del sexo en el África subsahariana son esfuerzos reducidos a nivel local consistentes en repartir preservativos y ocasionalmente realizar pruebas del VIH. No cuentan con la escala necesaria, a menudo no están dirigidos por la comunidad ni están suficientemente adaptados a las necesidades de los profesionales del sexo, o todavía no han incorporado nuevos elementos programáticos con el potencial de tener un gran impacto, como, por ejemplo, la PPE (85).

El alcance de los programas para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es igualmente bajo, con algunas excepciones. La información obtenida de los países indica que los programas llegan con algún tipo de servicio a entre el 12% y el 70% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Estas cifras incluyen regiones como América Latina y Asia, donde los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan la mayoría las de infecciones por el VIH (86). En el África subsahariana, solamente uno de cada diez hombres gay u otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres recibe un paquete básico de intervenciones para la prevención del VIH. Esto puede cambiar: por ejemplo, un programa de Ghana llegó a cerca del 90% de la cifra estimada de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el país mediante una combinación de enfoques comunitarios y de divulgación con nuevos medios de comunicación (87).

Los programas de prevención del VIH para jóvenes, una población objetivo importante para las actividades de prevención del VIH en entornos con alta prevalencia, también tienen un alcance limitado en muchos países. En el África oriental y meridional, menos de cuatro de cada diez personas jóvenes tienen un pleno conocimiento básico sobre la transmisión del VIH, y muchos adolescentes y jóvenes que están en situación de riesgo no creen estar en situación de riesgo de contraer el VIH (88).

Asimismo, existe una deficiencia fundamental en el alcance respecto a las **personas que consumen drogas intravenosas**, una de las poblaciones en situación de mayor riesgo de infección por el VIH. Esta deficiencia se observa incluso después de que todas las pruebas disponibles reflejan que los paquetes de reducción del daño, incluido el suministro de equipo de inyección esterilizado, son una de las intervenciones de prevención del VIH más efectivas que existen. A pesar de los obstáculos políticos y legales que limitan estos programas en muchos lugares, es posible aumentar el compromiso y el alcance. Los hechos así lo demuestran en cuatro de los seis países más afectados por el VIH como consecuencia del consumo de drogas intravenosas. Una revisión de 2014 refleja que China, Malasia, Ucrania y Vietnam cambiaron sus políticas con miras a incrementar el alcance del servicio para el VIH para las personas que consumen drogas intravenosas. China y Vietnam ampliaron el tratamiento del VIH y la terapia de sustitución de opiáceos, y Malasia progresó de una respuesta al VIH punitiva a una fundamentada en pruebas (89). Si queremos alcanzar las metas de 2020, es esencial que resolvamos ahora las deficiencias fundamentales del compromiso y la acción.

Figura 16. El acceso limitado como factor en el desempeño de la prevención: servicios de reducción del daño para personas que consumen drogas intravenosas. Número de países en los que se observa un alcance de los servicios de prevención del VIH bajo, medio y alto



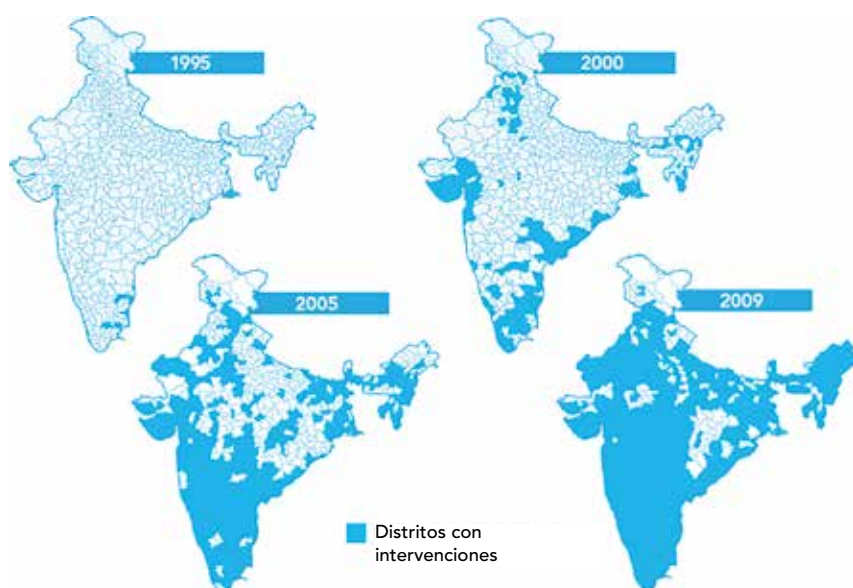
Fuente: UNODC, 2014 (90). Para esta figura se evaluaron 16 países.

