

# INFORME DE BRECHAS EN PREVENCIÓN

RESUMEN



# INFORME DE BRECHAS EN PREVENCIÓN

RESUMEN

# RESUMEN

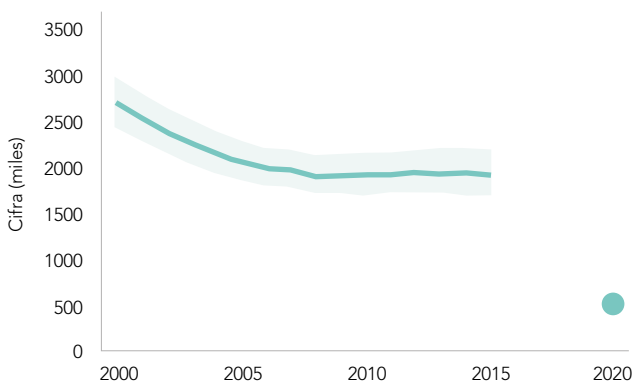
El informe completo, que incluye las estimaciones de ONUSIDA para 2016 y otros datos por país, está disponible en <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016>.

---

El extraordinario avance contra el sida en los últimos 15 años ha inspirado un compromiso mundial para poner fin a la epidemia en 2030. El sustancial aumento del tratamiento antirretroviral ha puesto al mundo en el buen camino para lograr el objetivo de reducir las muertes relacionadas con el sida. Los intensos esfuerzos para eliminar la transmisión de madre a hijo del VIH han logrado un pronunciado descenso en la cifra anual de nuevas infecciones por el VIH entre la población infantil, de 290 000 [250 000–350 000] en 2010 a 150 000 [110 000–190 000] en 2015.

No obstante, sigue habiendo problemas en la prevención del VIH en adultos. El descenso en el número de nuevas infecciones por VIH entre la población adulta se ha ralentizado, lo que supone una amenaza al avance para poner fin a la epidemia de sida. Desde 2010, la cifra anual de nuevas infecciones entre la población adulta (15+) ha permanecido estable en aproximadamente 1,9 millones [rango en 2015 de 1,7 millones–2,2 millones].

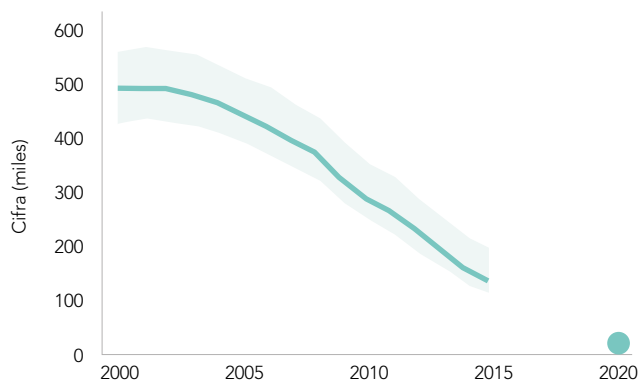
## Nueva infección por VIH en adultos (15 años o más), mundial, 2000–2015



