

Cómo llegar a cero:

Más rápido.

Más inteligente.

Mejor.

0

**CERO NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH.
CERO DISCRIMINACIÓN.
CERO MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA.**

INFORME DE **ONUSIDA** PARA EL DÍA MUNDIAL DEL SIDA | 2011

**ONUSIDA HA DISEÑADO UN NUEVO MARCO
PARA LAS INVERSIONES DESTINADAS AL SIDA,
CENTRADO EN ESTRATEGIAS QUE TENGAN
MAYOR REPERCUSIÓN Y VALOR.**

⁰⁵ ***Prólogo***

⁰⁶ ***Estamos aquí.***

Cómo llegar a cero:

¹² ***Más rápido.***

²⁴ ***Más inteligente.***

³⁶ ***Mejor.***

TRANSFORMANDO LA RESPUESTA

Nos encontramos en la antesala de un importante hito en la respuesta al sida. La visión de un mundo en el que no se produzca ni una sola infección por el VIH, libre de discriminación y donde nadie muera como consecuencia del sida ha cautivado a asociados, partes interesadas y personas que viven con el VIH o que se ven afectadas por el virus. Las nuevas infecciones siguen disminuyendo y un número sin precedente de personas sigue el tratamiento. Es alentador ver que, tras conocer las pruebas sólidas arrojadas por la investigación que confirman que la terapia antirretrovírica puede prevenir nuevas infecciones por el VIH, 6,6 millones de personas reciben actualmente tratamiento en países de ingresos bajos y medios, es decir, casi la mitad de aquellos que son elegibles para iniciar la terapia.

Hace tan solo unos años, parecía descabellado hablar sobre el fin de la epidemia a corto plazo. Sin embargo, la ciencia, el apoyo político y las respuestas comunitarias están empezando a dar frutos claros y tangibles.

No obstante, la respuesta al sida tiene que transformarse para ser efectiva. Debemos pasar de un enfoque fragmentado a corto plazo a una respuesta estratégica a largo plazo, con una inversión acorde. El mapa de ruta para conseguir esta visión es claro. La Asamblea General de las Naciones Unidas estableció una serie de metas nuevas y ambiciosas en su histórica *Declaración política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA* de 2011, en la que presta especial atención a un conjunto de objetivos definidos, con plazos concretos, para poner fin al VIH y mejorar la salud de las comunidades.

Para alcanzar estos objetivos y vislumbrar el fin del VIH, debemos pisar el acelerador. ONUSIDA, junto con sus asociados, ha diseñado un nuevo marco para las inversiones destinadas al sida, centrado en estrategias que tengan mayor repercusión y valor.

El mundo no podrá cumplir los objetivos ni mantener vivo el espíritu de la Declaración política si los países y donantes no se comprometen a utilizar las herramientas disponibles, centrarlas en los programas más efectivos e invertir adecuadamente.



Michel Sidibé
Director ejecutivo de ONUSIDA
Secretario general adjunto de las Naciones Unidas

> **Estamos aquí.**

21%

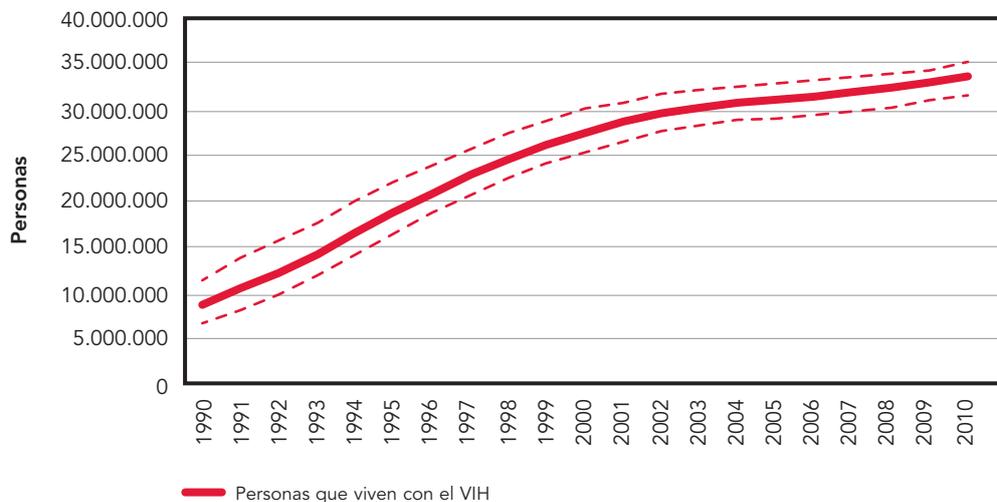
Las nuevas infecciones anuales por el VIH disminuyeron un 21% entre 1997 y 2010.

SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Actualmente más personas que nunca viven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento.

A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones–35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años.

PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH



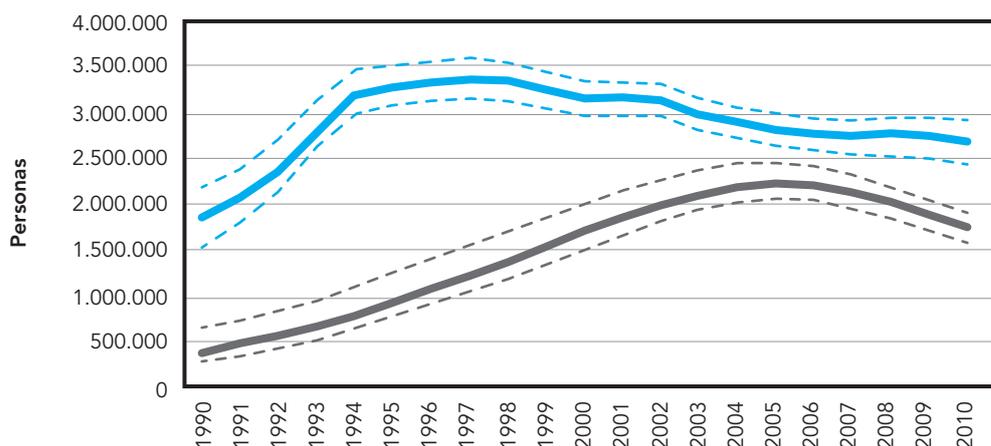
El número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida disminuyó a 1,8 millones [1,6 millones–1,9 millones] en 2010, desde el nivel máximo de 2,2 millones [2,1 millones–2,5 millones] alcanzado a mediados de los años 2000. Desde 1995, se ha evitado un total de 2,5 millones de muertes en países de ingresos bajos y medianos debido al tratamiento antirretrovírico que se introdujo, según los nuevos cálculos de ONUSIDA. Gran parte de ese éxito proviene de los últimos dos años, cuando se produjo una rápida ampliación del acceso al tratamiento; solo en 2010, se evitaron 700.000 muertes relacionadas con el sida.

La proporción de mujeres que viven con el VIH se ha mantenido estable al 50% en todo el mundo, aunque este grupo de población es más afectado en África subsahariana (59% de todas las personas que viven con el VIH) y el Caribe (53%).

En 2010, hubo 2,7 millones [2,4 millones–2,9 millones] de nuevas infecciones por el VIH, que incluye una cifra estimada de 390.000 [340.000–450.000] niños. Esto representó un 15% menos que en 2001, y un 21% por debajo del número de nuevas infecciones en el nivel máximo de la epidemia en 1997.

El número de personas que se infectan por el VIH sigue en descenso, en algunos países más rápido que en otros. La incidencia del VIH ha caído en 33 países, 22 de los cuales pertenecen a África subsahariana, la región más afectada por la epidemia de sida.

NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA



— Nuevas infecciones por el VIH
— Muertes relacionadas con el sida

A escala mundial, las nuevas infecciones por el VIH alcanzaron su nivel máximo en 1997.

África subsahariana

África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH. En 2010, alrededor del 68% de todas las personas que vivían con el VIH residían en África subsahariana, una región que representa solo el 12% de la población mundial. Además, África subsahariana representó el 70% de las nuevas infecciones por el VIH en 2010, aunque hubo una reducción notable en la tasa regional de nuevas infecciones. La epidemia sigue siendo más grave en África meridional, donde Sudáfrica tiene el mayor número de personas que viven con el VIH (un número estimado de 5,6 millones) que cualquier otro país en el mundo.

Casi la mitad de las muertes por enfermedades relacionadas con el sida en 2010 se produjeron en África meridional. El sida se ha cobrado al menos un millón de vidas por año en África subsahariana desde 1998. Sin embargo, desde entonces, las muertes relacionadas con el sida han disminuido a un ritmo constante, a medida que aumentaba el acceso al tratamiento antirretrovírico gratuito.

El número total de nuevas infecciones por el VIH en África subsahariana ha disminuido más del 26%, hasta los 1,9 millones [1,7 millones–2,1 millones] desde los 2,6 millones [2,4 millones–2,8 millones] estimados en el punto máximo de la epidemia en 1997. En 22 países subsaharianos, las investigaciones muestran que la incidencia del VIH se redujo más del 25% entre 2001 y 2009. Esto incluye algunas de las epidemias más grandes del mundo: Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe. La incidencia anual en Sudáfrica, aunque aún es alta, disminuyó un tercio entre 2001 y 2009: de 2,4% [2,1%–2,6%] a 1,5% [1,3%–1,8%]. De manera similar, las epidemias en Botswana, Namibia y Zambia parecen estar en declive. Las epidemias en Lesotho, Mozambique y Swazilandia parecen haberse estabilizado, aunque en niveles inaceptablemente altos.

250%

En Europa oriental y Asia central, el número de personas que vivían con el VIH se elevó un 250% de 2001 a 2010.

Caribe

El Caribe tiene la segunda prevalencia regional más alta del VIH después de África subsahariana, aunque la epidemia se ha desacelerado considerablemente desde mediados de los años noventa.

En la región del Caribe, las nuevas infecciones por el VIH se redujeron un tercio desde los niveles de 2001. En la República Dominicana y Jamaica, la incidencia del VIH se ha reducido un 25%, mientras que en Haití ha disminuido aproximadamente un 12%. La desaceleración de la incidencia del VIH y el acceso cada vez mayor a los servicios de prevención del VIH para las mujeres embarazadas ha conducido a una marcada disminución en el número de niños con nuevas infecciones por el VIH y en las muertes relacionadas con el sida entre niños.

Las relaciones sexuales sin protección son el principal modo de transmisión en el Caribe. El número de personas que viven con el VIH también se ha reducido ligeramente desde los primeros años del nuevo milenio. El mayor acceso al tratamiento antirretrovírico ha llevado a una caída considerable en la mortalidad asociada con el sida.

Asia

Aunque la tasa de prevalencia del VIH es considerablemente inferior en Asia que en algunas otras regiones, el tamaño absoluto de la población asiática significa que es el segundo grupo más grande de personas que viven con el VIH.

En Asia oriental y sudoriental, el número estimado de 270.000 [230.000–340.000] nuevas infecciones por el VIH en 2010 fue un 40% inferior al nivel máximo de la epidemia en 1996. En India, el país con el mayor número de personas que viven con el VIH en la región, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 56%.

La prevalencia del VIH entre los grupos de población clave más expuestos al riesgo de infección (en particular, profesionales del sexo, personas que se inyectan drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) es alta en varios países asiáticos aunque, con el tiempo, el virus tiende a propagarse a otros grupos de población. Las tendencias generales en esta región ocultan variaciones importantes en las epidemias, tanto entre los países como dentro de ellos. En muchos países asiáticos, las epidemias nacionales están concentradas en relativamente pocas provincias. En China, por ejemplo, cinco provincias representan el 53% de las personas que viven con el VIH¹, mientras que una porción desproporcionadamente grande de la carga de Indonesia se encuentra en las provincias de Papúa y Papúa Occidental.²

Europa oriental y Asia central

En Europa oriental y Asia central, hubo un aumento pronunciado desde 2001 en el número de personas que viven con el VIH, que aumentó un 250% en 2010. La Federación de Rusia y Ucrania representan casi el 90% de la epidemia de la región de Europa oriental y Asia central. El uso de drogas inyectables sigue siendo la causa principal de infección por el VIH en esta región, aunque una transmisión considerable también se presenta en las parejas sexuales de las personas que se inyectan drogas.

Hay pocos indicios de que la epidemia se haya estabilizado en la región, y las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida siguen en aumento. Después de la ralentización en los primeros años del nuevo siglo, la incidencia del VIH en Europa oriental y Asia central se ha acelerado nuevamente a partir de 2008.

A diferencia de la mayoría de las otras regiones, las muertes relacionadas con el sida siguen elevándose en Europa oriental y Asia central.

Oriente Medio y África del Norte

Las tendencias relacionadas con el VIH en Oriente Medio y África del Norte varían, ya que la incidencia, la prevalencia y las muertes relacionadas con el sida están en aumento en algunos países, mientras que en otros la epidemia es estable. En general, la prevalencia del VIH en la región es baja, excepto en Djibouti y la región meridional de Sudán, donde la epidemia se está generalizando.

América Latina

En general, las epidemias del VIH en América Latina son estables. Un descenso constante en las nuevas infecciones por el VIH anuales desde 1996 se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio y ha permanecido estable desde entonces a 100.000 [73.000-135.000] por año.

El número total de personas que viven con el VIH en esta región sigue en crecimiento. Ese incremento se atribuye parcialmente al aumento en las personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el sida. Más de un tercio (36%) de los adultos que vivían con el VIH en esta región en 2010 eran mujeres.

El número de niños menores de 15 años que viven con el VIH en esta región ha disminuido. Hubo un descenso considerable en las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida en los niños entre 2001 y 2010.

Oceanía

El número de nuevas infecciones por el VIH anuales en Oceanía aumentó lentamente hasta los primeros años del nuevo milenio, y luego decayó. El número de personas que viven con el VIH en esta región alcanzó un número estimado de 54.000 [48.000–62.000] a fines de 2010, aproximadamente un 34% más que el número estimado para 2001. La mortalidad relacionada con el sida ha disminuido considerablemente.

América del Norte y Europa occidental y central

La epidemia de VIH en América del Norte y Europa occidental y central permanece obstinadamente estable, a pesar del acceso universal al tratamiento, de la atención y el apoyo, y de la amplia sensibilización sobre la epidemia y las causas de la infección por el VIH. La incidencia del VIH ha cambiado poco desde 2004.

El número total de personas que viven con el VIH en América del Norte y Europa occidental y central alcanzó un número estimado de 2,2 millones [1,9 millones–2,7 millones] en 2010, aproximadamente un tercio (34%) más que en 2001. Más de la mitad (cerca de 1,2 millones) de las personas con VIH en esta región residen en los Estados Unidos de América.

El número creciente de personas que viven con el VIH refleja la disponibilidad a gran escala del tratamiento antirretrovírico, especialmente en los países con las epidemias más grandes, lo que ha reducido de manera significativa la mortalidad relacionada con el sida. El número de muertes relacionadas con el sida ha variado poco desde 2000, a pesar del aumento del 34% en el número de personas que viven con el VIH.