Con la excepción del alcance de las pruebas del VIH, la mayoría de los países prioritarios informan un alcance bajo de los programas para las personas que consumen drogas intravenosas. Menos del 30% de los países prioritarios de la encuesta informó un alto alcance de los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, la terapia de sustitución de opiáceos y la TAR.

Como se demostró en la India, es posible facilitar un alcance amplio de la prevención del VIH a una escala significativa en las grandes poblaciones. En un período muy breve se amplió rápidamente un nuevo modelo de intervenciones específicas para profesionales del sexo, puesto en marcha en 1998, y en la mayoría de las zonas ya se llevaban a cabo actividades de prevención del VIH en el año 2005. El gobierno de la India aprobó esta ampliación y, como resultado, en el año 2009 existían sólidas intervenciones combinadas para profesionales del sexo prácticamente en todos los lugares donde eran necesarias (figura 17) (11).

Esta ampliación derivó en reducciones de la prevalencia del VIH y las ITS. Un análisis de modelización para el sur de la India indicó que en un período de 10 años se evitó el 57% de las nuevas infecciones, lo que se tradujo en una cifra estimada de 606 000 nuevas infecciones menos en 69 distritos prioritarios del sur de la India (19).

Figura 17. Cambio en el alcance de los programas para la prevención del VIH para mujeres profesionales del sexo en la India: alcance del proyecto de intervención dirigida (ID)



Fuente: Kumar et al., 2011 (11).



VI. RENDICIÓN DE CUENTAS: GARANTIZAR QUE CADA PROGRAMA CUMPLA CON SU PARTE Y RECIBA EL APOYO QUE NECESITA

Programación para alcanzar metas: la hoja de ruta HIV «Prevention Revolution Roadmap» de Kenia

- Cuenta regresiva hasta 2020 y 2030.
- De un enfoque nacional a uno específico geográficamente (condados, ciudades).
- De intervenciones individuales a paquetes específicos para la población.
- De un enfoque dominado por el aspecto biomédico a un enfoque de prevención del VIH combinada, que incluye intervenciones estructurales y de comportamiento.

La India fue capaz de elaborar y aplicar un programa de prevención integral del VIH para las personas en situación de mayor riesgo en los estados con poblaciones muy grandes en un período de cinco años (91). Además de una gran participación comunitaria, la estrategia incluía establecer metas ambiciosas pero realistas y elaborar planes de gestión que permitieran al programa alcanzar dichas metas. Para conseguir resultados satisfactorios también fue fundamental llevar a cabo una estrecha monitorización y aplicar correcciones allí donde fueran necesarias (figura 18).

Esta gestión integral de programas sobre el VIH es un ejemplo útil de estrategia clara y orientación hacia los resultados, que son características clave de la programación efectiva necesaria para alcanzar metas de prevención del VIH aceleradas.

La coordinación sistemática y bien gestionada entre sectores a escala nacional y en lugares clave es esencial para conseguir un progreso rápido. En ciudades donde los programas de población clave tienen una alta prioridad, es especialmente importante crear un entorno de políticas propicio para la prestación de servicios, la ampliación y la aceptación, así como hacer participar a los administradores sanitarios y a las personas encargadas de hacer cumplir la ley. De igual modo, en los casos en los que la salud sexual y reproductiva de los jóvenes sea la preocupación principal, y la desigualdad de género sea un factor que intensifica la epidemia, es fundamental implicar a los responsables de los ámbitos de la educación, el bienestar social y el género.