— Nuevas infecciones por el VIH ● Objetivo

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA 2016

## Nueva infección por VIH en niños (0–14 años), mundial, 2000–2015



— Nuevas infecciones por el VIH ● Objetivo

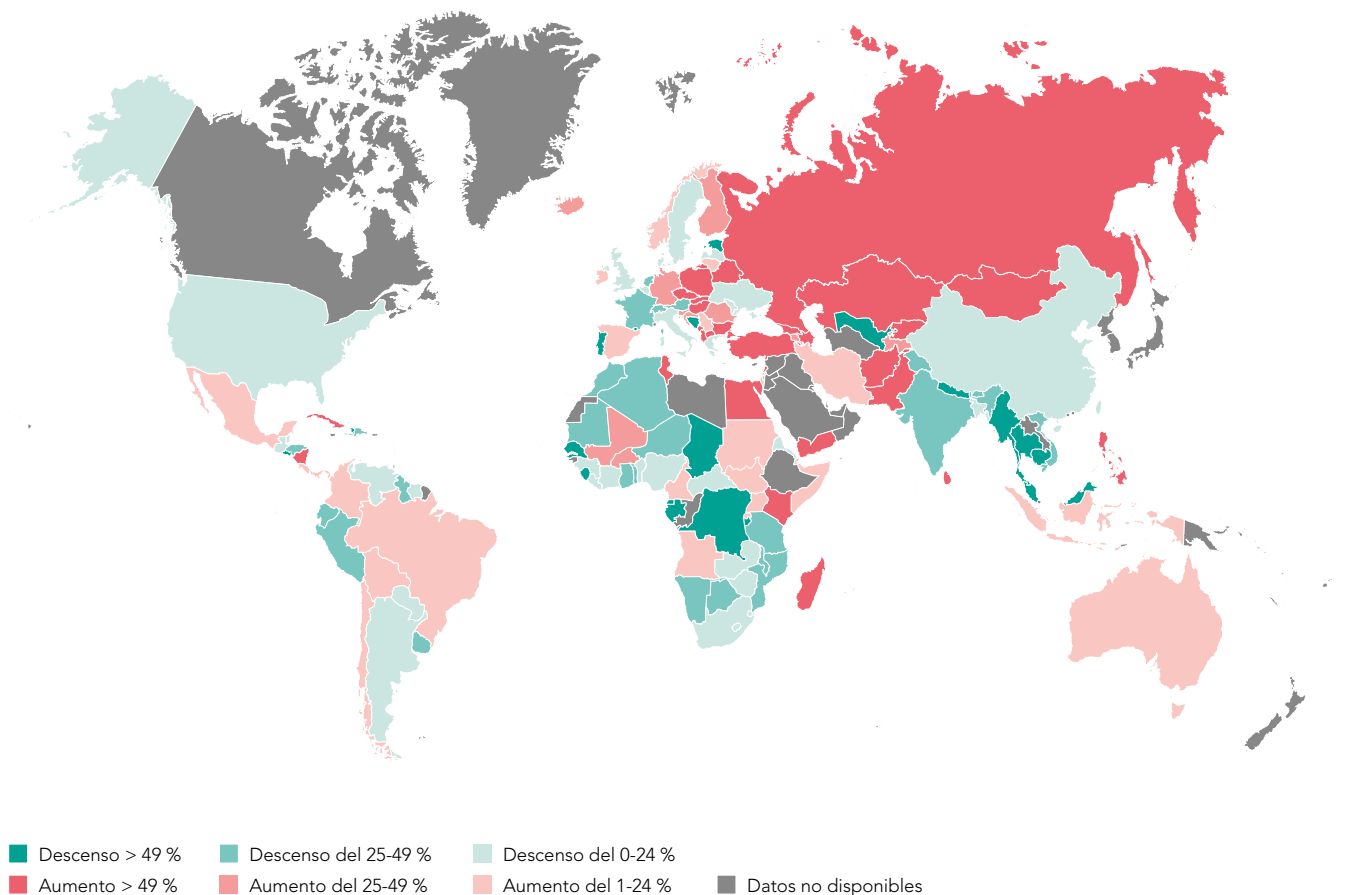
Fuente: Estimaciones de ONUSIDA 2016

La Asamblea General de las Naciones Unidas acordó en junio de 2016 que poner fin al sida para 2030 exige una respuesta acelerada para lograr tres hitos para el año 2020:

- Reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo a menos de 500 000 para el año 2020.
- Reducir la cifra de muertes relacionadas con el sida en todo el mundo a menos de 500 000 para el año 2020.
- Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH para el año 2020.

Los esfuerzos para lograr menos de 500 000 nuevas infecciones por VIH para 2020 no están consiguiendo este objetivo. Esta sencilla conclusión se enmarca en un mosaico internacional variado y complejo. Los datos procedentes de 146 países muestran que algunos han logrado reducir el número de nuevas infecciones por el VIH entre la población adulta un 50 % o más en los últimos 10 años, mientras que muchos otros no han conseguido un avance significativo, y otros han experimentado un incremento preocupante en el número de nuevas infecciones por el VIH.

## Cambio porcentual en nueva infecciones por VIH en adultos (15 años o más), de 2000 a 2015



Fuentes: Estimaciones de ONUSIDA e 2016; Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Islandia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Rumanía, Eslovaquia, Eslovenia, Suecia, Reino Unido, Albania, Andorra, Bosnia y Herzegovina, Macedonia, Israel, Montenegro, San Marino, Serbia, Suiza y Turquía); Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Informe de vigilancia del VIH, 2014; vol. 26. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>. Publicado en noviembre de 2015. Consultado [10 de julio de 2016]. Russian Federation 2016 Global AIDS Response Progress Reporting submission. China 2016 Global AIDS Response Progress Reporting submission.

## Brechas en materia de prevención en la cobertura de servicios clave de prevención

Existen importantes diferencias en el progreso programático. El aumento de los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH no se ha visto correspondido en otras áreas clave de prevención, lo que da lugar a considerables brechas en los servicios. El avance en la distribución y el uso de preservativos se ha estancado; solo en el África subsahariana el déficit es superior a 3.000 millones de preservativos masculinos al año, más del 50 % de la necesidad estimada. La circuncisión médica masculina voluntaria se ha expandido rápidamente (hasta llegar a casi 11,7 millones de hombres en 14 países prioritarios en tan solo unos años) pero la cifra anual de circuncisiones realizadas en esos países fue menor en 2015 que en 2014. La mayoría de los países en los que se ha documentado el uso de drogas inyectables no dispone de servicios clave de reducción del daño. El efecto de una de las más novedosas herramientas en el arsenal de prevención del VIH—la profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés)—está empezando a dejarse sentir dado que unos pocos países han pasado de los proyectos experimentales exitosos a una aprobación plena de las autoridades reguladoras y a la implementación del programa.

Mientras tanto, el efecto preventivo del tratamiento antirretroviral se está viendo limitado porque el 40 % [35–44 %] de las personas que viven con el VIH desconocen que son VIH-positivas y el 62 % [59–65 %] de las personas que viven con el VIH no ha logrado la supresión vírica—bastante lejos de la meta 90–90–90. En otras palabras, casi dos tercios de las personas que viven con el VIH podrían transmitir el virus a menos que se les proporcionen herramientas de prevención y se les capacite para utilizarlas. Tanto en el pasado y en el presente, como a largo plazo, la prevención primaria es un elemento esencial de la respuesta.

## Poblaciones y ubicaciones con mayores necesidades

La heterogeneidad de la epidemia del VIH subraya la importancia de identificar las áreas y las poblaciones más vulnerables y en riesgo para planificar y programar de forma eficiente los servicios de prevención del VIH.