Las tendencias recientes varían a lo largo de la región. Las tasas de casos diagnosticados de infección por el VIH se duplicaron entre 2000 y 2009 en Bulgaria, República Checa, Hungría, Lituania, Eslovaquia y Eslovenia, y aumentaron más del 50% en el Reino Unido. Por otro lado, los diagnósticos nuevos de infección por el VIH disminuyeron más del 20% en Letonia, Portugal y Rumania.³

Estadísticas regionales del VIH y el sida, 2010 y 2001

Estimaciones regionales de nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños, personas que viven con el VIH y muertes relacionadas con el sida

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Muertes de adultos y niños a causa del sida	Prevalencia (%) en jóvenes (15-24 años)	
						Varón	Mujer
ÁFRICA SUBSAHARIANA	2010	22,9 millones [21,6-24,1 millones]	1,9 millones [1,7-2,1 millones]	5,0 [4,7-5,2]	1,2 millones [1,1-1,4 millones]	1,4 [1,1-1,8]	3,3 [2,7-4,2]
	2001	20,5 millones [19,1-22,2 millones]	2,2 millones [2,1-2,4 millones]	5,9 [5,6-6,4]	1,4 millones [1,3-1,6 millones]	2,0 [1,6-2,7]	5,2 [4,3-6,8]
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	2010	470.000 [350.000-570.000]	59.000 [40.000-73.000]	0,2 [0,2-0,3]	35.000 [25.000-42.000]	0,1 [0,1-0,2]	0,2 [0,1-0,2]
	2001	320.000 [190.000-450.000]	43.000 [31.000-57.000]	0,2 [0,1-0,3]	22.000 [9.700-38.000]	0,1 [0,1-0,2]	0,1 [0,1-0,2]
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	2010	4,0 millones [3,6-4,5 millones]	270.000 [230.000-340.000]	0,3 [0,3-0,3]	250.000 [210.000-280.000]	0,1 [0,1-0,2]	0,1 [0,1-0,1]
	2001	3,8 millones [3,4-4,2 millones]	380.000 [340.000-420.000]	0,3 [0,3-0,4]	230.000 [200.000-280.000]	0,2 [0,2-0,2]	0,2 [0,2-0,2]
ASIA ORIENTAL	2010	790.000 [580.000-1,1 millones]	88.000 [48.000-160.000]	0,1 [0,1-0,1]	56.000 [40.000-76.000]	<0,1 [<0,1-<0,1]	<0,1 [<0,1-<0,1]
	2001	380.000 [280.000-530.000]	74.000 [54.000-100.000]	<0,1 [<0,1-<0,1]	24.000 [16.000-45.000]	<0,1 [<0,1-<0,1]	<0,1 [<0,1-<0,1]
OCEANÍA	2010	54.000 [48.000-62.000]	3.300 [2.400-4.200]	0,3 [0,2-0,3]	1.600 [1.200-2.000]	0,1 [0,1-0,2]	0,2 [0,1-0,2]
	2001	41.000 [34.000-50.000]	4.000 [3.300-4.600]	0,2 [0,2-0,3]	1.800 [1.300-2.900]	0,1 [0,1-0,2]	0,2 [0,2-0,3]
AMÉRICA LATINA	2010	1,5 millones [1,2-1,7 millones]	100.000 [73.000-140.000]	0,4 [0,3-0,5]	67.000 [45.000-92.000]	0,2 [0,1-0,4]	0,2 [0,1-0,2]
	2001	1,3 millones [1,0-1,7 millones]	99.000 [75.000-130.000]	0,4 [0,3-0,5]	83.000 [50.000-130.000]	0,2 [0,1-0,6]	0,1 [0,1-0,2]

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Muertes de adultos y niños a causa del sida	Prevalencia (%) en jóvenes (15–24 años)	
						Varón	Mujer
CARIBE	2010	200.000 [170.000–220.000]	12.000 [9.400–17.000]	0,9 [0,8–1,0]	9.000 [6.900–12.000]	0,2 [0,2–0,5]	0,5 [0,3–0,7]
	2001	210.000 [170.000–240.000]	19.000 [16.000–22.000]	1,0 [0,9–1,2]	18.000 [14.000–22.000]	0,4 [0,2–0,8]	0,8 [0,6–1,1]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	2010	1,5 millones [1,3–1,7 millones]	160.000 [110.000–200.000]	0,9 [0,8–1,1]	90.000 [74.000–110.000]	0,6 [0,5–0,8]	0,5 [0,4–0,7]
	2001	410.000 [340.000–490.000]	210.000 [170.000–240.000]	0,3 [0,2–0,3]	7.800 [6.000–11.000]	0,3 [0,2–0,3]	0,2 [0,1–0,2]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2010	840.000 [770.000–930.000]	30.000 [22.000–39.000]	0,2 [0,2–0,2]	9.900 [8.900–11.000]	0,1 [0,1–0,1]	0,1 [0,1–0,1]
	2001	630.000 [580.000–690.000]	30.000 [26.000–34.000]	0,2 [0,2–0,2]	10.000 [9.500–11.000]	0,1 [0,1–0,1]	0,1 [0,1–0,1]
AMÉRICA DEL NORTE	2010	1,3 millones [1,0–1,9 millones]	58.000 [24.000–130.000]	0,6 [0,5–0,9]	20.000 [16.000–27.000]	0,3 [0,2–0,6]	0,2 [0,1–0,4]
	2001	980.000 [780.000–1,2 millones]	49.000 [34.000–70.000]	0,5 [0,4–0,7]	19.000 [15.000–24.000]	0,3 [0,2–0,4]	0,2 [0,1–0,3]
TOTAL	2010	34,0 millones [31,6–35,2 millones]	2,7 millones [2,4–2,9 millones]	0,8 [0,8–0,8]	1,8 millones [1,6–1,9 millones]	0,3 [0,3–0,3]	0,6 [0,5–0,6]
	2001	28,6 millones [26,7–30,9 millones]	3,1 millones [3,0–3,3 millones]	0,8 [0,7–0,8]	1,9 millones [1,7–2,2 millones]	0,4 [0,4–0,4]	0,8 [0,7–0,8]

Metodologías

En colaboración con los asociados nacionales, ONUSIDA utilizó el paquete de programas informáticos Spectrum para elaborar las estimaciones epidemiológicas de los países y las regiones mencionados en este informe. Spectrum incorpora todos los datos pertinentes disponibles, como: encuestas de mujeres embarazadas que acuden a centros de atención prenatal; encuestas basadas en la población (realizadas en los hogares); vigilancia centinela entre las poblaciones más expuestas al infección por el VIH; notificaciones de casos; datos demográficos; y la información sobre los programas de tratamiento antirretrovírico y los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil. Teniendo en cuenta estas fuentes diversas de datos, Spectrum genera estimaciones de nuevas infecciones por el VIH, el número de personas que viven con el VIH tanto para adultos como para niños, el número de personas elegibles para el tratamiento antirretrovírico y los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil, y el número de muertes relacionadas con el sida.

Estas nuevas estimaciones del VIH (incluidas las de años anteriores) reemplazan las publicadas anteriormente y no se deben comparar con informes previos. Las estimaciones de ONUSIDA antes publicadas para América Latina no incluían a México, que ahora está incluido en esta región.





**> Más rápido.
Más inteligente.
Mejor.**

> **Más rápido.**

20%

La cobertura antirretrovírica aumentó un 20% entre 2009 y 2010 en África subsahariana.

Acelerar el declive de la epidemia

El mundo se enfrenta a una elección clara: mantener las iniciativas actuales y conseguir mejoras graduales, o bien invertir de forma inteligente y obtener rápidamente beneficios en la respuesta al sida.

La respuesta mundial sin parangón de la última década ha conseguido forzar el declive de la epidemia: la tasa de nuevas infecciones se ha reducido, al igual que el número de muertes relacionadas con el sida, mientras que la cantidad de fondos destinados a programas del VIH es mayor que nunca. Los históricos acuerdos políticos, como la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 o la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006, que abogaron por el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, han tenido una repercusión evidente en la epidemia de sida.

Hace una década, cuando los líderes mundiales se reunieron en Nueva York con motivo del Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida (primera vez que este se celebró en torno a una cuestión sanitaria) solo tres países, Senegal, Tailandia y Uganda, destacaban por haber respondido con éxito al VIH. Hoy, prácticamente todos los países de África subsahariana, Asia y América Latina tienen historias felices que contar, historias en las que se han salvado vidas, evitado nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida. En una década, el liderazgo y el compromiso político, el cambio social, la innovación y la rápida inyección de nuevos recursos han convertido la respuesta al sida en un éxito pionero en la salud mundial, que ha conseguido devolver el interés a la salud mundial y que tiene un nuevo rostro de esperanza, resistencia, valor y responsabilidad.

EL CAMBIO DE CONDUCTAS ESTÁ EVITANDO NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH, ESPECIALMENTE ENTRE LOS JÓVENES

El descenso de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo se ha visto favorecido por cambios en las conductas de jóvenes, profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transexuales. El acceso a los servicios de prevención del VIH ha capacitado a individuos y comunidades para responder con seriedad a la enfermedad.

En varios países con epidemias generalizadas, la combinación de varios cambios de conductas, como la reducción del número de parejas sexuales, el incremento del uso del preservativo o el retraso de la iniciación sexual, ha conseguido reducir las nuevas infecciones (incidencia). La incidencia del VIH en áreas urbanas de Zimbabwe cayó de un tope extremadamente alto de casi el 6% en 1991 a menos de un 1% en 2010.⁴

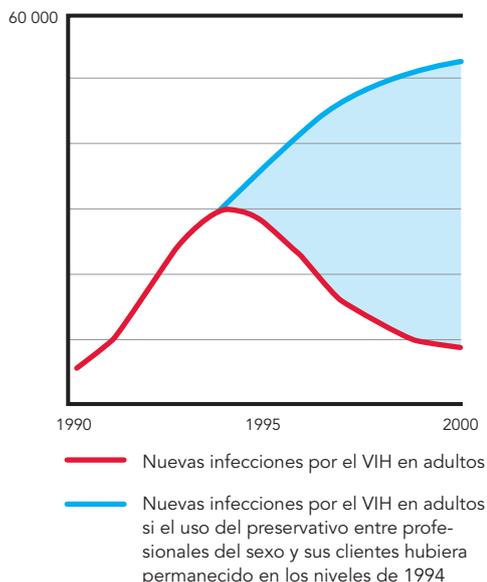


**EL MUNDO SE ENFRENTA A UNA ELECCIÓN
CLARA: MANTENER LAS INICIATIVAS ACTUALES
Y CONSEGUIR MEJORAS GRADUALES,
O INVERTIR DE FORMA INTELIGENTE
Y OBTENER RÁPIDAMENTE BENEFICIOS
EN LA RESPUESTA AL SIDA.**

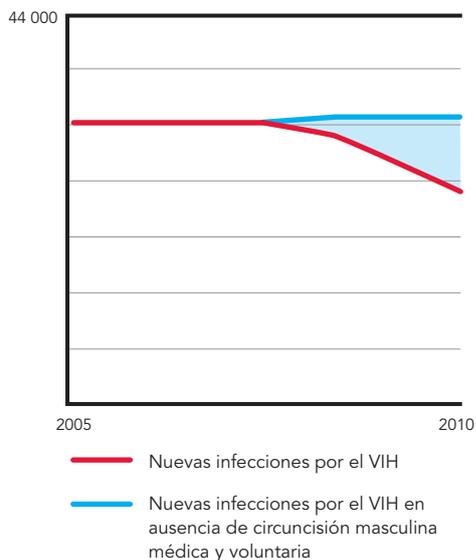
Nuevas tendencias en las infecciones por el VIH

Curso de nuevas infecciones por el VIH, comparado con estimaciones si no se hubieran producido los cambios clave

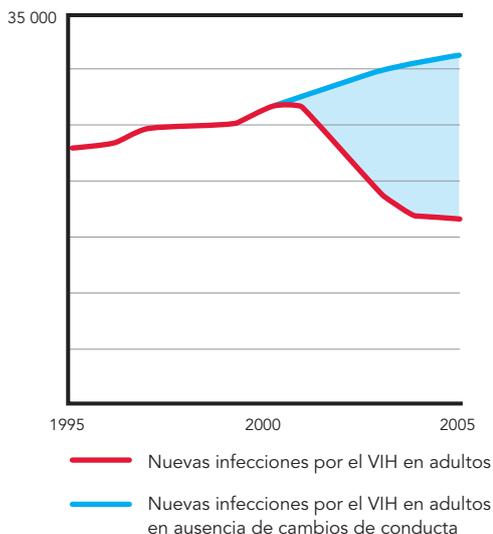
CAMBOYA



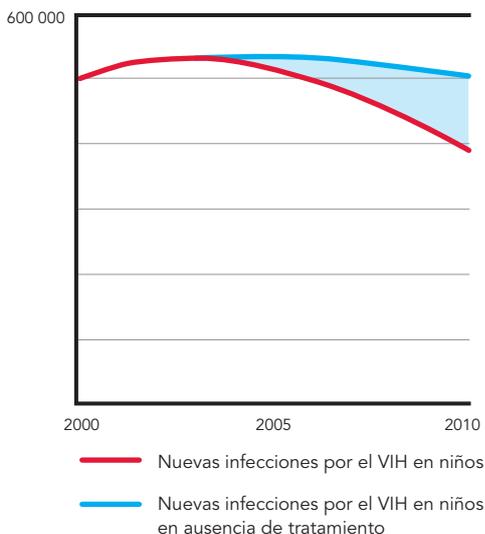
PROVINCIA DE NYANZA, KENYA



ZONAS URBANAS DE MALAWI



NUEVAS INFECCIONES GLOBALES POR EL VIH EN NIÑOS



La elaboración de modelos sugiere que, sin un cambio de conductas, la incidencia del VIH habría duplicado los niveles actuales, lo que significaría que anualmente se habrían producido 35.000 nuevas infecciones adicionales. La situación se repite en áreas urbanas de Malawi, donde la tasa de nuevas infecciones se habría estabilizado en torno a un 4% anual si los comportamientos sexuales se hubieran mantenido. Sin embargo, la tasa descendió por debajo del 1% en 2010, por lo que se evitaron 15.000 nuevas infecciones anuales.¹

Una nueva generación de jóvenes está tomando las riendas de su destino y protegiéndose del VIH. En varios países con una incidencia alta del VIH se están observando tendencias esperanzadoras entre los jóvenes.

En al menos 21 de los 24 países que tienen una prevalencia nacional del VIH igual o superior al 1%, esta ha descendido entre jóvenes (de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años). Este descenso tiene valor estadístico entre las mujeres embarazadas que acudieron a clínicas de atención prenatal en 12 de estos países: Burkina Faso, Botswana, el Congo, Etiopía, Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Namibia, la República Unida de Tanzania, Togo y Zimbabwe. Cuatro (Botswana, Malawi, Tanzania y Zimbabwe) también fueron testigo de descensos estadísticamente significativos de la prevalencia en la población general (en mujeres en Botswana, Malawi y Zimbabwe, y en hombres en Tanzania), según los resultados de encuestas basadas en la población. Otros tres países experimentaron asimismo reducciones estadísticamente significativas de la prevalencia en la población general (en mujeres en Zambia, y en hombres en Lesotho y Sudáfrica), pero no entre las pacientes que acudieron a clínicas de atención prenatal.

Estos avances han tenido lugar entre signos esperanzadores de cambios en las conductas sexuales de los jóvenes. El porcentaje de jóvenes varones que tuvieron múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses disminuyó significativamente en 11 de los 19 países con datos suficientes, mientras que en el caso de las mujeres, este descenso se produjo en seis países. La proporción de jóvenes que afirmaron haber utilizado preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales de alto riesgo aumentó considerablemente en siete países (en el caso de los hombres) y en cinco países (en el caso de las mujeres) de los 17 países con datos al respecto. El porcentaje de jóvenes de ambos sexos que mantuvieron relaciones sexuales antes de cumplir 15 años descendió significativamente en ocho de los 18 países que facilitaron datos.

Las importantes dimensiones del cambio social también han forzado cambios en las conductas y la incidencia. Por ejemplo, las iniciativas educativas a nivel comunitario que promueven la participación pueden ayudar a cambiar diversas normas sociales nocivas en torno al género, por ejemplo la violencia, cuando los programas de prevención del VIH y de la violencia se completan con movilización comunitaria y la participación de hombres en la lucha contra dichas normas. Un estudio histórico realizado en Sudáfrica recientemente concluyó que prácticamente uno de cada siete casos de jóvenes mujeres que contraían el VIH se podría haber evitado si sus parejas no hubieran utilizado la violencia en su contra.⁶

Los cambios de conducta han sido especialmente notables en países con una prevalencia del VIH alta, si bien existen variaciones, pues las pautas conductuales siguen evolucionando, en ocasiones para peor. Por ejemplo, en Rwanda y Zimbabwe, la proporción de mujeres jóvenes con múltiples parejas aumentó, mientras que en Guyana y Lesotho se observó una tendencia similar entre jóvenes varones. En Uganda y Zimbabwe, el uso del preservativo entre jóvenes varones parece haber descendido y la proporción de jóvenes que mantuvieron relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años aumentó en Guyana, Lesotho y Haití, así como entre los jóvenes varones en Rwanda.