Es más, los programas nacionales y locales pueden ser bienintencionados, no obstante, es posible que surjan deficiencias durante la planificación nacional. Asimismo, los programas para la prevención del VIH podrían carecer de enfoque, calidad y escala, y en consecuencia forzar los recursos y tornar difícil establecer o mantener las prioridades. Habitualmente se observan otras dificultades a la hora de elaborar planes aplicables.

Los países han adquirido una valiosa experiencia en la aplicación de buenos principios de gestión y estrategia para elaborar programas para la prevención del VIH en algunos contextos. Por ejemplo, la hoja de ruta «Prevention Revolution Roadmap» de Kenia ha identificado claramente no solo poblaciones prioritarias y paquetes de intervención, sino también los lugares donde deberían llevarse a cabo los esfuerzos.

Cada país y cada unidad subnacional (ciudad o distrito) debe volver a evaluar sus metas y diseñar programas con la combinación de intervenciones, escala e intensidad necesarias para alcanzar las metas aceleradas.

Figura 18. Modelo de gestión de la India para la prevención para grupos de población clave a través de organizaciones de la sociedad civil

Principios rectores	Un único plan, una autoridad de gestión, un marco de monitorización	Equidad	Género
Respecto de los derechos de las PVV	Representación y participación de la sociedad civil	Mejores asociaciones público-privadas	Ejecución de programas fundamentada en pruebas y orientada hacia los resultados
PLANIFICACIÓN	ENFOQUES	MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN	ESTRUCTURAS DE GESTIÓN
Planificación fundamentada en pruebas (distritos categorizados según la prevalencia del VIH, número de grupos de población clave y vulnerabilidad)	Identificación, vigilancia centinela del VIH; estudios biológicos y conductuales, investigación operacional, triangulación de datos y validación	Mecanismo de monitorización nacional Supervisión y mentoría mensual de apoyo; sistema de gestión de la información estratégica de alta calidad; clasificación trimestral de ejecutores según indicadores de ejecución críticos; evaluación periódica por terceros	Una unidad de soporte técnico nacional proporciona experiencia técnica y de gestión; una unidad específica para la gestión del suministro de preservativos
Diseño a escala con enfoque en la prevención (presupuesto asignado para cubrir > 1 millón de grupos de población clave) (Servicios de prevención)	Directrices técnicas y operacionales; estandarización de los productos; determinación de costes de las unidades; módulos de capacitación uniformes		
Comunidades, protagonistas (> 150 organizaciones comunitarias ejecutoras)	Movilización comunitaria y asociaciones con la sociedad civil, divulgación dirigida por iguales, promoción del uso del preservativo, reducción del daño para personas que consumen drogas intravenosas, tratamiento de las ITS, pruebas y tratamiento del VIH		
Fomentar la innovación (organismos públicos y privados contribuyen a diseñar modelos de ejecución)	Uso de nueva tecnología de la información; medición de la movilización comunitaria y participación de los jóvenes	Monitorización de distritos - Visitas intensivas in situ de 3 días cada mes para analizar la ejecución - Cada organización comunitaria visitada una vez al mes - El distrito fusiona todos los informes, encuentra puntos de acción y enlaces con otras partes interesadas	Unidades de control y prevención del sida en 1818 distritos con alta prevalencia; 17 unidades de soporte técnico estatales, centros de recursos para la capacitación estatales para fomentar la capacidad del personal ejecutor
Sostenibilidad (2/3 financiado por el gobierno)	Integración con el sistema sanitario e incorporación en 14 ministerios; hoja de ruta clara para reducir el estigma y la discriminación		
Administración del país (dirige el primer ministro)	El primer ministro es el presidente del foro parlamentario nacional para el VIH/sida; foros legislativos estatales		