Muchas poblaciones siguen relegadas al olvido. Las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años se hallan en una situación de mayor riesgo de infección por el VIH y representaban el 20 % de las nuevas infecciones por el VIH entre la población adulta mundial en 2015, a pesar de que supone solo el 11 % de la población adulta. En el África subsahariana, las mujeres jóvenes representan el 25 % de las nuevas infecciones por el VIH entre la población adulta y las mujeres representan el 56 % de las nuevas infecciones por VIH entre la población adulta. Las desigualdades de género, como la violencia de género, aumentan la vulnerabilidad fisiológica de las niñas y las mujeres al VIH y dificultan su acceso a los servicios relacionados con el VIH. A los jóvenes se les niega la información y la libertad para tomar decisiones libres e informadas sobre su salud sexual, y la mayoría carecen de los conocimientos necesarios para protegerse del VIH. Las consecuencias de estos obstáculos son especialmente importantes en entornos con una elevada prevalencia, principalmente en el África meridional y oriental.

El riesgo de infección por el VIH entre las poblaciones clave, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero, los privados de libertad y los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, sigue siendo mucho mayor. Estudios recientes sugieren que las poblaciones clave tienen una probabilidad entre 10 y 24 veces mayor de contraer una infección por el VIH que los adultos de la población general (1).

A nivel mundial, se calcula que las nuevas infecciones entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 36 % de las nuevas infecciones por VIH en 2015. La criminalización y la estigmatización de las relaciones homosexuales, el travestismo, el comercio sexual, la posesión y el consumo de drogas obstaculizan el acceso a los servicios de prevención del VIH e incrementa las conductas de riesgo. La homofobia aleja a los gays y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de las actividades de prevención del VIH y de las pruebas de detección del VIH, y se asocia a una menor adherencia al tratamiento. Las mujeres de las poblaciones clave se enfrentan a retos y obstáculos específicos, entre ellos la violencia y las violaciones de los derechos humanos.

Las poblaciones con mayores necesidades difieren según la ubicación. Las poblaciones clave tienden a migrar a las ciudades en busca de comunidades más seguras (2). La incidencia del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes en el África meridional y oriental es especialmente elevada en zonas de Sudáfrica y del sur de Mozambique, así como en todo Suazilandia y Lesoto.

El enfoque de ubicación y población también supone que los actores locales interesados, como los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil local y las comunidades locales, son el eje de sus propias respuestas locales. Los análisis de los datos locales sobre el nivel y las tendencias de la epidemia, la cobertura de los programas locales, y los cuellos de botella que generan las políticas y prácticas locales, son vitales para una prestación eficiente y efectiva del servicio.

## Prevención combinada del VIH

El aumento continuo del tratamiento y las pruebas del VIH deben ir acompañados de una respuesta de prevención primaria mucho más fuerte. Determinados países han demostrado que es posible eliminar los obstáculos para acceder a los servicios y hacer que, en unos años, los programas de prevención cubran las necesidades reales. Sudáfrica ha desarrollado el mayor programa de distribución de preservativos del mundo en tan solo unos años y ha duplicado la cantidad de preservativos distribuidos por varón y año en al menos siete de las nueve provincias (3). La cifra de circuncisiones médicas masculinas voluntarias realizadas en Mozambique pasó de solo 100 en 2009 a casi 200 000 en 2015, y la India ha demostrado al mundo que los enfoques de ubicación y población que cuentan en su diseño e implementación con la participación de los beneficiarios, como las trabajadoras sexuales, pueden reducir de forma importante el número de nuevas infecciones cuando se adecuan a las necesidades reales (4).

No obstante, pocos países han aplicado sistemáticamente un enfoque combinado de prevención del VIH, que ofrece paquetes de servicios personalizados (que incluyen elementos estructurales, biomédicos y de comportamiento) para los grupos

de población prioritarios en sus contextos sociales específicos. Por ejemplo, los jóvenes de países con una elevada prevalencia necesitan algo más que preservativos y comunicaciones destinadas a generar un cambio de comportamiento. También necesitan una educación sexual integral y tener acceso a servicios efectivos de salud sexual y reproductiva y VIH sin obstáculos económicos, como costes prohibitivos, o estructurales, como las leyes sobre el consentimiento de adultos sus representantes. Un paquete combinado para los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres debería incluir un fácil acceso a los preservativos, lubricantes y PrEP, además de los esfuerzos para abordar la homofobia; un paquete para las personas que se inyectan drogas debería ofrecer servicios integrales de reducción del daño, con programas de agujas y jeringas y terapia de sustitución de opiáceos (5).

Todos los programas requieren una sólida capacitación de la comunidad y esfuerzos específicos para hacer frente a los obstáculos legales y políticos, así como el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, los sistemas de protección social y acciones para abordar las desigualdades de género y el estigma y la discriminación.

## **Cinco pilares para lograr menos de 500 000 nuevas infecciones para 2020**

Reducir la cifra de nuevas infecciones a 500 000 para el año 2020 exige un continuo avance hacia la meta 90–90–90 y una acción intensiva hacia los cinco pilares de prevención que deben implementarse mediante un enfoque combinado y centrado en las personas:

1. Prevención combinada, que incluya una educación sexual integral, empoderamiento económico y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres jóvenes y las adolescentes y sus parejas masculinas en zonas con una elevada prevalencia.
2. Programas de prevención especializados y con enfoque de derechos humanos para las poblaciones clave, que incluyan servicios especializados, empoderamiento y movilización comunitaria.
3. Fortalecimiento de los programas nacionales de preservativos, que incluya la adquisición, distribución, mercadeo social, ventas del sector privado y generación de demanda.
4. Circuncisión médica masculina voluntaria en países prioritarios con una alta prevalencia de VIH y un nivel bajo de circuncisión masculina, como parte de una prestación de servicios de salud sexual y reproductiva más amplia para los jóvenes y los hombres.
5. Profilaxis previa a la exposición para los grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH.