Además, en muchos países con alta prevalencia del VIH, los jóvenes varones están comenzando a circuncidarse. Diversos ensayos clínicos realizados en Kenya, Sudáfrica y Uganda indican que la circuncisión masculina médica y voluntaria reduce el riesgo de que la mujer transmita el virus al hombre en alrededor de un 60%⁷⁻⁹, y los resultados preliminares de encuestas transversales llevadas a cabo en la comunidad Orange Farm de Sudáfrica, donde se están introduciendo programas de circuncisión masculina médica y voluntaria, corroboran la efectividad de este enfoque.¹⁰

Otros estudios muestran que en la provincia de Nyanza (Kenya) se evitaron en 2010 en torno a 2.000 nuevas infecciones por el VIH en hombres tras la ampliación de estos programas.

Si bien son los jóvenes quienes han demostrado mayor disposición a la hora de optar por la circuncisión masculina médica, para maximizar sus beneficios también se debe llegar a hombres de mayor edad. En África oriental y meridional, para conseguir que esta práctica tenga un beneficio preventivo para toda la población, se necesita circuncidar a 21 millones de hombres más. Si se alcanzara este objetivo, se evitarían en torno a 3,4 millones de nuevas infecciones para 2015.

CIRCUNCISIÓN MASCULINA MÉDICA Y VOLUNTARIA EN KENYA

Kenya podría evitar 73.000 nuevas infecciones por el VIH desde 2011 a 2025 si el 80% de los varones adultos se circuncidaran antes de 2015 y posteriormente se mantuviera el mismo nivel de cobertura. Para conseguir este objetivo se necesitarían 860.000 circuncisiones. A finales de 2010 ya se habían realizado 232.287, lo que corresponde al 27% del objetivo nacional, mientras que en la provincia de Nyanza se alcanzó el 62% de su objetivo para 2015.¹¹

Invertir de forma continua en programas que promueven el cambio de conductas puede acelerar aún más el descenso de nuevas infecciones.

ACELERAR LA RESPUESTA PRESTANDO ATENCIÓN A LAS PERSONAS MÁS EXPUESTAS AL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH

Los enfoques centrados en las personas más expuestas al riesgo de infección por el VIH en países con epidemias concentradas han dado frutos, aunque en muchos casos, los resultados han sido limitados y se puede hacer mucho más. En Camboya, el uso sistemático del preservativo entre trabajadores del sexo y sus clientes aumentó de alrededor del 40% en 1997 a niveles actuales que superan el 90%, mientras que el número de nuevas infecciones por el VIH ha caído hasta situarse por debajo de las 2.000 al año. Si los índices de uso del preservativo se hubieran mantenido en los niveles de 1994, momento a partir del cual se empezó a utilizar con mayor asiduidad, el número anual de nuevas infecciones probablemente hubiera sido superior a 50.000.¹² Cotonou (Benín) ha sido testigo de un éxito similar, y actualmente cada año se producen de unas 3.000 a 4.000 infecciones menos gracias a un programa intensivo de cambio de conductas dirigido a trabajadores del sexo.¹³

En Dhaka, Bangladesh, se ha atribuido a los programas de reducción de daños la ralentización de la propagación del VIH entre los usuarios de drogas inyectables. La prevalencia del VIH en este grupo aumentó de un 1,4% en el año 2000 a un 7% en 2007, pero volvió a caer hasta situarse en un 5,3% en 2011, una cifra muy por debajo de los niveles observados en áreas que no cuentan con programas de prevención. En los países que han ignorado los programas de reducción de daños

o que no amplían los programas de prevención según sus necesidades, las consecuencias han sido graves. En San Petersburgo (Rusia) la prevalencia del VIH se ha duplicado en los últimos cinco años y se estima que se sitúa en torno al 60% entre los usuarios de drogas inyectables.¹⁴

Los usuarios de drogas inyectables también necesitan un acceso equitativo a servicios sanitarios y sociales donde no sean discriminados. Diversos estudios realizados en Europa oriental y Asia central muestran que muchos evitan acceder a servicios sanitarios por el riesgo de ostracismo y el temor a que sus proveedores de salud los denuncien ante las fuerzas del orden.¹⁵

INVERTIR EN JÓVENES LÍDERES

Con el objetivo de ralentizar la propagación del VIH, la Declaración política de 2011 pidió a todos los países que respaldaran y promovieran la participación activa y el liderazgo de los jóvenes en las respuestas globales, regionales y nacionales. Para garantizar una participación sólida de los jóvenes en los Mecanismos de Coordinación de los Países y en los órganos nacionales de coordinación sobre el sida se deben dar determinados pasos. Asimismo, la Declaración política de 2011 se compromete a adoptar medidas específicas para implicar a los jóvenes seropositivos, y aquellos que deseen participar en la respuesta, en comunidades, familias, escuelas, centros de ocio y lugares de trabajo. El Fondo de jóvenes líderes sobre el VIH está promoviendo un nuevo liderazgo entre los jóvenes más afectados por el virus. Desde 2010 ha ofrecido 23 subvenciones a proyectos comunitarios en 19 países y está facilitando iniciativas de promoción, servicios inter pares y movilización comunitaria dirigidos por jóvenes. También son ellos quienes determinan dónde van las subvenciones y ofrecen apoyo técnico.

Estos obstáculos limitan el acceso de los individuos a los servicios básicos de salud, incluidos el asesoramiento sobre la reducción del riesgo en las relaciones sexuales, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, o la terapia antirretrovírica para aquellos que son seropositivos

EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO ES ESENCIAL PARA PROGRESAR MÁS RÁPIDO

Aunque el descenso de las tasas de nuevas infecciones gracias a los cambios de conductas muestra que las inversiones realizadas en la prevención del VIH están dando resultados, la reducción inicial suele venir seguida de una estabilización. Se está repitiendo una tendencia en la que se produce un pico inicial de nuevas infecciones, seguido de una reducción gracias a la ampliación de las iniciativas de prevención y al cambio de conductas, y que finaliza con un estancamiento, a menudo en niveles relativamente altos. Los últimos datos demuestran que este efecto de estancamiento se puede romper con el beneficio de prevención adicional que se consigue con altos niveles de cobertura del tratamiento.¹⁶

La expansión más drástica de la cobertura de la terapia antirretrovírica se ha producido en África subsahariana: solo entre 2009 y 2010 aumentó un 20%. Se estima que al menos 6,6 millones de personas reciben tratamiento en países de ingresos bajos y medios, lo que supone un aumento de más de 1,35 millones respecto al año anterior. En estos países, el 47% de los 14,2 millones de personas seropositivas elegibles siguen actualmente el tratamiento antirretrovírico, cuando en 2009 esta cifra era del 39%.

El acceso universal al tratamiento (que se define como una cobertura igual o superior al 80%) ya se ha conseguido en Botswana, Namibia y Rwanda, mientras que Swazilandia y Zambia han alcanzado niveles de entre el 70% y el 80%. A lo largo de ciudades y pueblos de África subsahariana, desde Harare a Addis Abeba, hasta las zonas rurales de Malawi y la provincia Kwazulu Natal de Sudáfrica, la introducción del tratamiento del VIH ha reducido drásticamente la mortalidad relacionada con el sida.¹⁷ En países de ingresos bajos y medios de todo el mundo, el tratamiento ha conseguido evitar 2,5 millones de fallecimientos desde 1995, la mayoría en los últimos años.

EL ACCESO AL TRATAMIENTO ESTIMULA EL ÉXITO DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH

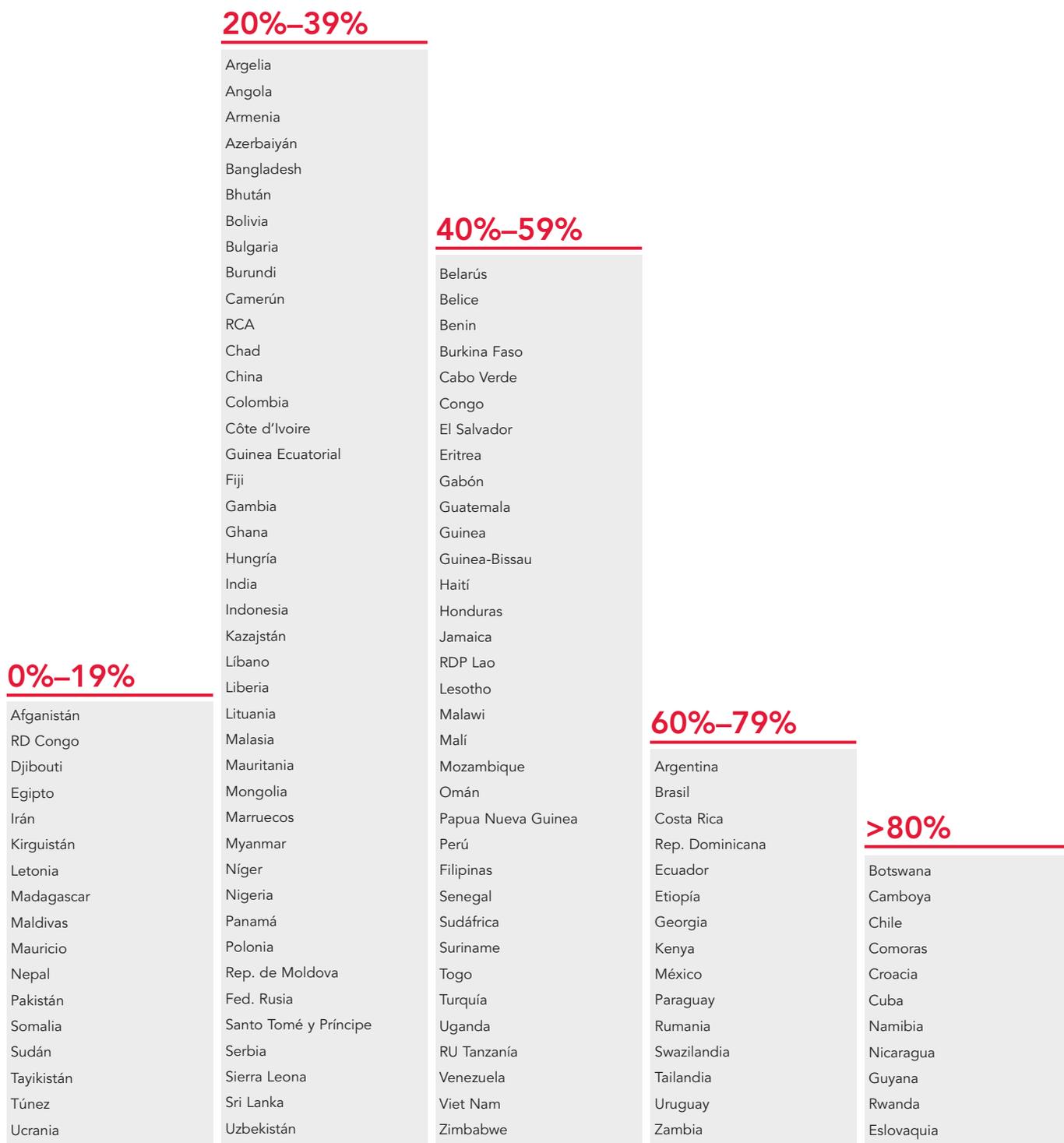
Además de mejorar la calidad de vida y mitigar las muertes relacionadas con el sida, actualmente se reconoce que el tratamiento previene la transmisión del VIH al reducir la carga vírica y, por consiguiente, el potencial de transmitir el virus. La combinación del acceso al tratamiento con las opciones de prevención combinada está consiguiendo reducir las nuevas infecciones por el VIH a niveles sin precedentes. En países con una prevalencia en adultos superior al 10% el tratamiento antirretrovírico, acompañado por programas que promueven el cambio de conductas y programas de circuncisión masculina médica, pueden ser la clave para conseguir un descenso rápido de las nuevas infecciones.

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN IRÁN

Se estima que el 15% (5%-25%) de los usuarios de drogas inyectables de Irán viven con el VIH.¹⁸ Para responder a esta situación, el país ha creado una red de más de 600 clínicas que trabajan en torno a la inyección de drogas, el VIH y las infecciones de transmisión sexual.¹⁹ Prácticamente la mitad de todos los usuarios de drogas inyectables del país reciben tratamiento de sustitución de opiáceos, a la vez que cada año se distribuyen 40 jeringas y agujas limpias por cada usuario.²⁰ Gracias a esta red nacional, la prevalencia del VIH se está reduciendo paulatinamente después de que alcanzara su punto máximo en 2005.²¹

Proporción de población elegible que recibía terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios a finales de 2010

La rápida ampliación de la cobertura antirretrovírica está ayudando a que cada vez más países consigan el acceso universal al tratamiento, la atención y el apoyo.



Fuente: ONUSIDA y OMS, 2011

Namibia es uno de los primeros países que está recogiendo los frutos de un enfoque de este tipo. Durante la última década los programas de prevención y tratamiento del VIH se han ampliado simultáneamente. El uso del preservativo entre hombres ha aumentado hasta prácticamente un 75%; menos del 11% de los hombres y del 2% de las mujeres habían tenido múltiples parejas; y los jóvenes, especialmente los varones, comenzaban a mantener relaciones sexuales más tarde. El acceso al tratamiento ha llegado a su máximo histórico, un 90%. La repercusión combinada de estas tendencias contribuyó a que las nuevas infecciones por el VIH descendieran de 21.000 en 1999 a 8.000 en 2010.

Los datos de países hiperendémicos sugieren que los programas que promueven cambios de conductas son cruciales para poner freno a las nuevas infecciones. Sin embargo, tras los descensos iniciales, el número de nuevas infecciones tiende a estabilizarse, en ocasiones en niveles relativamente altos. La introducción de nuevas herramientas de prevención, como la circuncisión masculina y el tratamiento antirretrovírico, pueden acabar con este estancamiento.

En los países que han conseguido altos niveles de cobertura del tratamiento, las nuevas infecciones pueden estar disminuyendo incluso sin que se produzca ningún cambio significativo en las pautas de las conductas sexuales. En Zimbabwe, por ejemplo, entre 1995 y 2000 se produjo un descenso de las nuevas infecciones por el VIH, que fue seguido por un periodo de una incidencia relativamente estable del 1%, con más de 50.000 nuevas infecciones anuales. Sin embargo, en los últimos años, las nuevas infecciones han comenzado a disminuir de nuevo, coincidiendo con la ampliación del tratamiento del VIH, pero sin que se dé ningún cambio significativo a nivel nacional en las conductas sexuales. De igual forma, los últimos descensos de las nuevas infecciones por el VIH en Lesotho son especialmente notables, ya que se han producido en conjunción con un aumento de las conductas de riesgo en algunas poblaciones. Este fenómeno puede atribuirse, al menos en parte, al incremento del número de personas que reciben tratamiento junto con el efecto preventivo de los programas actuales de prevención del VIH.

En los países donde se ha alcanzado el acceso universal al tratamiento, los resultados son más notables. En Botswana, las caídas iniciales de las nuevas infecciones se podrían explicar por el curso natural de la epidemia junto con un aumento drástico del uso del preservativo entre 1988 y 2000 (según la encuesta demográfica y de salud realizada en Botswana en 1988, solo el 10% de las mujeres adultas afirmaba haber utilizado preservativo en alguna ocasión). Desde 2000, las pautas de conducta sexual han permanecido relativamente estables, lo que ha provocado el ralentizamiento del decrecimiento del número de nuevas infecciones. Sin embargo, en este periodo, Botswana también amplió rápidamente la provisión de tratamiento antirretrovírico. Fue el primer país africano que estableció un programa nacional gratuito de tratamiento del VIH. Actualmente, la terapia se ofrece en 30 hospitales y 130 clínicas satélite del país. Desde 2009, Botswana ha mantenido en tratamiento a más del 90% de las personas elegibles.³⁰

LA NECESIDAD DE PRUEBAS DEL VIH DOMICILIARIAS

El hecho de que menos de la mitad de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico es una inmensa barrera que dificulta la ampliación del tratamiento, así como obtener sus beneficios preventivos. La situación es incluso más grave en algunas de las áreas más afectadas: un estudio nacional realizado recientemente en Kenia mostró que solo el 16% de los adultos infectados por el VIH conocían su estado.²³

Diversas pruebas, desde punciones hasta hisopos bucales, pueden ofrecer los resultados en 1-20 minutos. El coste de estas pruebas se mide en céntimos.