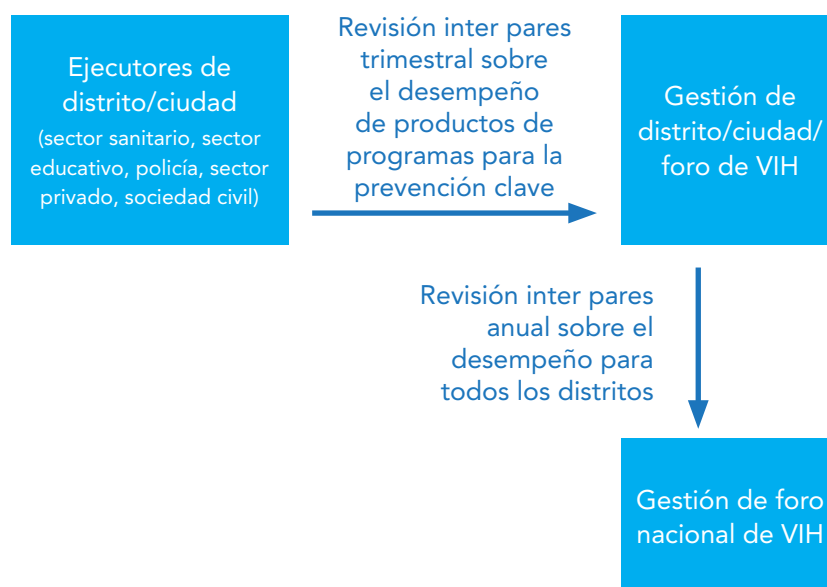
Fuente: NACO, India

Marco de rendición de cuentas

Una vez definidos el enfoque estratégico y las prioridades de una estrategia de prevención nacional del VIH, deben establecerse un sistema de gestión y un marco de rendición de cuentas sólidos para llevar a cabo lo siguiente:

- Elaborar un plan de ejecución pragmático:
 - Estimar las cifras e identificar el lugar de las personas que tienen necesidad.
 - Calcular el coste de los paquetes de servicios mínimos.
 - Elaborar un plan de ampliación con hitos claros y metas anuales trimestrales a nivel nacional y subnacional.
 - Establecer bases de referencia y definir un marco de evaluación rigurosa del impacto.
- Establecer o adaptar sistemas de ejecución de programas.
- Diseñar un mecanismo de gestión del desempeño y una cultura de revisión inter pares trimestral a nivel local y un examen anual a nivel subnacional y nacional (véase la figura 18).
- Establecer capacidad de prestación de servicios en todos los centros específicos y equipos de divulgación a lo largo del período de uno a dos años.
- Definir metas de alcance, por ejemplo, "llegar al 80% de la población a finales del año 3", e implementar programas consecuentemente.
- Realizar evaluaciones de los efectos apuntando a resultados tempranos en zonas incluidas de forma temprana (después del año 2) y resultados de los efectos logrados a escala después del año 4.
- Llevar a cabo una evaluación rigurosa del impacto cada cinco años.

Figura 19. Mecanismo de gestión para un programa para la prevención nacional del VIH



No es posible que, en cada nueva fase de la respuesta, la rendición de cuentas del progreso y la consecución de los resultados de prevención correspondan solamente a un programa nacional sobre el sida o al ministerio de salud. Reducir drásticamente las nuevas infecciones por el VIH exige que otros sectores —entre ellos, bienestar social, educación, transporte y comercio— lleven a cabo sus funciones y generen un entorno en el que existan opciones reales que fomenten comportamientos saludables, así como el uso de herramientas de prevención del VIH como los preservativos, la PPE y la reducción del daño.

Los gobiernos, incluidos sus ministerios de economía y hacienda, y los donantes internacionales deberán asignar los recursos necesarios. La prevención del VIH no es costosa. De hecho, si se pone en práctica a una escala suficiente y con suficiente intensidad, ahorra dinero. Y lo que es más importante, las comunidades deberán utilizar el poder que tienen para impulsar estas metas de prevención aceleradas del VIH y considerar responsables a los gobiernos, a los donantes y a sí mismas. Si se cuenta con la apropiación de la comunidad, se puede alcanzar la meta de reducción de nuevas infecciones por el VIH en un 75% de aquí al año 2020, y eliminarlas prácticamente de aquí al año 2030.