Estos pilares quedan reflejados en las ambiciosas metas de prevención para 2020 establecidas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Declaración política sobre el VIH/sida de 2016 para garantizar que el 90 % de las personas en riesgo de infección por el VIH tenga acceso a los servicios de prevención integral, incluyendo la reducción del daño en usuarios de drogas; reducir a menos de 100 000 el número anual de nuevas infecciones por el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes de entre 15y 24 años a nivel mundial; distribuir 20 000 millones de preservativos anualmente en países de ingresos bajos y medios; llegar a otros 25 millones de hombres jóvenes en áreas con una elevada incidencia del VIH con la circuncisión médica masculina voluntaria y facilitar la PrEP a tres millones de personas con riesgo elevado de infección por el VIH.

## CINCO PILARES DE LA PREVENCIÓN



### Metas de prevención de la Asamblea General de las Naciones Unidas



## Cambio estructural

En el marco de la respuesta al sida, no dejar a nadie atrás es un imperativo tanto moral como de derechos humanos y una necesidad de salud pública. Las vulnerabilidades relacionadas con el VIH se ven avivadas por las desigualdades y los prejuicios arraigados en las estructuras legales, sociales y económicas de la sociedad. Las normas de género, culturales y sociales dañinas, la criminalización de las relaciones homosexuales, el travestismo, el comercio sexual y el consumo de drogas, así como leyes que exigen la autorización de terceros para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva dificultan la prevención del VIH y aumentan los comportamientos de riesgo. La homofobia aleja a los gays y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de las actividades de prevención y de las pruebas del VIH, y se asocia a una menor adherencia al tratamiento.

### BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

- Las desigualdades de género, incluida la violencia de género, incrementa la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas frente al VIH y dificultan su acceso a los servicios relacionados con el VIH.
- Los requisitos de autorización de terceros siguen siendo un obstáculo importante para la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados con el VIH entre los adolescentes y los jóvenes.
- Las poblaciones clave se enfrentan a retos y obstáculos específicos, entre ellos la violencia y las violaciones de los derechos humanos, siendo las mujeres de las poblaciones clave las más afectadas.
- La homofobia supone un obstáculo para acceder a los servicios relacionados con el VIH para los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- La criminalización y la estigmatización de las relaciones homosexuales, el travestismo, el comercio sexual y el consumo de drogas dificultan el acceso a los servicios de prevención del VIH y aumentan los comportamientos de riesgo.
- El estigma y la discriminación relacionados con el VIH y hacia las poblaciones clave en los entornos de atención sanitaria dificulta el acceso a la prevención del VIH y a otros servicios de salud.

En los últimos 15 años, se ha observado un importante avance a nivel mundial en la respuesta al VIH y al sida, gracias a los avances científicos, el acceso al tratamiento, el activismo a favor de los derechos humanos, la solidaridad internacional y la movilización y el activismo de la sociedad civil. No obstante, estos avances han sido desiguales. En todo el mundo, el estigma, la discriminación y la exclusión, así como los desequilibrios de poder y la desigualdad en las relaciones de género, siguen haciendo que las mujeres y las niñas, los jóvenes y las poblaciones clave sean vulnerables al VIH, dificultando el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. Dado que el VIH no se puede abordar exclusivamente mediante enfoques biomédicos, la respuesta exige avances simultáneos en términos de derechos y de salud sexual y reproductiva, el acceso a la educación y al empleo, la justicia social y la igualdad de género. Para avanzar es preciso replicar los éxitos

aislados, y ampliar los programas a pequeña escala que han demostrado que funcionan con un compromiso político y una financiación sostenible.

Capacitar a las mujeres y a las niñas, a los jóvenes y las poblaciones clave para exigir sus derechos, recibir una educación de calidad, disfrutar de una vida saludable y adoptar medidas para protegerse del VIH son elementos necesarios de la prevención combinada del VIH.

### CAMINO A SEGUIR

- Fortalecer la legislación, el cumplimiento de las leyes y los programas para poner fin a la violencia dentro de la pareja.
- Incrementar el acceso de las niñas a la educación secundaria.
- Utilizar transferencias de efectivo para capacitar a las mujeres económicamente, para mantener su escolarización y permitirles elegir a sus parejas.
- Eliminar los requisitos de autorización de terceros y otros obstáculos para que las mujeres y los jóvenes tengan acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y relacionados con el VIH.
- Despenalizar las relaciones homosexuales, el travestismo, el comercio sexual y la posesión y el uso de drogas para consumo personal.
- Ampliar la capacitación de las comunidades y otros programas que han demostrado que reducen el estigma, la discriminación y la marginalización, incluso en entornos de atención sanitaria.