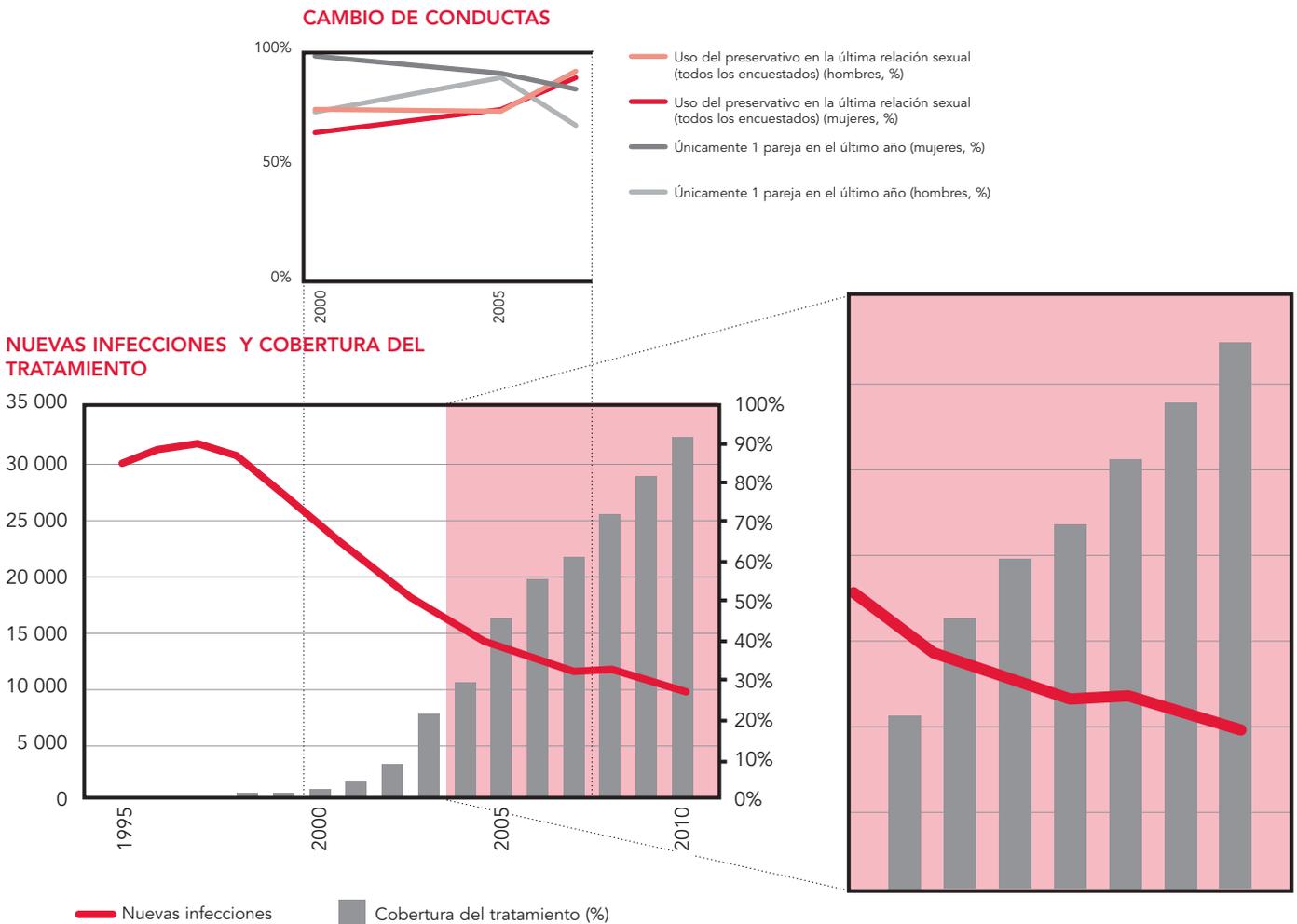
A pesar de los avances en la tecnología, las pruebas del VIH todavía se afrontan con temor, acceder a las clínicas es incómodo y la experiencia de someterse a las pruebas con frecuencia resulta estigmatizante.²⁴ Se ha encontrado que el estigma o el estigma anticipado es un poderoso obstáculo que afecta la decisión de realizarse las pruebas, lo que a su vez tiene un impacto negativo en determinados programas, como aquellos destinados a eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños.²⁵

Una opción que ayudaría a cambiar radicalmente el acceso a los diagnósticos es que las personas puedan realizarse las pruebas por sí solas en sus domicilios. La información y el apoyo se podrían ofrecer de forma remota. Es importante señalar, no obstante, que aquellos que obtengan resultados positivos necesitarán un camino claro de acceso a la atención sanitaria, que comience con una prueba que confirme los resultados.

En septiembre de 2011, el comité selecto sobre el sida de la Cámara de los Lores de Reino Unido recomendó derogar aquellas leyes que prohíben las pruebas domiciliarias del VIH.²⁶ Terrance Higgins Trust ha encontrado "un cimiento claro de apoyo" para legalizar los estuches de estas pruebas de diagnóstico, especialmente para hombres gay.²⁷ iTeach, un programa de difusión del Hospital Edendale de KwaZulu-Natal, Sudáfrica, ha estado lidiando con modelos de autodiagnóstico en una de las zonas más afectadas del mundo²⁸ y resalta la ironía de que los estuches se mantengan bajo llave porque, si no fuera así, los trabajadores sanitarios podrían acceder a ellos de manera informal, un problema que la Organización Mundial de la Salud examinó a principios de este año.²⁹

Edwin Cameron, juez del Tribunal Constitucional de Sudáfrica, es un defensor de las pruebas domiciliarias y afirma que conocer el estado respecto al VIH "debería simplemente ser una parte de la vida". También ha defendido que las personas tienen derecho a acceder a pruebas precisas y a poder realizarlas en la privacidad de sus hogares, que esto no resolverá todos los problemas que surgen en el acceso al tratamiento o a la atención ni en la negociación de relaciones seguras, pero que es "una forma sencilla y asequible de dar el primer paso".

Nuevas infecciones, cambios de conducta y cobertura del tratamiento en Botswana



Fuente: Encuestas de indicadores sobre sida de Botswana, ONUSIDA, OMS

Existen signos iniciales que indican que el aumento del acceso al tratamiento está contribuyendo a la aceleración del descenso de nuevas infecciones por el VIH. Los datos de la elaboración de modelos sugieren que el número de nuevas infecciones es actualmente de un 30% a un 50% inferior de lo que hubiera sido si no se dispusiera de acceso universal al tratamiento para las personas seropositivas elegibles.

El efecto total que el tratamiento del VIH tiene en la prevención se percibirá dentro de uno a cinco años, ya que cada vez serán más los países hiperendémicos que alcancen altos niveles de cobertura. En Sudáfrica, por ejemplo, el incremento masivo del número de personas que recibían tratamiento entre 2009 y 2010 probablemente se verá reflejado en una reducción significativa de las nuevas infecciones en un futuro cercano.

Sin embargo, un gran factor que limita el beneficio preventivo del tratamiento antirretrovírico es que más del 60% de las personas que viven con el VIH desconocen su estado serológico, lo que dificulta el acceso al tratamiento y a los servicios de atención, a la vez que obstaculiza las iniciativas de prevención. Se necesitan por tanto nuevas iniciativas para promover las pruebas del VIH y conseguir que más personas conozcan su estado serológico. Aunque integrar las pruebas del VIH en los servicios sanitarios rutinarios ha ayudado a promover las pruebas, este enfoque es insuficiente.

Introducir iniciativas comunitarias podría aumentar la accesibilidad y el número de personas que se someten a las pruebas, mejorando por consiguiente los niveles de conocimiento sobre el estado respecto al VIH.

ACELERAR EL DESCENSO DE FALLECIMIENTOS POR TUBERCULOSIS

Sin tratamiento ni profilaxis, las personas que viven con el VIH corren un riesgo entre 20 y 30 veces mayor que las personas seronegativas de desarrollar a lo largo de su vida tuberculosis activa.³¹ En 2010, las personas seropositivas representaban en torno al 13% de todos los nuevos casos de tuberculosis que se produjeron en el mundo, y unas 360.000 fallecieron de tuberculosis relacionada con el VIH.³²

Desde 2004, el número de personas seropositivas que mueren de tuberculosis ha descendido paulatinamente. Una colaboración más estrecha entre los programas de VIH y tuberculosis puede acelerar este descenso para conseguir el objetivo de reducir a la mitad el número de fallecimientos por tuberculosis relacionada con el VIH para 2015.

La atención, la cura y la prevención de la tuberculosis deben ampliarse entre las personas que viven con el VIH. Menos de un tercio de las personas seropositivas acudieron en 2010 a una clínica para recibir atención para la tuberculosis. Reducir a la mitad las muertes por tuberculosis relacionada con el VIH requerirá que esta cifra se duplique, junto con un aumento de entre un 70% y un 80% de las tasas de curación de tuberculosis, la detección de al menos el 80% de los casos de tuberculosis en personas seropositivas y una terapia preventiva con isoniazida que llegue al menos al 30% de las personas que viven con el VIH y que no han desarrollado tuberculosis activa.

Los países con alta prevalencia de VIH y tuberculosis deben realizar pruebas de detección de manera regular y utilizar herramientas y algoritmos de diagnóstico más precisos y específicos. Una dosis barata diaria de isoniazida reduce el riesgo de que la tuberculosis latente evolucione en una enfermedad activa.³¹ Al menos el 30% de las personas que viven con el VIH que no tienen tuberculosis activa deberían recibir terapia preventiva con isoniazida.

La terapia antirretrovírica se debe iniciar en el momento oportuno, ya que comenzar pronto el tratamiento reduce significativamente las probabilidades de sufrir tuberculosis relacionada con el VIH o de fallecer. Para conseguir el objetivo de reducir a la mitad el número de fallecimientos por tuberculosis relacionada con el VIH, se necesitará también alcanzar el acceso universal al tratamiento del VIH.³³

SUDÁFRICA FOMENTA LA COLABORACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PARA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH

Sudáfrica sufre la mayor incidencia mundial de VIH y tuberculosis. Sin embargo, está haciendo grandes esfuerzos para hacer frente a ambas enfermedades. En 2010, cerca de 210.000 personas con tuberculosis se realizaron las pruebas del VIH, de las que el 60% resultaron seropositivas. Más de la mitad inició la terapia antirretrovírica y tres cuartos recibieron terapia preventiva con contrimoxazol. En el mismo año, casi el 60% de los 3,9 millones de personas que recibían atención para el VIH se sometieron a las pruebas de tuberculosis, y el 12% recibió terapia preventiva con isoniazida. En una campaña de asesoramiento y pruebas del VIH se realizaron también pruebas para detectar la tuberculosis: 760.000 personas seropositivas recibieron el diagnóstico, y se facilitó terapia preventiva con isoniazida a 120.000.³⁴





Más rápido.
> Más inteligente.
Mejor.

> **Más inteligente.**

INVERSIONES INTELIGENTES QUE IMPULSAN UN MAYOR IMPACTO DE LOS PROGRAMAS

La epidemia de sida aún no terminó, pero el final puede estar cercano si los países invierten de manera inteligente. En los próximos cinco años, las inversiones inteligentes pueden impulsar la respuesta al sida hacia el logro de la visión de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. Para asegurar el uso óptimo de los fondos, se deben aplicar de forma eficaz las enseñanzas adquiridas en las últimas tres décadas.

Inversión inteligente, inversión para los resultados

La crisis económica actual y los recursos internacionales cada vez más pequeños han reducido los recursos financieros destinados a la respuesta al sida. A fines de 2010, aproximadamente U\$S15.000 millones estaban disponibles. La ayuda internacional ha disminuido de U\$S8.700 millones en 2009 a U\$S7.600 millones en 2010. La resistencia de la respuesta al sida ha amortiguado algo el impacto adverso de esta reducción en los recursos, pero el déficit acumulado en los fondos es uno de los factores que impidió que el mundo alcanzara los objetivos establecidos en 2001 para 2010. El futuro de los recursos para el sida depende de la inversión inteligente: gastar ahora para cercenar la necesidad de “gastar más, por siempre”.

En junio de 2011, los Estados Miembros acordaron sobre una nueva serie de metas mundiales, que incluyen destinar al menos entre 22.000 y 24.000 millones de dólares estadounidenses anualmente a la respuesta mundial al sida para 2015. Este nivel de recursos es crucial si se quieren lograr los nuevos objetivos mundiales. Aún más crucial es que estos recursos se inviertan atinadamente a fin de maximizar el rendimiento, para lograr el uso óptimo de los fondos. Un nuevo Marco de Inversiones de ONUSIDA proporciona una hoja de ruta para dicha estrategia, ya que vincula las inversiones a resultados concretos.

El Marco de Inversiones para la respuesta mundial al VIH comienza con la premisa de que, si bien se han realizado progresos enormes en la respuesta mundial al VIH, hasta el momento ha faltado en gran medida un esfuerzo sistemático para que las inversiones se correspondan con las necesidades. El desfase resultante ha estirado demasiado los escasos recursos para utilizarlos en demasiados objetivos.

El marco representa un desvío radical de los enfoques actuales y tiene cuatro objetivos claros:

- Maximizar los beneficios de la respuesta al VIH
- Utilizar la epidemiología específica del país para garantizar una asignación racional de los recursos
- Alentar a los países a ejecutar los programas más eficaces en función del contexto local
- Aumentar la eficiencia en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

EL MARCO REPRESENTA UN DESVÍO RADICAL DE LOS ENFOQUES ACTUALES Y TIENE CUATRO OBJETIVOS CLAROS:

1.

MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS DE LA RESPUESTA AL VIH

2.

UTILIZAR LA EPIDEMIOLOGÍA ESPECÍFICA DEL PAÍS PARA GARANTIZAR UNA ASIGNACIÓN RACIONAL DE LOS RECURSOS

3.

ALENTAR A LOS PAÍSES A EJECUTAR LOS PROGRAMAS MÁS EFICACES EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO LOCAL

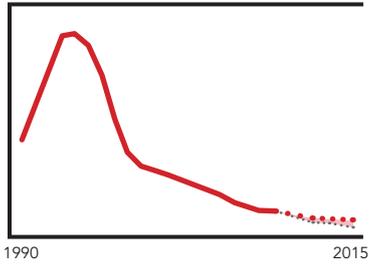
4.

AUMENTAR LA EFICIENCIA EN LA PREVENCIÓN, EL TRATAMIENTO, LA ATENCIÓN Y EL APOYO RELACIONADOS CON EL VIH.

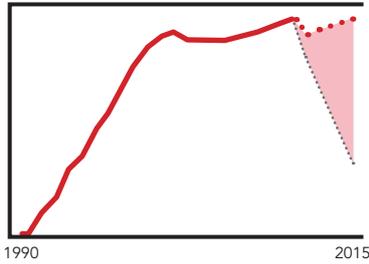
Proyecciones del marco de inversiones para las nuevas infecciones por el VIH

La inversión optimizada llevará a descensos rápidos en las nuevas infecciones por el VIH en muchos países.