Si se implementa a una escala suficiente y con suficiente intensidad, la prevención ahorra dinero.

CONCLUSIÓN

Las metas de reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 al año 2020 y a menos de 200 000 de aquí a 2030 eran inconcebibles no hace mucho tiempo. Actualmente, gracias a los nuevos avances en prevención y tratamiento del VIH y al progreso real en diversos países clave, estas metas están al alcance de la mano. Sin embargo, estas metas únicamente se alcanzarán con esfuerzos concertados y acelerados sustancialmente.

El enfoque de prevención combinada descrito en este documento es fundamental. Los países deben **volver a comprometerse** con este tipo de planteamiento, **examinar seriamente el enfoque, la escala, la combinación y la intensidad de sus programas para la prevención del VIH, así como mejorar el desempeño y aumentar el alcance**. No se debe perder la oportunidad de reducir drásticamente la epidemia y prácticamente terminar con ella. No se debe perder la oportunidad de poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública de aquí al año 2030.

ABREVIACIONES

TAR	terapia antirretrovírica
ARV	medicamentos antirretrovíricos
PF	planificación familiar
SPV	servicios de pruebas del VIH
TSO	terapia de sustitución de opiáceos
PPE	profilaxis previa a la exposición
SSR	salud sexual y reproductiva
ITS	infecciones de transmisión sexual
ID	intervenciones dirigidas (India)
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
APV	asesoramiento y pruebas voluntarias
CMMV	circuncisión masculina médica voluntaria
OMS	Organización Mundial de la Salud

REFERENCIAS

1. ONUSIDA. The Gap Report (Informe de déficits y diferencias). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>, acceso: 2 de julio de 2015).
2. Tanser F, Barnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Sci*. 2013;339(6122):966–71.
3. Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2015.
4. Gouws E. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sex Transm Infect*. 86. 2013 Suppl 2: ii72–ii83.
5. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Zungu N *et al*. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey 2012. Ciudad del Cabo: HSRC Press; 2014.
6. ONUSIDA. Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños y para mantener con vida a sus madres. Ginebra, 2011).
7. HIV resource needs modeling. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014.
8. Tanser F, Barnighausen T, Cooke G, Newell M. Localized spatial clustering of HIV infections in a widely disseminated rural South African epidemic. *Int J Epidemiol*. 2009;38:1008–16.
9. Larmarange J, Vallo R, Yaro S, Msellati P et Méda N. Methods for mapping regional trends of HIV prevalence from Demographic and Health Surveys (DHS). *European Journal of Geography*. (<http://cybergeo.revues.org/24606> acceso: 13 de julio de 2015).
10. Anderson SJ, Cherutich P, Kilonzo N, Cremin I, Fecht D, Kimanga, D *et al*. Maximising the effect of combination HIV prevention through prioritisation of the people and places in greatest need: a modelling study. *Lancet*. 2014;384(9939):249–56.
11. Kumar R, Mehendale SM, Panda S, Venkatesh S, Lakshmi P, Kaur M *et al*. Impact of targeted interventions on heterosexual transmission of HIV in India. *BMC Public Health*. 2011;11:549.
12. Hallett T. Using information on epidemic heterogeneities in resource allocation. Informe presentado en Meeting Identifying Populations at Greatest Risk of Infections—Geographic Hotspots and Key Populations; 25–26 de julio de 2013; Ginebra, Suiza.
13. ONUSIDA. Modeling the expected short-term distribution of new HIV infections by modes of transmission. Guidelines. Ginebra: ONUSIDA, 2012.
14. Steen R, Hontelez J, Veraart A, White RG, de Vlas SJ. Looking upstream to prevent HIV transmission: can interventions with sex workers alter the course of HIV epidemics in Africa as they did in Asia? *AIDS*. 2014;28(6):891–99.
15. Vitek CR, Cakalo J-I, Kruglov YV, Dumchev KV, Salyuk TO, Baughman AL *et al*. Slowing of the HIV epidemic in Ukraine: evidence from case reporting and key population surveys, 2005–2012. *PLoS ONE*. 2014;9(9):e103657. doi:10.1371/journal.pone.0103657.
16. Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Orga*. 2004;82(6):454–61.
17. Information note on effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections including HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2001.
18. Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change. A synthesis of existing studies. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 1998.