## Preservativos

Los preservativos son el eje de un enfoque de prevención combinada del VIH; también son instrumentos rentables para prevenir otras infecciones de transmisión sexual, así como los embarazos no deseados. Se calcula que el uso de preservativos ha evitado 45 millones de infecciones por el VIH en todo el mundo desde 1990 (6). Lograr el objetivo mundial respecto al uso de preservativos para 2020 evitaría 3,4 millones de nuevas infecciones (6). El coste por infección evitada sería aproximadamente de 450 USD, muy por debajo del coste de proporcionar tratamiento antirretrovírico de por vida (6).

### BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

El estancamiento de la financiación nacional e internacional para la adquisición y programación de preservativos, incluida la generación de demanda y la distribución.

- Un déficit anual de más de 3 000 millones de preservativos masculinos en el África subsahariana.
- El desigual uso de los preservativos en el seno de muchas poblaciones y ubicaciones con mayores necesidades, incluyendo los retos a los que se enfrentan las mujeres para negociar el uso del preservativo.
- Disponibilidad insuficiente de lubricantes y preservativos femeninos.

Se calcula que, en 2015, 1,9 millones [1,7 millones–2,2 millones] de adultos (15+) se infectaron por el VIH (la gran mayoría por transmisión sexual) y 357 millones de personas contrajeron clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis (7). Cada año, más de 200 millones de mujeres no tienen cubiertas sus necesidades en materia de anticonceptivos, lo que causa aproximadamente 80 millones de embarazos no deseados. Los preservativos contribuyen a prevenir todas estas enfermedades de forma efectiva.

La optimización del programa de preservativos es un elemento clave de los ambiciosos objetivos mundiales para proporcionar acceso a servicios de prevención integrales al 90 % de la población con riesgo de infectarse por el VIH y reducir el número de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 en todo el mundo. Teniendo esto en cuenta, los países acordaron en la Declaración política sobre el VIH/sida de 2016 incrementar la disponibilidad anual de los preservativos hasta 20 000 millones para 2020. Esto incluye aproximadamente siete mil millones de preservativos anuales para el África subsahariana y 30–50 preservativos por varón y año en países con una elevada prevalencia.

El reto futuro es invertir y ampliar una nueva generación de programas integrales para el uso de preservativos basados en datos y orientados a la población, que incluyan la generación de demanda, la movilización comunitaria, la gestión de la cadena de suministro, y la planificación, gestión, supervisión y evaluación de los programas. Los programas integrales sobre el uso de preservativos deberían utilizar un enfoque de mercado total que incluya el sector público y privado y el marketing social.

El programa de preservativos debe establecerse sobre la base de los derechos y la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género. Debe integrar y estar integrado en una educación sexual integral y en los esfuerzos para promocionar el respeto por el derecho a disfrutar de la sexualidad y a expresar la identidad sexual. Para poder responder a las necesidades individuales y específicas del contexto, los jóvenes, las personas que viven con el VIH, los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que se inyectan drogas, junto con otras poblaciones vulnerables, deben participar en la planificación e implementación del programa de preservativos. Estas poblaciones también deberían participar en los esfuerzos para mejorar la información y aumentar la innovación a través programas científicos, estudios de mercado, estimaciones de las necesidades, cálculo de costes y supervisión y evaluación. Será esencial el liderazgo nacional y comunitario para aumentar la financiación a nivel nacional y la propiedad de las estrategias nacionales sobre el uso de los preservativos para alejarse de los programas financiados y gestionados principalmente por donantes internacionales.

### CAMINO A SEGUIR

- Aumentar los recursos para la adquisición, distribución y promoción de preservativos.
- Proporcionar preservativos masculinos y femeninos junto con paquetes de prevención, que incluyan programas que proporcionen pruebas del VIH, tratamiento antirretroviral, la PrEP y la circuncisión masculina.
- Diversificar los productos relacionados con los preservativos, por ejemplo ofrecer preservativos femeninos junto con preservativos masculinos y lubricantes.

- Desarrollar nuevos enfoques para incrementar el uso del preservativo y potenciar la percepción positiva del preservativo entre las diferentes poblaciones con mayores necesidades.
- Lograr la participación de las comunidades en el suministro de los preservativos y utilizar mecanismos innovadores para la prestación de servicios.

## Circuncisión médica masculina voluntaria

La circuncisión médica masculina voluntaria es una intervención rentable y puntual que proporciona una protección parcial durante toda la vida contra la transmisión sexual del VIH de mujeres a hombres. Los estudios de modelaje indican que si se alcanzara una prevalencia de la circuncisión del 80 % entre los varones con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años para 2015, y posteriormente se mantuviera, se evitarían 3,4 millones de infecciones por el VIH para 2025 (8).

### BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

- Tras años de rápido aumento, la cifra anual de circuncisiones realizadas en los 14 países prioritarios descendió en 2015.
- La cifra anual de circuncisiones realizadas en los 14 países prioritarios debe más que duplicarse para alcanzar el objetivo para 2020 de 25 millones más de jóvenes circuncidados en entornos de alta prevalencia.
- La circuncisión médica masculina voluntaria debe integrarse en los programas cuyo objetivo es abordar las necesidades más amplias de salud sexual y reproductiva de los hombres y los adolescentes.