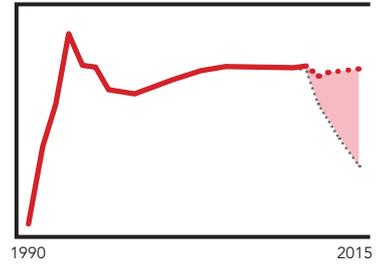
CAMBOYA



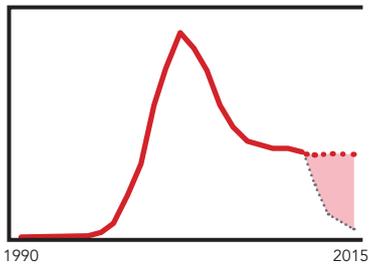
VIET NAM



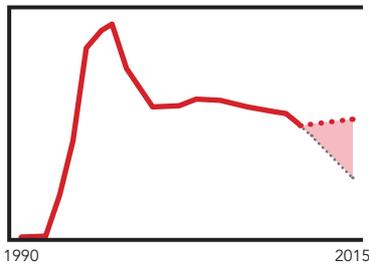
NIGERIA



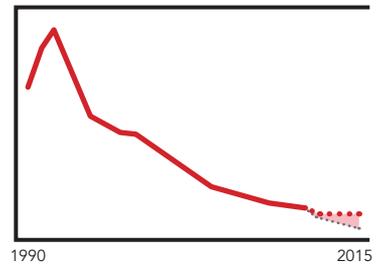
FEDERACIÓN DE RUSIA



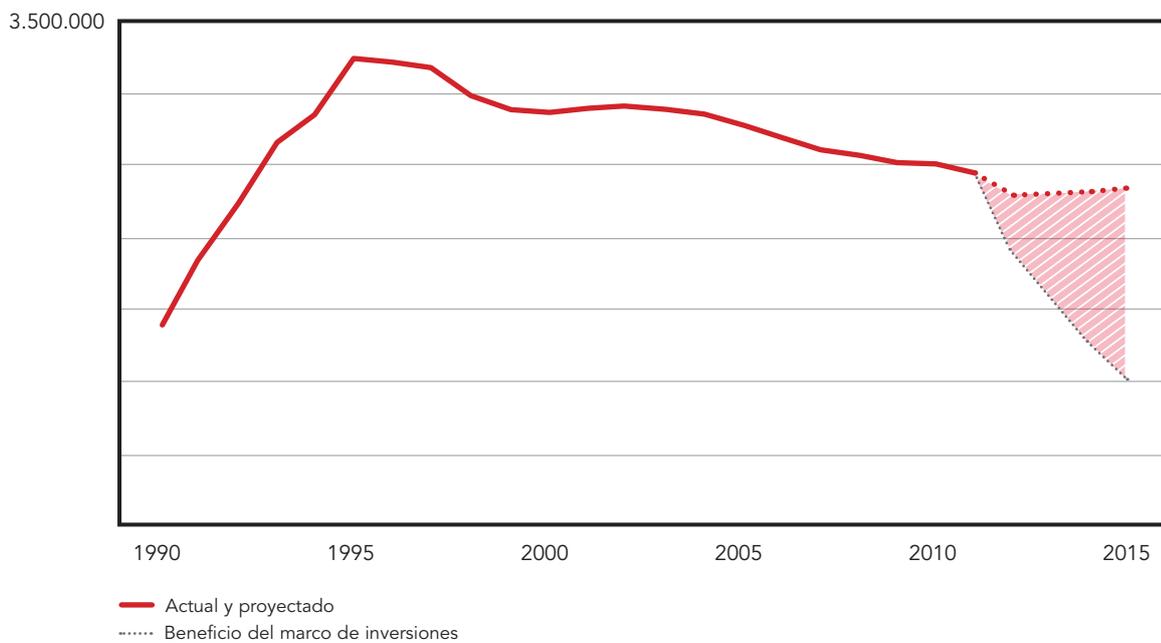
SUDÁFRICA



ZIMBABWE



NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH A NIVEL MUNDIAL



Rendimiento de la inversión

Un enfoque más estratégico para el gasto lograría resultados extraordinarios, y al menos 12,2 millones de nuevas infecciones por el VIH, que incluyen 1,9 millones entre los niños, y 7,4 millones de muertes relacionadas con el sida entre 2011 y 2020 en comparación con la continuación de los enfoques actuales.³⁵ En el Marco de Inversiones, la inversión adicional de U\$S1.060 por año de vida ganado estaría ampliamente compensada por los ahorros solo en los costos de tratamiento. Con el fin de lograr el acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para 2015 y de mantenerlo, la financiación del programa del VIH se debe aumentar de U\$S16.600 millones en 2011 a U\$S24.000 millones en 2015, antes de reducirse a U\$S19.800 millones en 2020.

El uso óptimo de los fondos se logra mejor cuando las respuestas nacionales al sida realizan inversiones oportunas en los lugares correctos, utilizan las estrategias adecuadas, aumentan la eficacia, reducen los costos y promueven la innovación. Cada una de estas tácticas son críticas, pero cuando se combinan, pueden sentar las bases para una respuesta al sida sostenible.

El apoyo a los países en la tarea continua de optimizar sus respuestas a través de un enfoque más claro en la inversión ha sido aceptado por los proveedores principales de ayuda internacional para el desarrollo destinada al sida. El enfoque de inversión está a la cabeza de la nueva estrategia que prepara el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, así como la estrategia de prevención del VIH publicada recientemente por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida. Está surgiendo una agenda que alinea claramente los intereses de los donantes en el uso óptimo de los fondos con los intereses de los países ejecutores en los resultados óptimos.

Inversión adecuada, en los lugares correctos, con las estrategias correctas

Una inversión completa y temprana en la respuesta al sida puede cosechar frutos perdurables. Brasil ha invertido adecuadamente durante años y se ha destacado en garantizar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH para las personas más vulnerables y marginadas. En 2008, el país invirtió más de U\$S600 millones, cercano a la cifra estimada de lo que se necesita para una respuesta completa. La Federación de Rusia realiza asignaciones de una magnitud similar, pero el rendimiento de los fondos que logró no es tan alto como el de Brasil, ya que su estrategia de inversión no está optimizada.

En la Federación de Rusia, las inversiones anuales en 2008 relacionadas con el VIH rondaron los U\$S800 millones, casi igual al monto total requerido en 2015. No obstante, las nuevas infecciones por el VIH están aumentando, ya que una porción pequeña del total invertido se destina a programas de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o los profesionales del sexo. De los U\$S181 millones gastados en programas de prevención del VIH en 2008, solo U\$S8 millones se invirtieron para estas poblaciones. Un cambio en la estrategia para adoptar la reducción de daños y redefinir las prioridades de los recursos existentes podría reducir considerablemente las nuevas infecciones por el VIH.

Ucrania está comenzando a adoptar enfoques programáticos eficaces, pero la escala de las inversiones aún es inadecuada y no guarda relación con la escala de la epidemia. Ucrania invirtió casi un tercio de su presupuesto para la prevención en 2008 en las poblaciones clave afectadas; sin embargo, la necesidad es el doble de lo que está disponible para las personas que se inyectan drogas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo. La elaboración de modelos de ONUSIDA sugiere que la duplicación de las inversiones anuales relacionadas con el sida en Ucrania y una mayor cobertura de los programas de prevención y tratamiento del VIH para personas que se inyectan drogas, profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

podrían reducir en un 65% el número anual de nuevas infecciones por el VIH para 2015.

Una comparación similar se puede realizar entre Camboya y Viet Nam. Camboya es otro ejemplo de un país donde las inversiones relacionadas con el VIH coinciden con la escala de la epidemia y se alinearon con las tendencias epidemiológicas, lo que dio lugar a una reducción drástica en la incidencia del VIH. Si esta tendencia continúa, es posible que Camboya pueda reducir gradualmente sus inversiones relacionadas con el VIH sin comprometer los avances logrados en la última década. Sin embargo, en Viet Nam las inversiones no están alineadas de un modo similar. Las causas principales de la epidemia son el uso de drogas inyectables y las relaciones sexuales entre hombres, pero la cobertura y las inversiones en programas de reducción de daños eficaces para estos grupos de población siguen siendo insuficientes. Una alineación de las inversiones en función de los principios del marco de inversiones podría reducir a la mitad las nuevas infecciones por el VIH en el país para 2015

En el caso de Sudáfrica, el país con el mayor número de nuevas infecciones por el VIH, las inversiones relacionadas con el VIH han crecido significativamente en los últimos dos años y el impacto comienza a manifestarse. La tasa de nuevas infecciones por el VIH disminuyó un 22% entre 2001 y 2009, y la mortalidad relacionada con el sida disminuyó un 21% entre 2001 y 2010. Un estancamiento en los niveles de inversión conduciría a una estabilización de las nuevas infecciones por el VIH en alrededor de 500.000 por año. No obstante, si Sudáfrica sigue aumentando sus inversiones en sida con el apoyo nacional e internacional, el número anual de nuevas infecciones por el VIH podría reducirse a menos de 250.000.

Nigeria es el segundo país con mayor número de nuevas infecciones por el VIH en el mundo, y las inversiones relacionadas con el VIH son insuficientes, lo que cercena gravemente su capacidad de abordar la magnitud de la epidemia. En 2008, las inversiones totales relacionadas con el VIH fueron aproximadamente U\$400 millones, contra una necesidad anual proyectada de tres veces más que esa cifra para 2015. Existe un enorme potencial para reducir las nuevas infecciones por el VIH si estas inversiones se hiciesen en consonancia con las tendencias epidemiológicas y los enfoques programáticos adecuados.

En los últimos años, muchos países han comenzado a tomar medidas para evaluar la dinámica epidemiológica y dirigir los recursos hacia los grupos de población más necesitados. Un análisis reciente en Marruecos encontró que solo el 27% de los recursos para prevención se invirtieron en servicios para los grupos de población que representaban más de dos tercios de las nuevas infecciones por el VIH. El Plan Estratégico Nacional 2012–2016 para Marruecos propone asignar el 63% de los recursos relacionados con el sida a la prevención entre los grupos de población clave afectados, que incluye el 13% para las personas que se inyectan drogas, el 13% para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y el 23% para los profesionales del sexo y sus clientes. Dicho enfoque es coherente con el marco de inversiones y, como país tras país han demostrado, una inversión suficiente mientras los niveles de la epidemia permanecen bajos ahorra décadas de costos cada vez mayores en el futuro.

Inversión en la reducción de costos

También se pueden obtener beneficios importantes al reducir los aranceles y otros obstáculos comerciales que aumentan el costo unitario de la prestación de servicios de prevención y tratamiento del VIH. Se deben eliminar las rigideces y las ineficiencias. A petición de ONUSIDA, Sudáfrica abrió recientemente sus procesos de adquisición de medicamentos antirretrovíricos que salvan vidas y, al evaluar de modo comparativo sus expectativas de precios con los precios más bajos disponibles a nivel internacional, redujo en un promedio de 50% sus costos para los medicamentos contra el sida. A su vez, el país destinó los ahorros a ampliar el acceso al tratamiento contra el VIH. Muchos países cuentan con programas integrados para

detener las nuevas infecciones por el VIH entre los niños en los servicios existentes de salud maternoinfantil, lo que reduce costos y maximiza las eficiencias.

Inversión en innovación

Los enfoques de programas actuales han alcanzado sus límites. Para aumentar las eficiencias y reducir los costos, se necesita innovación en los métodos de aplicación de los programas, así como inversión en nuevas herramientas de prevención y tratamiento del VIH.

A fin de brindar opciones adicionales para los programas de prevención y tratamiento del VIH, debe continuar la búsqueda de vacunas eficaces, medicamentos fáciles de usar, con menos efectos secundarios y menos probabilidades de desarrollo de resistencia, microbicidas, medicamentos para profilaxis previa a la exposición y mejores herramientas de diagnóstico. Al mismo tiempo, es necesario reevaluar los modelos de aplicación de programas que han dejado de ser útiles. Casi el 60% de todas las personas que viven con el VIH desconocen su estado serológico y, en consecuencia, esto obstaculiza su capacidad de cuidar su propia salud y la de sus seres queridos. Para cambiar esta situación, las pruebas del VIH deben ser simples y tan ubicuas como las pruebas de embarazo caseras. De este modo, se reducirán los costos altos de mantener centros especializados de asesoramiento y pruebas del VIH, además de facultar a las personas a acceder a los servicios de atención y tratamiento del VIH de manera oportuna y confidencial.

Los modelos de servicios innovadores que llevan a cabo múltiples objetivos también pueden impulsar mejores inversiones. Por ejemplo, las respuestas a la violencia de género deben integrar componentes relacionados con el VIH.

Marco de Inversiones para el VIH

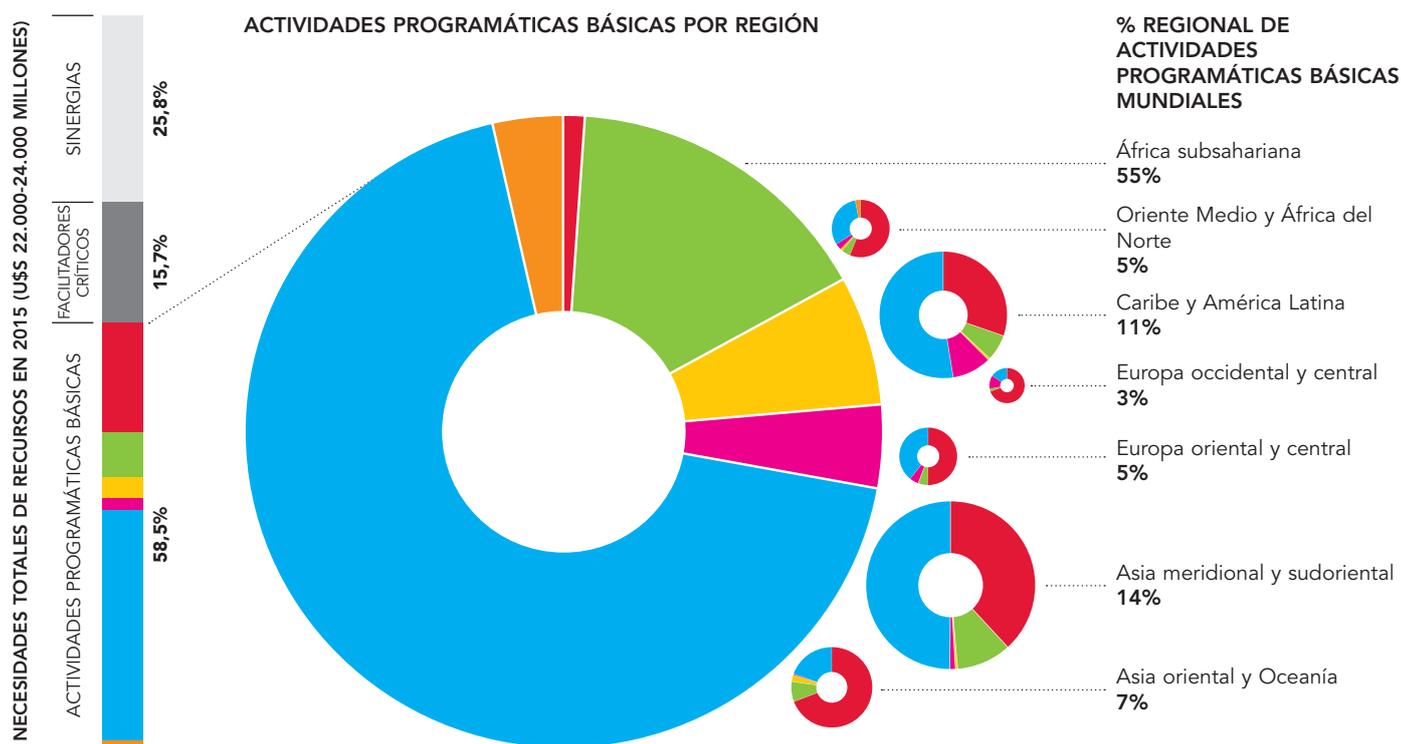
Para asegurarse de que esta inversión genere resultados máximos, la respuesta al VIH debe centrarse en las estrategias más eficaces, los facilitadores críticos que son cruciales para el éxito de los programas del VIH y las sinergias con otros sectores de desarrollo.