19. Pickles M, Boily MC, Vickerman P, Lowndes CM, Moses S, Blanchard JF *et al.* Assessment of the population-level effectiveness of the Avahan HIV-prevention programme in South India: a preplanned, causal-pathway-based modelling analysis. *Lancet Glob Health.* 2013;1(5):e289–99.
20. Halperin DT, Mugurungi O, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, Magure T *et al.* A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Med.* 2011;8(2):e1000414.
21. Johnson LF, Hallett TB, Rehle TM, Dorrington RE. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface.* 2012;9.
22. Strömdahl S, Hickson F, Pharris A, Sabido M, Baral S, Thorson A. A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe. *Euro Surveill.* 2015;20(15):pii=21096.
23. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour M, Kumarasamy N *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493–505.
24. WHO technical update on pre-exposure prophylaxis (PrEP). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
25. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2013;381:2083–90.
26. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363:2587–99.
27. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM *et al.* Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012;367:423–34.
28. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367:399–410.
29. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, *et al.* Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Med.* 2005;2(11):1112. DOI: 10.1371/journal.pmed.0020298.
30. Bailey R, Moses S, Parker C, Agot K, Maclean I, Krieger JN *et al.* Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;369(9562):643–56.
31. Gray R, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F *et al.* Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet.* 2007;369(9562):657–66.
32. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E *et al.* Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(1):235–48.
33. Des Jarlais D, Feelemyer JP, Modi S, Abdul-Quader A, Hagan H. High coverage needle/syringe programs for people who inject drugs in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Pub Health.* 2013;13:53.

34. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345.
35. Ruan Y, Liang S, Zhu J, Li X, Pan SW, Liu Q *et al*. Evaluation of harm reduction programmes on seroincidence of HIV, hepatitis B and C, syphilis among intravenous drug users in southwest China. *Sex Transm Dis*. 2013;40(4):323–328. doi:10.1097/OLQ.0b013e31827fd4d4.
36. Tanguay P. Policy responses to drug issues in Malaysia. IDPC briefing paper. Londres: International Drug Policy Consortium; 2011.
37. Wagman JA, Gray R, Campbell J, Thoma M, Ndyababo A, Ssekasanvu J *et al*. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet Glob Health*. 2015;3(1):e23–e33.
38. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, Kennedy CE, Sweat MD. HIV voluntary counseling and testing and behavioural risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS Behav*. 2008;12(3):363–73.
39. Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, Okero FA, Baggaley R, O'Reilly KR. Provider-initiated HIV testing and counseling in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Behav*. 2013;17(5):1571–90.
40. Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behaviour in developing countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:CD001224.
41. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3):181–206.
42. Bertrand JT, O'Reilly K, Denison J, Anhang R, Sweat M. Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviours in developing countries. *Health Educ Res*. 2006;21(4):567–97.
43. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2014;9(3):e89692. PMID: PMC3942389.
44. O'Reilly KR, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD. Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of effectiveness on contraceptive uptake and pregnancy incidence, 1990 to 2011. *BMC Pub Health*. 2013;13:935. PMID: PMC3852503.
45. Kennedy CE, Fonner VA, O'Reilly KR, Sweat MD. A systematic review of income generation interventions, including microfinance and vocational skills training, for HIV prevention. *AIDS Care*. 2014;26(6):659–73. PMID: PMC3943565
46. Zajac K, Kennedy C, Fonner V, Armstrong KS, O'Reilly KR, Sweat MD. A systematic review of the effects of behavioural counseling on sexual risk behaviours and HIV/STI prevalence in low- and middle-income countries. *AIDS Behav*. 2014:1–25.
47. Michielsen K, Chersich MF, Luchters S, De Koker P, Van Rossem R, Temmerman M. Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. *AIDS*. 2010;24(8):1193–202.
48. Albarracin J, Albarracin D, Durantini M. Effects of HIV-prevention interventions for samples with higher and lower percents of Latinos and Latin Americans: a meta-analysis of change in condom use and knowledge. *AIDS Behav*. 2008;12(4):521–43