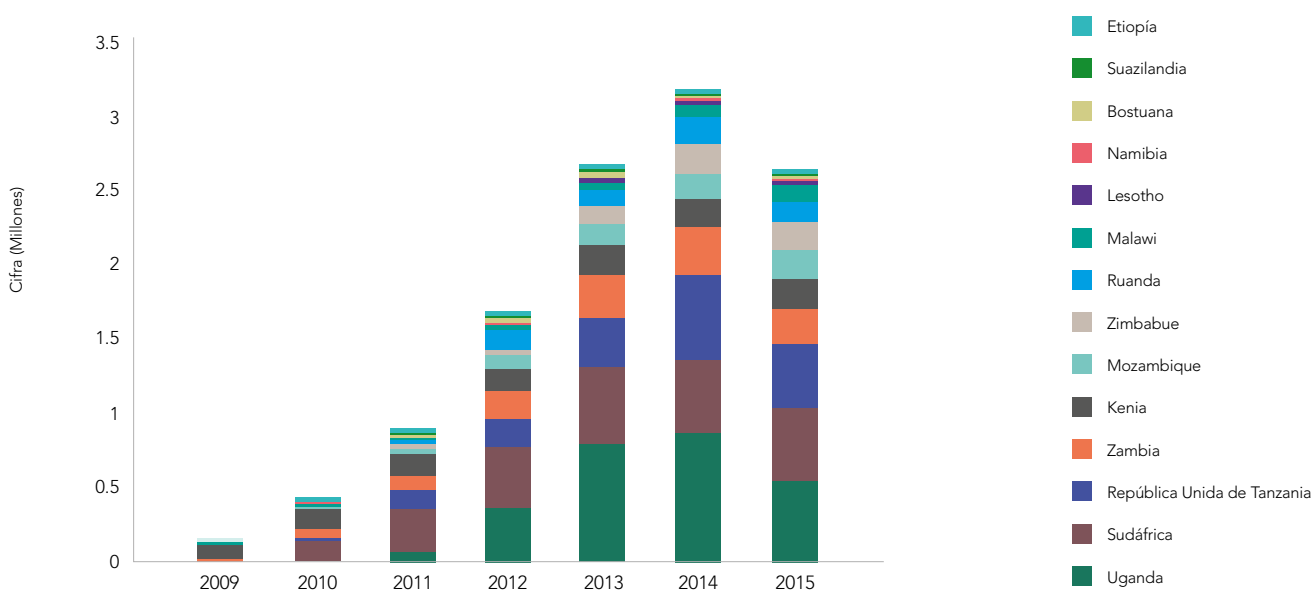
Desde 2007, se han llevado a cabo importantes esfuerzos para extender la circuncisión médica masculina voluntaria en 14 países prioritarios en el África meridional y oriental que presentan una elevada prevalencia del VIH y bajos niveles de circuncisión masculina.<sup>1</sup> A finales de 2015, casi 11,6 millones de hombres de esos países se habían sometido a la intervención.

El avance en los países prioritarios fue muy desigual entre 2009 y 2015. Etiopía, Kenia y la República Unida de Tanzania habían superado sus objetivos nacionales de cobertura, y Mozambique, Sudáfrica, Uganda y Zambia habían alcanzado entre el 50 % y el 70 % de sus objetivos de cobertura a finales de 2015. Sin embargo, en Botsuana y Suazilandia, la cobertura se situó en torno al 45 %, y en Lesoto, Malawi, Namibia, Ruanda y Zimbabue, la cobertura fue inferior al 35 % en 2015.

Tras un aumento constante en la cifra anual de hombres que se habían sometido a la intervención de forma voluntaria entre 2008 y 2014, en 2015 se observó un preocupante descenso en el número de circuncisiones anuales realizadas en los 14 países prioritarios. La cifra de circuncisiones anuales en algunos de los 14 países prioritarios disminuyó hasta los 2,6 millones en 2015 (en comparación con los 3,2 millones en 2014). Sin embargo, en Etiopía, Sudáfrica y Suazilandia, el número de circuncisiones se mantuvo estable en 2015; en Kenia, Malawi y Namibia, el número de circuncisiones anuales aumentó.

<sup>1</sup> Los 14 países prioritarios son Botsuana, Etiopía, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Suazilandia, la República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabue. El objetivo para 2020 también incluye Sudán del Sur.

## Cifra anual de circuncisiones médicas masculinas voluntarias, 14 países prioritarios, 2009-2015



Fuente: Informe sobre los Avances de la Respuesta Mundial al Sida 2016

La Asamblea General de las Naciones Unidas estableció una ambiciosa meta en la Declaración política sobre el VIH/sida de 2016 de proporcionar la circuncisión médica masculina voluntaria a otros 25 millones de hombres jóvenes en áreas con una elevada incidencia del VIH entre 2016 y 2020. Lograr el objetivo para 2020 requerirá un aumento continuado de los programas en los países prioritarios. Será necesario realizar más de 5 millones de circuncisiones anuales en lugar de las menos de 3 millones actuales. En algunos países, esto exigirá integrar programas verticales en los sistemas de salud nacional y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud pública para gestionar estos programas tanto a nivel local como nacional. Además, la circuncisión médica masculina voluntaria debería formar parte de un paquete básico de servicios de salud sexual y reproductiva para hombres y niños, utilizando enfoques personalizados para los diferentes grupos de edades y ubicaciones. Asimismo, será necesaria una mayor financiación nacional para garantizar la sostenibilidad de los programas en países que actualmente dependen de la financiación internacional para la mayoría de sus programas.

### CAMINO A SEGUIR

- Incrementar la financiación nacional para garantizar la sostenibilidad.
- Promover la circuncisión médica masculina voluntaria como parte de un paquete básico de servicios sanitarios para los hombres y niños, utilizando enfoques personalizados para los diferentes grupos de edad y ubicaciones.
- Integrar programas verticales en los sistemas de salud nacionales.
- Desarrollar nuevos enfoques para la circuncisión de los adolescentes y los niños.
- Acabar con los mitos y las falsas ideas sobre la circuncisión.