Solo seis actividades programáticas básicas son esenciales para una respuesta al VIH adecuada y se deben realizar a una escala de acuerdo con el tamaño de la población relevante. Estas actividades trabajan en conjunto para un impacto máximo y, por lo tanto, deben ofrecerse como un módulo, donde cada elemento refuerce al otro. Detrás del éxito de estas actividades básicas se encuentran los facilitadores que posibilitan el acceso a los programas, propician su éxito y responden al contexto local. Junto con las actividades básicas ofrecidas de forma directa y los facilitadores, los esfuerzos que tienen en cuenta al sida dentro de sectores sociales y de desarrollo más amplios pueden insertarse estratégicamente en estos esfuerzos más vastos para maximizar su impacto en los resultados relacionados con el sida.

ATENCIÓN POSVIOLACIÓN EN SUDÁFRICA

El **Modelo Refentse para la atención posviolación** en Sudáfrica es un enfoque multisectorial a la atención posterior a la violación. Cambios relativamente económicos mejoraron significativamente la calidad de los servicios y los resultados de salud, con pruebas de laboratorio de un solo paso, servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas durante las 24 horas y profilaxis posterior a la exposición administrada por enfermeros. La integración de servicios redujo las demoras en el acceso a la profilaxis posterior a la exposición y en la recolección de pruebas médicas para fines legales; esto resultó en mejoras en la atención, la calidad de la historia clínica y los exámenes, la provisión de pruebas de embarazo y anticoncepción de emergencia, el tratamiento de las ITS, el asesoramiento y las pruebas del VIH, la profilaxis posterior a la exposición, el asesoramiento sobre el trauma y las remisiones. Esta intervención fue relativamente económica: cuando se excluyeron los costos excepcionales, el costo incremental por caso fue de U\$58.³⁶

Asignación del marco de inversiones en 2015



El patrón de los gastos necesarios en actividades programáticas básicas está guiado por el tamaño del grupo de población necesitado en relación con cada actividad en cada país. El patrón de gastos en las actividades programáticas básicas, por lo tanto, varía enormemente de una región a otra.

Actividades programáticas básicas

El Marco de Inversiones exige la asignación racional de recursos a seis actividades programáticas básicas que se requieren para lograr un progreso sustancial y sostenible en la respuesta al VIH:

1. intervenciones dirigidas a grupos de población clave más expuestos (especialmente profesionales del sexo y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y personas que se inyectan drogas);
2. eliminación de nuevas infecciones por el VIH entre niños;
3. programas de cambio de conductas;
4. promoción y distribución de preservativos;
5. tratamiento, atención y apoyo para personas que viven con el VIH;
6. circuncisión masculina médica y voluntaria en países con prevalencia alta del VIH y tasas bajas de circuncisión.

Los grupos de población clave, por definición, predominan en las epidemias concentradas, pero también contribuyen a las epidemias generalizadas, y representan una parte considerable de la epidemia en algunos países. Las intervenciones para el cambio de conductas son más complejas y dependientes del contexto, de modo que están más claramente definidas que otras actividades programáticas básicas, pero tienen un impacto importante en la trayectoria tanto de las epidemias concentradas como en las de baja escala. El acceso al tratamiento antirretrovírico es una actividad clave porque permite que las personas que viven con el VIH estén más saludables y vivan más tiempo, reduce la incidencia de tuberculosis relacionada con el sida y tiene beneficios para la población general al reducir la posterior transmisión del VIH. Las actividades programáticas básicas deben ser lo suficientemente flexibles para dar cabida a los enfoques y las tecnologías en constante evolución.

Facilitadores críticos y sinergias con los sectores de desarrollo

Los facilitadores críticos impulsan el éxito de las actividades básicas y responden al contexto de riesgo local. Facultan y capacitan a las comunidades, reducen el estigma social, aumentan la alfabetización para la salud y abordan el impacto negativo de las políticas y leyes punitivas en la capacidad de las personas de usar los servicios relacionados con el VIH. Promover los derechos humanos de aquellos afectados o vulnerables al VIH es una estrategia clave que ayuda a garantizar el acceso y el impacto de los servicios y programas para el sida. El Marco de Inversiones cubre una inversión inicial considerable en facilitadores críticos, con recursos esenciales que ascienden a U\$5.900 millones en 2011 y U\$3.400 millones proyectados para 2015.³⁵

Los facilitadores críticos se pueden dividir en dos categorías: facilitadores sociales que crean entornos propicios para lograr respuestas racionales al VIH y facilitadores de programa que crean demanda de programas y mejoran su rendimiento. Los facilitadores críticos varían enormemente según el contexto, y la base de pruebas que los respalda es menos uniforme (con mucha frecuencia, los resultados están determinados localmente), pero son cruciales para superar los obstáculos que impiden ofrecer programas eficaces.

Los ejemplos de facilitadores sociales abarcan la difusión para pruebas del VIH, la reducción del estigma, los derechos humanos, el abordaje del miedo a la violencia, el abordaje de la desigualdad de género en el acceso a la información y los servicios, la sensibilización y la movilización comunitaria. Los facilitadores de programas incluyen la planificación estratégica, la gestión de programas y la mejora de las capacidades para las organizaciones comunitarias. Estas organizaciones pueden promover la innovación, y los enfoques comunitarios en el largo plazo pueden reducir los costos y garantizar la sostenibilidad.

FACILITADORES CRÍTICOS

Facilitadores sociales

- Compromiso político y sensibilización
- Leyes, políticas jurídicas y prácticas
- Movilización comunitaria
- Reducción del estigma
- Medios de comunicación
- Respuestas locales para modificar entornos de riesgo

Facilitadores de programas

- Difusión y diseño locales
- Comunicación de los programas
- Gestión e incentivos
- Adquisición y distribución
- Investigación e innovación

ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS BÁSICAS

Poblaciones clave más expuestas

(en particular profesionales del sexo y clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables)

Eliminar nuevas infecciones por el VIH en niños

Programas de cambio de conductas

Promoción y distribución de preservativos

Tratamiento, atención y apoyo para personas que viven con el VIH

Circuncisión masculina médica y voluntaria

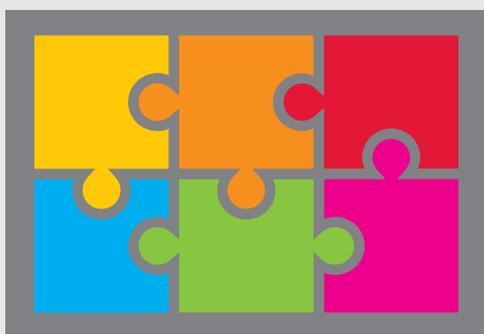
(en países con una alta prevalencia del VIH y bajas tasas de circuncisión)

SINERGIAS CON SECTORES DE DESARROLLO

Protección social, educación, reforma jurídica, igualdad de género, reducción de la pobreza, violencia por razón de género, sistemas sanitarios (incluidos tratamiento de ITS y seguridad hematológica), sistemas comunitarios y prácticas del empleador.

OBJETIVOS

Evitar nuevas infecciones



Mantener a las personas con vida

Los programas nacionales de sida deben estar alineados con los objetivos de desarrollo del país y, por consiguiente, apoyar el fortalecimiento de los sistemas sociales, legales y sanitarios para posibilitar respuestas sólidas y eficaces. Los programas de sida no se ejecutan ni se deben planificar en forma aislada. Cada vez más, la atención crónica de pacientes con VIH presenta casi las mismas dificultades que otras enfermedades. Las áreas de desarrollo clave en las que existen sinergias con esfuerzos específicos para el sida incluyen aquellos esfuerzos que abordan al VIH como uno de muchos problemas de salud, la igualdad de género, los sectores de educación y justicia, la protección social, y el bienestar y los sistemas comunitarios.

Los fondos para el sida en estas áreas se pueden utilizar como un catalizador para lograr sinergias dentro del programa de salud y desarrollo más amplio y para promover inversiones inteligentes a lo largo de varios sectores





**Más rápido.
Más inteligente.
> Mejor.**

UN CAMBIO DE MARCHA NOS PERMITIRÁ VISLUMBRAR EL FIN DEL SIDA

Unidos bajo una responsabilidad compartida para lograr nuestros objetivos comunes

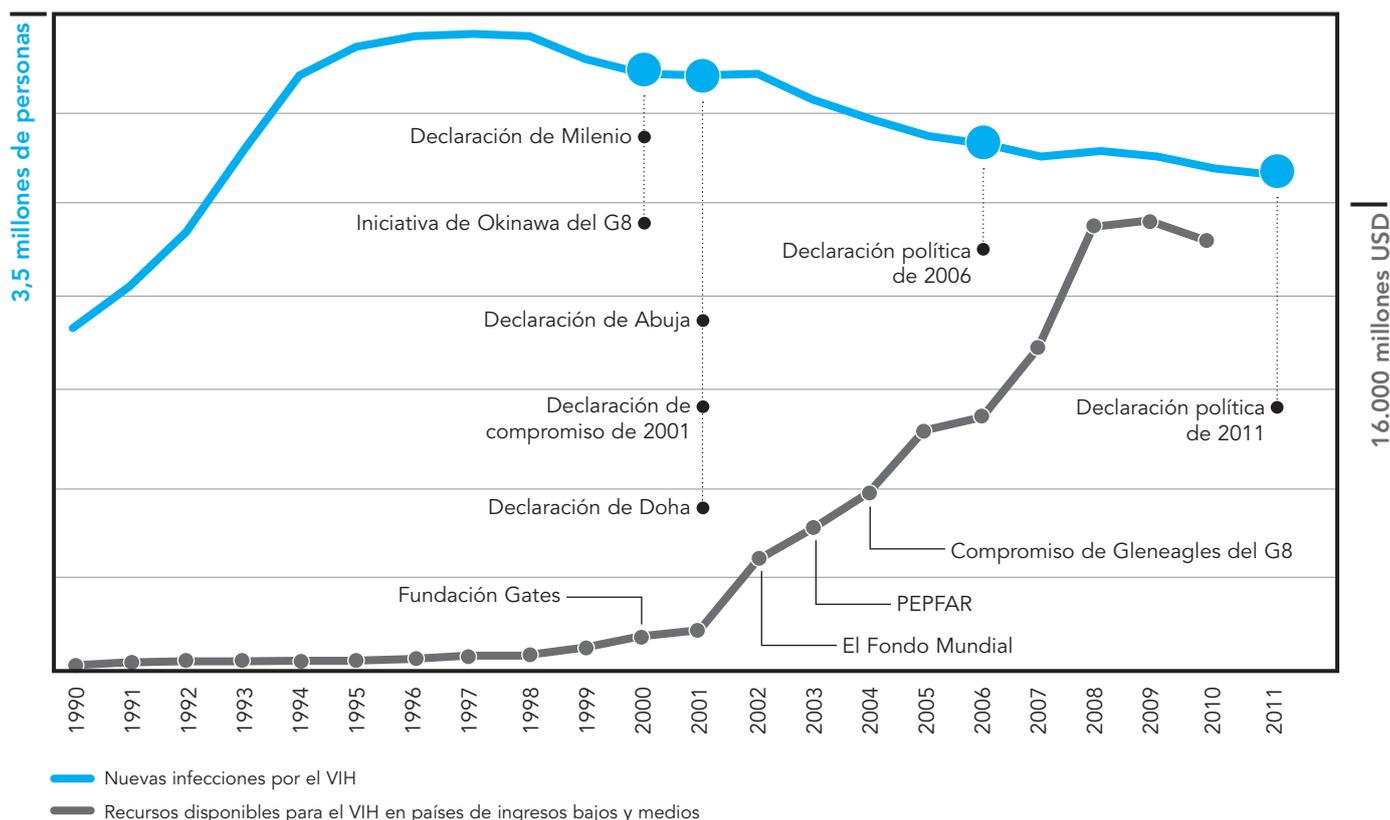
Los Estados Miembro de las Naciones Unidas demostraron su solidaridad y un compromiso renovado al firmar en junio de 2011 la *Declaración política sobre el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA*.

La Declaración política de 2011 pide mayores esfuerzos para poner fin a la epidemia y vuelve a comprometer a los Estados Miembro con el objetivo de alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y apoyo relacionados con el VIH. La Declaración contiene objetivos ambiciosos para 2015 y refleja un apoyo unánime a la visión de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida.

En la Declaración Política de 2011 se reconoce que la movilización de recursos es una responsabilidad compartida. La comunidad internacional proporciona una suma sustancial de las inversiones destinadas al sida. Los donantes bilaterales (Estados Miembro que ofrecen asistencia para el desarrollo directamente a los países receptores) facilitan el 31% de las inversiones, las instituciones multilaterales el 12% y el sector filantrópico el 5%. Sin embargo, la mayoría del gasto en sida de los países de ingresos bajos y medios (52%) se cubre con fuentes nacionales. Se espera que la mayoría de los países de ingresos bajos y medios sean testigo de un crecimiento económico en un futuro inmediato, lo que significa que tendrán mayor capacidad para destinar más recursos a la salud, y por consiguiente también a los programas del VIH.

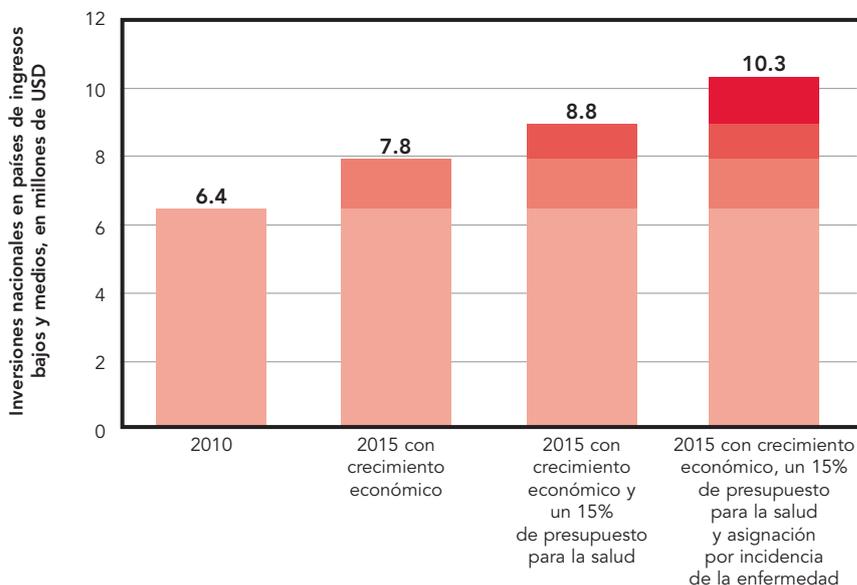
Nuevas infecciones por el VIH, respuestas políticas e inversiones globales

El compromiso político ha ayudado a ampliar las inversiones para el VIH y a aplacar la trayectoria de nuevas infecciones. Si todos países de ingresos bajos y medios asignaran recursos en proporción a su incidencia del VIH, las asignaciones nacionales del sector público se duplicarían para 2017 y seguirían aumentando de ahí en adelante. El crecimiento económico por sí solo debería incrementar las inversiones destinadas al sida en un 22% para 2015, mientras que acercarse a un gasto en salud equivalente al 15% de los ingresos públicos (según la Declaración de Abuja para África) añadiría un 15% adicional. Finalmente, asignar estos presupuestos sanitarios al VIH según la incidencia de la enfermedad podría aportar un 24% más a la respuesta al sida. Por consiguiente, si todas estas medidas se adoptaran conjuntamente se conseguiría aumentar las inversiones un 62% para 2015, y seguirían creciendo posteriormente.



Previsión de recursos nacionales para el VIH disponibles bajo varios escenarios

Aunque los países de todas las regiones pueden ampliar los recursos que asignan al VIH, los más afectados son normalmente los que disponen de menos recursos. Por consiguiente, es necesario que los donantes internacionales sigan respaldando los programas, especialmente en los países más pobres y afectados. Tras un incremento inicial de las inversiones de 2.600 millones de USD anuales, se estima que después de 2015 se necesitarían menos fondos de los donantes.