49. Wei C, Herrick A, Raymond HF, Anglemeyer A, Gerbase A, Noar SM. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(9):CD009337.
50. Meader N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(1):CD007192.
51. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health.* 2008;13(5):659–79.
52. Wariki WM, Ota E, Mori R, Koyanagi A, Hori N, Shibuya K. Behavioural interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD005272.
53. Huang Z, Wang M, Fu L, Fang Y, Hao J, Tao F *et al.* Intervention to increase condom use and HIV testing among men who have sex with men in China: a meta-analysis. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2013;29(3):441-8.
54. Lu H, Liu Y, Dahiya K, Qian HZ, Fan W, Zhang L. Effectiveness of HIV risk reduction interventions among men who have sex with men in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(8):e72747.
55. Zheng L, Zheng Y. (2012). Efficacy of human immunodeficiency virus prevention interventions among men who have sex with men in China: a meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2012;39(11):886–93.
56. Tan JY, Huedo-Medina TB, Warren MR, Carey MP, Johnson BT. A meta-analysis of the efficacy of HIV/AIDS prevention interventions in Asia, 1995-2009. *Social Sci Med.* 2012;75(4):676–87.
57. Huedo-Medina TB, Boynton MH, Warren MR, LaCroix JM, Carey MP, Johnson BT. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2010;14(6):1237–51.
58. Lan CW, Scott-Sheldon LA, Carey KB, Johnson BT, Carey MP. Alcohol and sexual risk reduction interventions among people living in Russia: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav.* 2014;18(10):1835–46.
59. Cornish F, Priego-Hernandez J, Campbell C, Mburu G, McLean S. The impact of community mobilisation on HIV prevention in middle and low income countries: a systematic review and critique. *AIDS Behav.* 2014;18(11):2110–34.
60. Kennedy C, Medley A, Sweat M, O'Reilly K. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2010 Aug 1; 88(8): 615–623.
61. Sweat MD, Denison J, Kennedy C, Anhang R, Sweat M. Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: a systematic review and meta-analysis, 1990-2010. *Bull World Health Organization.* 2012;90(8):613–22A. PMID: PMC3417793.
62. Björkman Nyqvist M, Corno L, de Walque D, Svensson J. Using Lotteries to Incentivize Safer Sexual Behaviour. Evidence from a Randomized Controlled Trial on HIV Prevention. Banco Mundial, documento de trabajo sobre estudio de políticas 7215. Marzo de 2015 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21654/WPS7215.pdf?sequence=1> accessed on 13 July 2015).