## Reducción del daño

Las personas que consumen drogas inyectables se encuentran entre las poblaciones clave con mayor riesgo de contraer o transmitir el VIH. Y, sin embargo, también se encuentran entre los que tienen un menor acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH ya que su drogodependencia suele ser una causa de estigmatización y criminalización.

Las herramientas y estrategias necesarias para mejorar la salud y la vida de las personas que consumen drogas son bien conocidas y de fácil acceso. Los programas de agujas y jeringas reducen la propagación del VIH, la hepatitis C y otros virus que se transmiten por la sangre. La terapia de sustitución de opiáceos y otras formas de tratamiento de la drogodependencia fundamentadas en pruebas reducen el consumo de drogas y la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas, y mejoran la utilización de los servicios sociales y sanitarios.

La abrumadora cantidad de datos sobre la efectividad de la reducción del daño, incluso en las cárceles y otros centros de internamiento, es la base para un paquete integral de intervenciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) para prevenir la propagación del VIH y reducir otros daños asociados al consumo de drogas. Sin embargo, son pocos los países que han alcanzado una cobertura suficiente de los servicios de reducción del daño.

### BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

- Solo 90 de los 158 países en los que se ha documentado el consumo de drogas inyectables disponen de programas de agujas y jeringas. Solo 8 países cuentan con al menos un programa en los centros de internamiento.
- Solo 12 países ofrecen el umbral recomendado de 200 agujas limpias por persona que se inyecta por año.
- La cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos es baja en la mayoría de los países. Solo 80 de los 158 países en los que se ha documentado el consumo de drogas inyectables tienen al menos un centro que ofrezca terapia de sustitución de opiáceos. Solo 43 países disponen de programas en los centros de internamiento.
- La prevalencia del VIH entre las mujeres que se inyectan drogas es con frecuencia superior a la de los hombres, lo que subraya la necesidad de intervenciones de reducción del daño sensibles con respecto al género. La criminalización de la posesión y el uso de drogas perpetúa las formas arriesgadas del consumo de drogas, aumenta el riesgo de infección por el VIH, disuade a las personas que consumen drogas de buscar atención, y refuerza la marginalización de las personas que consumen drogas.

## Porcentaje medio de personas con dependencia de los opiáceos que recibe terapia de sustitución de opiáceos, 2015



Fuente: Informe sobre los Avances de la Respuesta Mundial al Sida 2016; UNODC. World Drug Report 2016.

La exclusión y la marginalización de las personas que consumen drogas ha sido reconocida como una de las diversas consecuencias desafortunadas del sistema de fiscalización internacional de drogas (9). Las actitudes críticas por parte del personal sanitario se han vinculado a una menor calidad en la atención sanitaria y peores resultados en términos de salud (10,11). En muchos países, las leyes, las políticas, las prácticas y otras barreras estructurales facilitan la discriminación de las personas con un historial de uso de drogas y crean barreras para el acceso a los servicios de prevención del VIH. Los sistemas de justicia penal que utilizan la posesión de accesorios relacionados con el consumo de drogas o los residuos de drogas en el equipo de inyección como prueba de la posesión o uso de drogas ilegales son especialmente perjudiciales para los programas de agujas y jeringas (12). Las leyes y las políticas que consideran el consumo de drogas como criterio para perder la custodia de los hijos, la esterilización o el aborto forzado o bajo coacción, y la denegación de las prestaciones sociales tienen una repercusión desproporcionada sobre las mujeres que consumen drogas (13,14). En algunos países, como la Federación Rusa, la terapia de sustitución de opiáceos no está disponible o es ilegal, y en otros países, aunque está disponible, se ha informado que la policía actúa contra las personas que acceden al tratamiento para realizar detenciones relacionadas con drogas (15).

La legislación que penaliza la posesión y el uso de drogas para consumo personal es uno de los mayores obstáculos para la prestación de servicios de reducción del daño en gran escala. Se ha demostrado que la criminalización perpetúa las formas arriesgadas de consumo de drogas y aumenta el riesgo de enfermedad (incluida la infección por el VIH) entre las personas que consumen drogas al disuadirlos de buscar una atención sanitaria, y reforzar su marginalización por parte de la



sociedad (16). Existen abundantes pruebas que demuestran que las alternativas a la reclusión, como el tratamiento de la drogodependencia basado en la comunidad, son más rentables a la hora de reducir los daños económicos, sociales y de salud relacionados al consumo de drogas (17). Algunos países están abandonando la criminalización del consumo de drogas. Armenia, Bélgica, Chile, la República Checa, Estonia, México y Portugal se encuentran entre los países que han adoptado algún tipo de política de despenalización desde el año 2000 (17).

### CAMINO A SEGUIR

- Ampliar los servicios de reducción del daño para prevenir la infección por el VIH para todas las personas que se inyectan drogas, incluyendo a las personas reclusas en cárceles y en otros centros de internamiento.
- Garantizar que todas las personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH y/o la hepatitis C tengan acceso a un tratamiento que puede salvarles la vida.
- Adaptar y reformar las leyes para garantizar que las personas que consumen drogas no se enfrentan a sanciones punitivas por el consumo o la posesión de drogas para consumo personal.
- Garantizar la disponibilidad generalizada de la naloxona a nivel comunitario como medida de salud pública que puede salvar vidas.
- Apoyar y capacitar a las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, incluidas las organizaciones y las redes de personas que consumen drogas, en el diseño y la prestación de los servicios de prevención del VIH.
- Combinar el tratamiento con otros enfoques de prevención combinada, como la profilaxis previa a la exposición y la promoción del uso del preservativo entre las parejas serodiscordantes.