Un futuro mejor: el plan global para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños

El mundo ha iniciado el camino para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños.

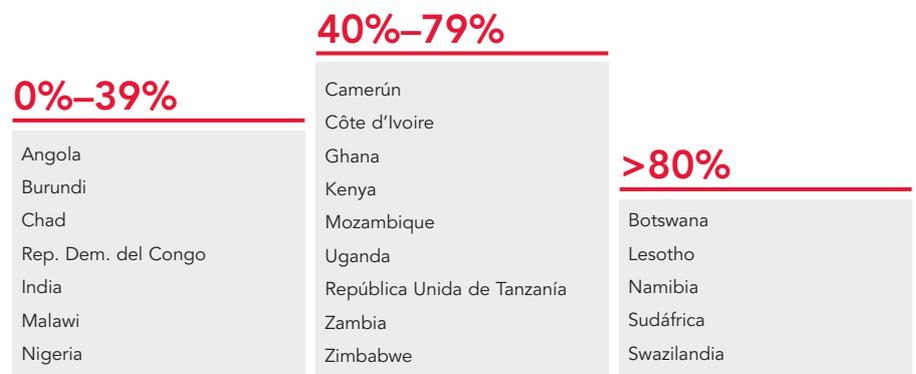
El estudio Kesho Bora ("un futuro mejor"), realizado en África, demostró que cuando las madres siguen una terapia triple de antirretrovíricos durante el embarazo y la lactancia, el riesgo de transmitir el VIH prácticamente se reduce a la mitad en comparación con aquellas que solo toman dos medicamentos.³⁷ Este enfoque ya se está poniendo en práctica en algunos países y es un ejemplo de cómo pasar rápidamente de la investigación a la acción.

Este estudio y otras pruebas relacionadas demuestran que eliminar para 2015 las nuevas infecciones por el VIH en niños y mantener con vida a sus madres son objetivos viables. Las nuevas infecciones por el VIH en niños ya han sido prácticamente erradicadas en los países de ingresos altos: en los Estados Unidos de América, el número de nuevas infecciones en niños se redujo un 93% entre 1992 y 2005.³⁸ En los países de ingresos bajos y medios se pueden conseguir resultados similares.

Los avances conseguidos hasta la fecha ya son considerables. Se han evitado más de 350.000 nuevas infecciones por el VIH en niños gracias a la profilaxis antirretrovírica administrada a mujeres embarazadas seropositivas. Las nuevas infecciones en niños crecieron hasta 2002, cuando llegaron a un máximo de 560.000 [500.000-630.000]. En 2010 habían caído hasta aproximadamente 390.000 [340.000-450.000]. La mayoría de ellas (86%) se evitaron en África subsahariana. El ritmo de los avances ha aumentado constantemente. Sólo en los dos últimos años, el aumento rápido de la cobertura del tratamiento del VIH y de los servicios de prevención para mujeres embarazadas desembocaron en una duplicación del total de infecciones evitadas. En 2010, el 48% de las mujeres embarazadas seropositivas recibió un tratamiento efectivo para prevenir nuevas infecciones en niños.

Porcentaje estimado de mujeres embarazadas seropositivas que recibe un tratamiento antirretrovírico efectivo en 22 países prioritarios

Demasiados de los 22 países del Plan mundial todavía tienen déficits importantes en la cobertura de los programas básicos que facilitan antirretrovíricos a las mujeres embarazadas para evitar que transmitan el VIH a sus hijos.

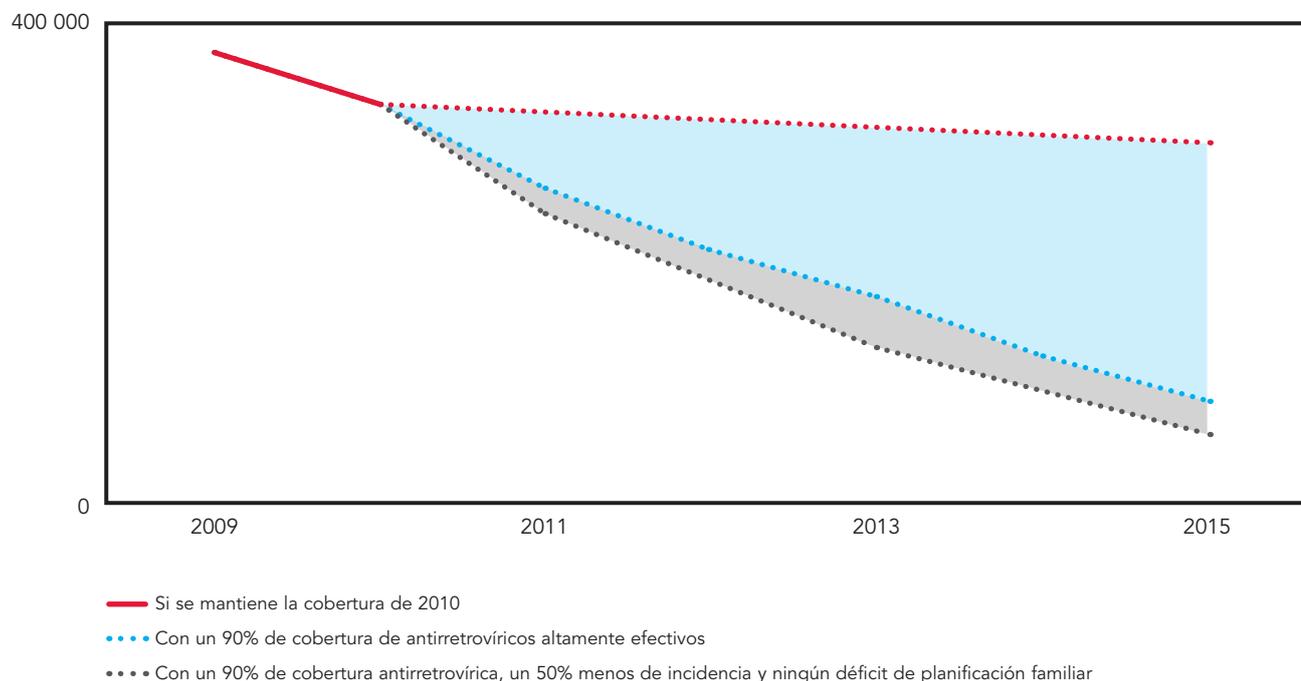


Source: UNAIDS, UNICEF y WHO, 2011.

Nota: No hay una estimación disponible para Etiopía.

Nuevas infecciones por el VIH en niños: escenarios en 21 países prioritarios

Las nuevas infecciones en niños podrían reducir drásticamente ampliando la cobertura antirretrovírica, reduciendo la incidencia en adultos y satisfaciendo las necesidades de planificación familiar.



Nota: Estos 21 países, más India, conforman los 22 países de alta prioridad del *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*.

Botswana ha informado de que el porcentaje de hijos de madres seropositivas que nació con el VIH descendió del 21% en 2003 al 4% en 2010.³⁹ Namibia, Sudáfrica y Swazilandia, países con una gran carga de nuevas infecciones por el VIH en niños, han conseguido igualmente el acceso universal a servicios para prevenir las nuevas infecciones en niños.

Las muertes relacionadas con el sida en niños menores de 15 años también han descendido. En 2010 fallecieron un 21% de niños menos como consecuencia del sida que en 2005, gracias tanto a la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH como a un aumento del tratamiento para niños (si bien a un ritmo más lento que el aumento del tratamiento para adultos).

Tal y como se señala en el *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*, se necesita actuar en cuatro áreas. En primer lugar, para prevenir la infección por el VIH en mujeres que se encuentran en edad reproductiva se requieren mayores esfuerzos que pongan fin a la transmisión sexual y la relacionada con las drogas inyectables. Las iniciativas de prevención primaria del VIH también deberían integrarse en la atención prenatal y postnatal, así como en otros canales de prestación de servicios sanitarios y del VIH.

En segundo lugar, se debe acabar con la falta de acceso de las mujeres a los servicios de planificación familiar. Estos servicios capacitan a las mujeres para que eviten embarazos no deseados y optimizan otros resultados sanitarios.

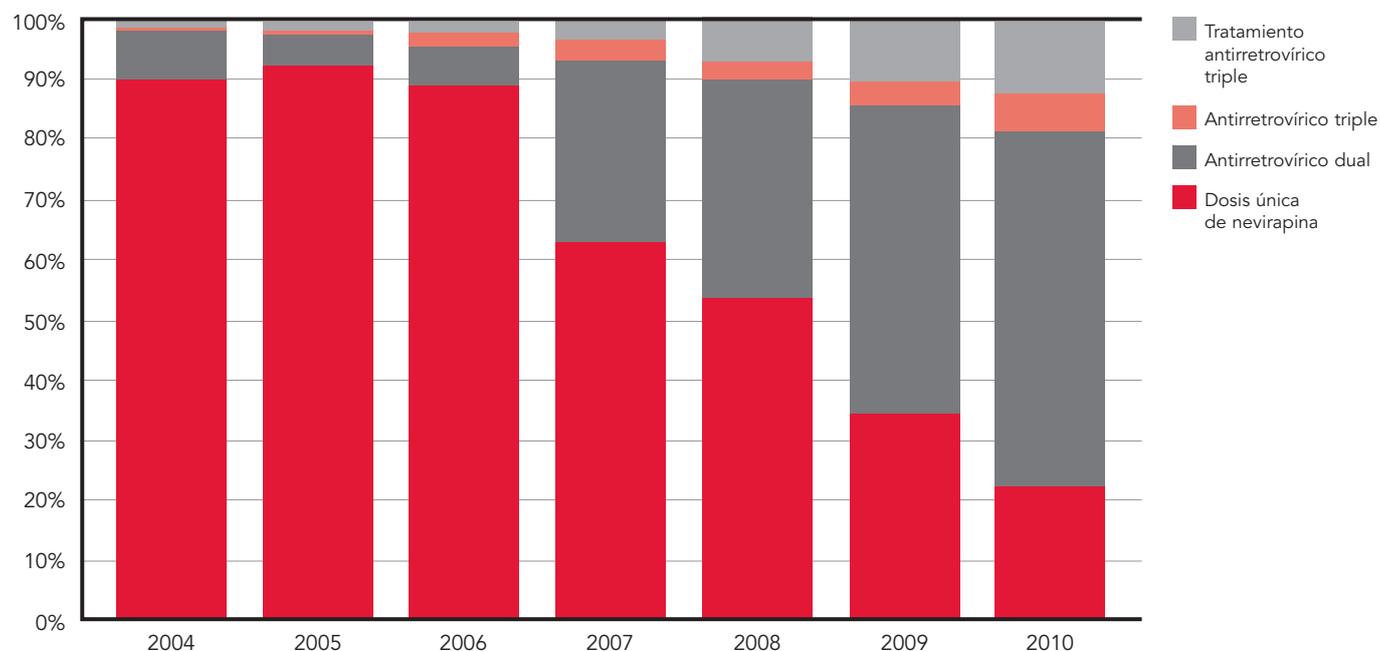
En tercer lugar, las mujeres embarazadas deben recibir de forma rutinaria asesoramiento y pruebas del VIH, mientras que aquellas que viven con el VIH y sus hijos recién nacidos deben tener garantizado el acceso a medicamentos antirretrovíricos para reducir las probabilidades de que el VIH se transmita durante el embarazo, el parto o la lactancia. Igualmente, se debe facilitar asesoramiento y apoyo para la alimentación de los bebés.

Por último, la atención, el tratamiento y el apoyo relacionados con el VIH deberían estar disponibles de manera universal para mujeres, niños seropositivos y sus familiares. Para progresar en éste ámbito se necesitará acabar con las deficiencias en el acceso de los niños a diagnósticos tempranos, atención pediátrica y servicios de tratamiento, así como iniciar una terapia antirretrovírica permanente para mujeres seropositivas embarazadas.

Actualmente la distribución de los distintos tipos de tratamiento en los 22 países prioritarios del *Plan mundial* se divide de la siguiente forma: alrededor del 13% son dosis únicas de nevirapina, el 32% profilaxis dual, y el 7% restante antirretrovíricos o tratamiento antirretrovírico altamente efectivos. Esto ha desembocado en una tasa de transmisión maternoinfantil de aproximadamente el 27%. Si los 21 países más afectados consiguieran que todas las mujeres inscritas en sus programas de PTMI cambiaran sus terapias actuales por las recomendadas, el número de nuevas infecciones en niños se reduciría rápidamente un 20%. Utilizar las terapias recomendadas en los 22 países prioritarios habría limitado en 2010 el número de nuevas infecciones por el VIH en niños a 280.000, en lugar de las 350.000 que se produjeron.

Distribución de distintos antirretrovíricos para prevenir nuevas infecciones por el VIH en niños: 22 países prioritarios, 2004-2010

La proporción de mujeres que recibió un tratamiento más efectivo aumentó rápidamente tras las recomendaciones iniciales de 2006, que reclamaban que los programas, donde fuera posible, fueran más allá de una dosis única de nevirapina



Fuente: Datos agregados de archivos de estimaciones nacionales sobre el VIH, ONUSIDA, 2011.

Los programas deberían ver su interacción con mujeres embarazadas como una oportunidad para llegar a las familias, por ejemplo, ofreciendo asesoramiento y pruebas a parejas y apoyando la revelación mutua del estado serológico. Prácticamente la mitad de todas las personas que viven con el VIH y que mantienen relaciones estables tienen una pareja seronegativa, y en estas relaciones se produce una proporción importante de las nuevas infecciones que se dan en Rwanda, Uganda, Zambia y otros países con epidemias maduras.⁴⁰⁻⁴²

Globalmente, se necesitan 1.500 millones de USD más cada año para eliminar las nuevas infecciones en niños para 2015.

Innovar en el tratamiento antirretrovírico para conseguir mejores resultados para la población

La investigación biomédica, en especial mediante un uso acelerado de antirretrovíricos, tiene el potencial de impulsar drásticamente el progreso en la respuesta al sida.

En 2011, un ensayo realizado con parejas en las que uno de los miembros era seropositivo confirmó que la terapia antirretrovírica contribuye de forma significativa a prevenir el VIH. El ensayo, realizado en nueve países, dividió a las parejas aleatoriamente en dos grupos: en uno, la persona seropositiva recibió tratamiento antirretrovírico anticipado (cuando su recuento de CD4 se situaba entre 350 y 550 células por mililitro cúbico); en el otro, el tratamiento se comenzaba en el punto de inicio habitual en aquel momento (cuando el recuento de CD4 era inferior a 250 células). El ensayo concluyó que el tratamiento reducía el riesgo relativo de transmitir el VIH en un 96%.¹⁶

La terapia antirretrovírica tiene por tanto un beneficio doble: reduce el riesgo de que las personas que viven con el VIH padezcan enfermedades relacionadas con el VIH y fallezcan, y reduce significativamente las probabilidades de que sigan transmitiendo el virus. Para fortalecer la prevención del VIH, se necesitan urgentemente esfuerzos que amplíen los programas de terapia antirretrovírica y conseguir así llegar a las 7,6 millones de personas que son elegibles para seguir el tratamiento (actualmente, aquellas cuyo recuento de CD4 es inferior a 350) pero que todavía no lo hacen.

AYUDA PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS EN SUDÁFRICA

Se calcula que Sudáfrica facilita antirretrovíricos al 95% de las mujeres embarazadas elegibles para el tratamiento con el fin de evitar que sus hijos se infecten por el VIH, lo que supone un aumento considerable respecto al 57% de 2007. Este avance es reflejo del compromiso político, la sólida participación de la sociedad civil, una prestación de servicios descentralizada y la capacitación de enfermeros para administrar profilaxis antirretrovírica.