63. De Walque D, Dow W, Nathan R, Abdul R, Abilahi F, Gong E *et al.* Incentivising safe sex: a randomised trial of conditional cash transfers for HIV and sexually transmitted infection prevention in rural Tanzania. *BMJ Open* 2012; 2:e000747 doi:10.1136/bmjopen-2011-000747.
64. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
65. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
66. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
67. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
68. Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
69. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
70. Marrazzo J, Ramjee G, Richardson B, Gomez K. Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *New Eng J Med.* 2015;372:509–18. doi: 10.1056/NEJMoa1402269.
71. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M *et al.* Results of the iPrEx open-label extension (iPrEx OLE) in men and transgender women who have sex with men: PrEP uptake, sexual practices, and HIV incidence. Informe presentado en: XX Conferencia Internacional sobre el sida; 20-25 de julio de 2014; Melbourne, Australia.
72. Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Ozler B. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer programme on the sexual behaviour of young women. *Health Econ.* 2010;19 Suppl:55–68. doi:10.1002/hec.1569
73. Galukande M, Duffy K, Bitega JP, Rackara S, Bbaale DS, Nakaggwa F *et al.* Adverse events profile of prepex a non-surgical device for adult male circumcision in a Ugandan urban setting. *PLoS One.* 2014;9(1):e86631. doi:10.1371/journal.pone.0086631.
74. Cluver L, Boyes M, Orkin M, Pantelic M, Molwena T, Sherr L. Child-focused state cash transfer and adolescent risk of HIV infection in South Africa: a propensity-score-matched case-control study. *Lancet Glob Health.* 2013;1(6):e362–e370. doi:10.1016/S2214-109X(13)70115-3.
75. Pettifor A, MacPhail C, Nuyen N, Rosenberg M. Can money prevent the spread of HIV? A review of cash payments for HIV prevention. *AIDS Behav.* 2012;16(7):1729-38.
76. South African Government News Agency. Mining towns get R18bn facelift. 1 de julio de 2015. (<http://sanews.gov.za/south-africa/mining-towns-get-r18bn-facelift>; acceso: 14 de julio de 2015)
77. Gebrekristos H, Resch S, Zuma K, Lurie M. Estimating the impact of establishing family housing on the annual risk of HIV infection in South African mining communities. *Sex Transm Dis.* 2005 Jun;32(6):333-40.
78. Comprehensive condom programming: a strategic response to HIV and AIDS. En: UNFPA/ VIH y sida [sitio web]. Nueva York (NY): Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2015 (<http://web.lb.unfpa.org/hiv/programming.htm>, acceso: 9 de julio de 2015).

79. UNFPA contraceptives price indicator. Año 2014. Nueva York (NY): Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2014 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20Contraceptive%20Price%20Indicators%202014.pdf>, acceso: 9 de julio de 2015).
80. Condoms. A regional situation analysis. Presentation. Johannesburg: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Oficina Regional de África oriental y meridional; 2013.
81. Sandøy IF, Blystad A, Shayo EH, Makundi E, Michelo C, Zulu J *et al.* Condom availability in high risk places and condom use: a study at district level in Kenya, Tanzania and Zambia. *BMC Pub Health.* 2012;;12:1030.
82. Data from Demographic and Health Surveys Statcompiler Database (statcompiler.com, accessed January 2015).
83. Weir S, Edwards J, Walker D, Kibao Z, Masako P. PLACE-Lite to identify gaps in prevention coverage in Iringa, Tanzania. Conference poster presentation. AIDS 2012. (<http://www.slideshare.net/measureevaluation/ias-posteriringa2012?related=2> acceso: 14 de julio de 2015)
84. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
85. Bekker LG, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S *et al.* Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *Lancet.* 2015;385(9962):72-87.
86. Global AIDS progress reporting 2013. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014.
87. Green K, Girault P, Wambugu S, Adams B. Reaching men who have sex with men in Ghana through social media: a pilot intervention. *Digit Cult Educ.* 2014;6(3):209-15.
88. Estado Mundial de la Infancia. Nueva York (NY): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2012.
89. Degenhardt L, Mathers BM, Wirtz AL, Wolfe D, Kamarulzaman A, Carrieri MP *et al.* What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010–2012? A review of the six highest burden countries. *Int J Drug Policy.* 2014;25(1):53–60. doi:10.1016/j.drugpo.2013.08.004.
90. World drug report 2014. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2014.
91. Wheeler T, Kiran U, Dallabetta G, Jayaram M. Learning about scale, measurement and community mobilisation: reflections on the implementation of the Avahan HIV/AIDS initiative in India. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66:ii16–ii25. doi:10.1136/jech-2012-201081.



ONUSIDA
Programa conjunto de las
Naciones Unidas sobre
el VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org