Facilitar antirretrovíricos a personas no infectadas por el VIH para evitar la transmisión

Estudios recientes revelan la eficacia del uso de medicamentos antirretrovíricos antes de la exposición a la hora de prevenir la infección por el VIH. En 2010, un estudio realizado en varios países con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres concluyó que los comprimidos antirretrovíricos diarios reducían el riesgo de contagio por el VIH en un 44%, y la protección era notablemente mayor para aquellos que observaban rigurosamente una terapia preventiva diaria.⁴³ En 2011, dos ensayos adicionales determinaron que esta profilaxis previa a la exposición, de seguimiento diario y conocida como PrEP, reducía en un 60% la probabilidad de transmisión del VIH en adultos heterosexuales.⁴⁴⁻⁴⁵

ENSAYOS COMUNITARIOS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO PARA IMPULSAR LA PREVENCIÓN

El ensayo HPTN 052 ha demostrado que tratar a una persona infectada por el VIH con tratamiento antirretrovírico reduce el riesgo de que transmita sexualmente el virus a una pareja no infectada. Por su parte, la elaboración de modelos matemáticos indica que ampliar el tratamiento antirretrovírico en las comunidades puede aportar importantes beneficios preventivos. Sin embargo, las pruebas epidemiológicas de este impacto a nivel nacional, extraídas a partir de los datos de vigilancia nacional, posiblemente no serán tan evidentes, ya que puede resultar difícil distinguir entre qué repercusión tiene el tratamiento antirretrovírico en la incidencia y cuál corresponde a otras actividades de prevención.

Se necesita por lo tanto seguir investigando para establecer y cuantificar inequívocamente el efecto del tratamiento antirretrovírico en la incidencia del VIH en comunidades y países. Ya se están preparando algunos estudios de esta naturaleza, como el estudio "Population ART", coordinado por el Instituto londinense de sanidad y medicina tropical y previsto para 2012. Este estudio pondrá a prueba el impacto de una estrategia de prevención combinada que ofrecerá pruebas voluntarias para el VIH realizadas casa por casa en una serie de comunidades de Zambia y Sudáfrica, facilitará a los hombres cuyos resultados sean negativos la posibilidad de someterse a la circuncisión médica, y permitirá que todos aquellos que resulten seropositivos inicien inmediatamente la terapia antirretrovírica. Está previsto realizar estudios similares en Botswana, Sudáfrica y la República Unida de Tanzania.

Según nuevos estudios, la profilaxis previa a la exposición también es efectiva cuando se aplica tópicamente como microbicida vaginal. En 2010, un grupo de investigadores sudafricanos descubrieron que el gel tenofovir 1% reducía un 39% el riesgo de que el hombre transmitiera el virus a la mujer, una cifra que alcanzó el 54% cuando las mujeres utilizaban el gel vaginal en más del 80% de sus relaciones sexuales.⁴⁶

Los ensayos en curso tienen por objeto confirmar los resultados del ensayo del microbicida de Sudáfrica, con la esperanza de conseguir ya en 2014 un microbicida efectivo y ampliamente disponible. También se están realizando ensayos para investigar la eficacia de la profilaxis oral previa a la exposición intermitente, que permite que los comprimidos no se tengan que tomar diariamente. Otros estudios están evaluando la seguridad a largo plazo de la profilaxis antirretrovírica, la posibilidad de que su utilización aumente los niveles de resistencia a los medicamentos antirretrovíricos, y los beneficios que la población puede extraer de los programas de PrEP.

Aunque los resultados de los ensayos en torno a la profilaxis previa a la exposición no son tan claros como los del uso de antirretrovíricos para prevenir la transmisión, la elaboración de modelos sugiere que la ampliación de estos nuevos métodos evitaría una proporción sustancial de infecciones incidentes, lo que ayudaría a acelerar el descenso general de la incidencia del VIH.⁴⁷⁻⁴⁹

Inversigar una vacuna

A la vez que se realizan esfuerzos para introducir nuevas herramientas de prevención del VIH, es esencial que se siga investigando e invirtiendo en una vacuna preventiva. En 2009, los resultados de un gran ensayo comunitario realizado en Tailandia arrojaron que los receptores de una vacuna combinada tenían, tras 42 meses, un 31,2% de probabilidades menos de haberse infectado que aquellos que participaron en el ensayo y no recibieron la vacuna.⁵⁰ Aunque este nivel de eficacia no garantiza una autorización inmediata de la vacuna, el ensayo demostró por primera vez que es viable conseguir una vacuna del VIH. Actualmente se sigue investigando para evaluar los efectos de dosis adicionales de dicha vacuna con el fin de aumentar la inmunidad y determinar si esta vacuna es igualmente efectiva con los subtipos de VIH encontrados en África subsahariana.

Ofrecer un paquete mejor

Para maximizar el impacto de los programas de sida e innovar con el fin de conseguir reducir aún más las nuevas infecciones y salvar vidas, se necesitan esfuerzos programáticos que funcionen juntos. Los nuevos avances en la prevención del VIH ofrecen una protección parcial y dependen en gran parte de las conductas. La capacidad de observar un tratamiento determinado, por ejemplo, es un determinante crucial para saber si los antirretrovíricos serán o no efectivos a la hora de prevenir la transmisión del VIH. Igualmente, las iniciativas que promueven la circuncisión masculina se echarían a perder si condujeran al abandono del uso de preservativo. Afortunadamente, este no ha sido el caso hasta la fecha en los programas que promueven la circuncisión. De la misma manera, el estigma puede socavar gravemente los esfuerzos mundiales para resonder al virus. Esto pone de relieve la necesidad constante de combinar iniciativas que incluyan componentes biomédicos, conductuales y estructurales, dirigidas a conseguir el objetivo de reducir el riesgo del VIH, la morbilidad y la mortalidad.

MEDIR LA INCIDENCIA ES URGENTEMENTE NECESARIO PARA DIRIGIR MEJORES RESPUESTAS AL VIH

La prevalencia ofrece una visión limitada de las dinámicas contemporáneas de la transmisión del VIH o de los resultados de los programas de prevención. De hecho, la prevalencia mide el peaje total que una epidemia se cobra, incluido el número de personas que se han infectado en los últimos años y el efecto que la terapia antirretrovírica ha tenido al permitir que las personas seropositivas vivan más tiempo. Por el contrario, la incidencia refleja los cambios en la transmisión del VIH y los efectos de los programas de prevención, incluida la repercusión de los programas de tratamiento antirretrovírico. Actualmente, la mayoría de los datos poblacionales de incidencia se derivan de modelos matemáticos.

La Comisión de alto nivel sobre la prevención del VIH de ONUSIDA defendió en 2010 que “países, donantes, investigadores e instituciones multilaterales deberían pasar de los datos de prevalencia a evaluar la incidencia al adoptar decisiones políticas y analizar la efectividad de los programas”. De hecho, las inversiones para reducir las nuevas infecciones podrían dirigirse mejor a programas más efectivos si se dispusiera de un método más rápido, sencillo, válido y preciso que permita estimar la incidencia en poblaciones.

Sin embargo, a pesar de que desde hace una década se están desarrollando pruebas de incidencia, a día de hoy todavía no existe un ensayo validado que pueda utilizarse para estimar la incidencia a nivel de la población. En un mundo en el que necesitamos evaluar en el momento adecuado la repercusión real de los diferentes programas de prevención, es esencial desarrollar y validar una prueba de incidencia fiable. Por ello, se debe dirigir una financiación acorde a esta iniciativa.

GANAR LA CARRERA CONTRA EL SIDA

Los objetivos visionarios adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2011 anunciaron la hora de la verdad en la respuesta mundial al sida. La comunidad internacional, uniéndose para alcanzar los objetivos establecidos para 2015, puede avanzar hacia la consecución de un mundo donde no se produzca ninguna nueva infección por el VIH, no exista la discriminación y nadie muera por el sida.

Adoptar un enfoque estratégico más preciso es esencial para el éxito de la respuesta. El mundo cumplirá los objetivos para 2015 si se realizan suficientes inversiones estratégicas en programas eficientes y efectivos.

Ahora es el momento de pasar a la acción, de traducir las palabras de compromiso en resultados significativos y perdurables para las personas. Movilizando la voluntad política, mostrando solidaridad y compromiso internacional, mejorando el uso estratégico de recursos y utilizando de forma efectiva las herramientas disponibles será posible que en 2015 el mundo sea mucho más sano, justo e inclusivo de lo que es hoy.

Ya contamos con el conocimiento y las herramientas necesarias para derrotar al sida. Las decisiones que tomemos ahora determinarán si éste es verdaderamente el inicio del fin del sida.

1. Wang L et al. The 2007 estimates for people at risk for and living with HIV in China: progress and challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50(4):414–18.
2. *Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Yakarta, Comisión Nacional del Sida, Indonesia, 2008.
3. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades y Oficina Regional de la OMS para Europa, 2010.
4. Updated analyses based on Hallett TB et al. Assessing evidence for behaviour change affecting the course of HIV epidemics: a new mathematical modelling approach and application to data from Zimbabwe. *Epidemics*, June 2009, 1(2):108-17.
5. Bello G et al. Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi. *Sexually Transmitted Infections* 2011, 87:296–300.
6. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, 2010, 376:41–48.
7. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 2007, 369:643–656.
8. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *The Lancet*, 2007, 369:657–666.
9. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *Public Library of Science Medicine*, 2005, 2:e298.
10. Auvert B et al. *Effect of the Orange Farm (South Africa) male circumcision roll-out (ANRS-12126) on the spread of HIV*. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment, and Prevention, Roma, 17-20 de julio de 2011, 2011. Resumen n.º WELBC02.
11. *Progress in scale-up of male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa: focus on service delivery*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
12. Basado en: Report of a Consensus Workshop: HIV Estimates and Projections for Cambodia, 2006 – 2012. Centro Nacional de VIH/Sida, Dermatología y ETS, Ministerio de Salud Real Gobierno de Camboya. Phnom Penh, 2007.
13. Williams JR et al. Assessing the impact of a FSW targeted HIV intervention programme on incidence and prevalence in Cotonou, Benin. *Sexually Transmitted Infections*, July 2011, 87(Suppl 1):A46–A47 (Además, agradecemos a Michel Alary y Catherine Lowndes, Université Laval, Québec; Enias Baganizi, Honoré Meda, Marguerite Ndour y Isaac Minani, de Projets Sida-1-2-3 (financiado por CIDA desde 1993–2006); y a todo el personal del Programa Nacional de Control del Sida de Benin por la ejecución de la intervención y la realización de las encuestas sobre el terreno).
14. Shaboltas A et al. HIV incidence, gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, St. Petersburg, Russia. *XVIII International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18–23 July 2010* (Resumen TUPE0331; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740055>, consultado el 15 de octubre de 2011).
15. Curtis M. *Delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice*. Nueva York, Open Society Institute, 2006.
16. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365:493–505
17. Dlodlo RA et al. Adult mortality in the cities of Bulawayo and Harare, Zimbabwe: 1979–2008. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14(suppl 1):S2–S9.
Jahn A et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 2008, 371:1603–1611.
Reniers G et al. Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa. *AIDS*, 2009, 23:511–518.
HERBST, Abraham J et al. Adult mortality and antiretroviral treatment roll-out in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Bull World Health Organ* [online]. 2009, vol.87, n.10, pp. 754-762.
18. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*, 2008, 372(9651):1733–45.
19. *Country report on monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*. Teherán, Gobierno de la República Islámica de Irán, 2010 (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/iran_2010_country_progress_report_en.pdf).
20. Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use, 2010 (http://www.idurefgroup.org/results/Iran,+Islamic+Republic_compiled.pdf).
21. Shahbazi M et al. The trend of HIV/AIDS prevalence among IDUs in Iranian prisoners (1997–2007). *Retrovirology*, 2010, 7(Suppl 1):P101.
22. Análisis de ONUSIDA del producto de Spectrum y las Encuestas de Demografía y Salud, los datos de programas comunicados por los países y los datos comportamentales.

23. *Kenya AIDS Indicator Survey 2007*. Nairobi, Gobierno de Kenya, 2009 (http://nascop.or.ke/library/3d/Official_KAIS_Report_20091.pdf).
24. Painter TM et al. Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study. *British Medical Journal*, 2004, 329(7465):543.
25. Turan J et al. HIV/AIDS Stigma and Refusal of HIV Testing Among Pregnant Women in Rural Kenya: Results from the MAMAS Study, *AIDS Behav* (2011) 15:1111–1120.
26. *No vaccine, no cure: HIV and AIDS in the United Kingdom*. Londres, House of Lords Select Committee on HIV and AIDS, Septiembre de 2011 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201012/ldselect/ldselect/188/188.pdf>).
27. Geen J. Home HIV tests 'should be legalised'. *Pink News*, 11 de octubre de 2011 (<http://www.pinknews.co.uk/2011/10/11/home-hiv-tests-should-be-legalised/>).
28. Página de Facebook de iTEACH-SA (<http://www.facebook.com/pages/iTEACH-SA/98675643113?sk=info>).
29. Mavedzenge SN et al. *HIV self-testing among health workers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://libdoc.who.int/publications/2011/9789241501033_eng.pdf).
30. *Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS*. Gaborone, Gobierno de Botswana, 2010 (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana_2010_country_progress_report_en.pdf).
31. *Time to act: save a million lives by 2015*. Ginebra, Iniciativa Alto a la tuberculosis, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida, Organización Mundial de la Salud, 2011.
32. *Global tuberculosis control*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
33. *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach (2010 revision)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
34. *TB Day Newsletter*. Comisión Nacional Sudafricana de Sida. March 2011. (www.sanac.org.za/files/uploaded/6996_Newsletter_TB%20Day_Mar28_ALL.pdf)
35. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet*, 2011, 377:2031–2041.
36. Kim J et al. *Developing an integrated model for post-rape care and HIV post-exposure prophylaxis in rural South Africa*. Nueva York, Population Council, noviembre de 2007.
37. Kesho Bora Study Group. *Triple-antiretroviral prophylaxis during pregnancy and breastfeeding compared to short-ARV prophylaxis to prevent mother-to-child transmission of HIV-1: the Kesho Bora randomized controlled trial in five sites in Burkina Faso, Kenya and South Africa*. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Ciudad del Cabo, 19–22 de julio de 2010.
38. *Pregnancy and childbirth*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 (<http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/index.htm>).
39. *Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS*. Gaborone, Organismo Nacional de Coordinación del Sida de Botswana, 2010 (http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana_2010_country_progress_report_en.pdf).
40. Gray R et al. The contribution of HIV-discordant relationships to new HIV infections in Rakai, Uganda (research letter). *AIDS*, 2011, 25:863–865.
41. Eyawo O et al. HIV status in discordant couples in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:770–777.
42. Dunkle KL et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *The Lancet*, 2008, 371:1183–2191.
43. Grant RM et al. Pre-exposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:2587–2599.
44. *Pivotal study finds that HIV medications are highly effective as prophylaxis against HIV infection in men and women in Africa* [comunicado de prensa]. Seattle, University of Washington International Clinical Research Center, 2011 (http://depts.washington.edu/uwicrc/research/studies/files/PrEP_PressRelease-UW_13Jul2011.pdf).
45. *CDC trial and another major study find PrEP can reduce risk of HIV infection among heterosexuals* [press release]. Atlanta, Centers for Disease Control and Protection, 2011 (<http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/PrEPHeterosexuals.html>).
46. Karim QA et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010, 329:1168–1174.
47. Smith RJ et al. Evaluating the potential impact of vaginal microbicides to reduce the risk of acquiring HIV in female sex workers. *AIDS*, 2005, 19:413–421.
48. Pretorius C et al. Evaluating the cost effectiveness of pre-exposure prophylaxis (PrEP) and its impact on HIV-1 transmission in South Africa. *Public Library of Science ONE*, 2010, 5:e13646.
49. Foss A et al. *Modeling the potential impact on HIV transmission of rectal microbicide use by men who have sex with men, and the effects of condom substitution*. XVIII International AIDS Conference, Viena, 18–23 de julio de 2010.
50. Rerks-Ngarm S et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:2209–2220.



ONUSIDA

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNLD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 36 66

unaids.org