## Supresión viral

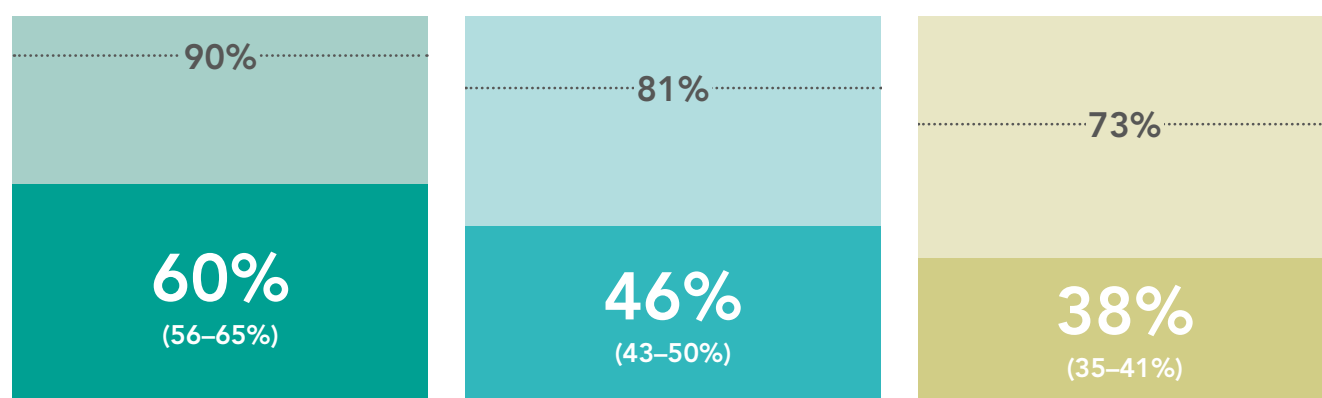
Un cumplimiento estricto del tratamiento antirretrovírico suprime la carga viral hasta niveles indetectables en las personas que viven con el VIH, lo que reduce en gran medida el riesgo de transmisión del virus a otras personas (18–20). Se ha demostrado que, cuando una gran proporción de las personas que viven con el VIH en una comunidad recibe tratamiento, esto tiene un efecto preventivo en el seno de dicha comunidad (21, 22). Este efecto preventivo del tratamiento se ha descrito como un punto de inflexión en el marco de la respuesta mundial al VIH. La consecución de la meta 90–90–90 para el año 2020, junto con una elevada cobertura de otras intervenciones preventivas del VIH, puede hacer realidad el fin de la epidemia de sida para el año 2030 (23).

### BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

- Se calcula que solo el 38 % [35–41 %] de las personas que viven con el VIH en todo el mundo presenta supresión de la carga viral.
- Más de 14,5 de los 36,7 millones de personas que viven con el VIH desconocen que son seropositivos.

- El acceso al tratamiento y los niveles de supresión viral son mucho más bajos entre las poblaciones clave que entre la población general en muchos países, y más bajos entre los hombres que entre las mujeres.
- Las brechas en materia de prevención en el acceso a las pruebas de detección y el tratamiento del VIH se observan principalmente en el África occidental y central, en Oriente Medio y África septentrional.
- El estigma, la discriminación y otras violaciones de los derechos humanos impiden que las personas soliciten las pruebas y reciban tratamiento, y comprometen el cumplimiento sostenido de la terapia antirretroviral.
- Los beneficios preventivos del tratamiento no se materializan totalmente debido a la incapacidad para llegar a las personas rápidamente tras la infección, cuando los niveles de carga viral son elevados.
- La interrupción de la supresión viral de las personas en tratamiento, debida a la falta de cumplimiento o a la resistencia viral, limita los potenciales beneficios preventivos del tratamiento.

## Progreso hacia el objetivo 90-90-90, mundial, 2015



Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto al VIH<sup>1</sup>

Porcentaje de personas que viven con el VIH que no reciben tratamiento antirretroviral

Porcentaje de personas que viven con el VIH que presentan supresión de la carga vírica<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medición de 2015 derivada de los datos facilitados por 87 países, que representaban el 79 % de las personas que viven con el VIH en todo el mundo.

<sup>2</sup> Medición de 2015 derivada de los datos facilitados por 86 países. En todo el mundo, se estima que el 22 % de las personas que recibían tratamiento antirretrovírico se había realizado una prueba de carga vírica durante el periodo del informe.

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2016; para más información, véase el anexo sobre métodos

El aumento del tratamiento es uno de los mayores éxitos en la respuesta mundial al sida hasta la fecha. En los últimos dos años la cifra de personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretroviral ha aumentado en torno a un tercio, hasta alcanzar los 17,0 millones. Estos beneficios son en gran medida responsables de un descenso del 26 % en las muertes relacionadas con el sida a nivel mundial desde el año 2010, de 1,5 millones [1,3 millones–1,7 millones] en 2010 a 1,1 millones [940 000–1,3 millones] en 2015. En la región más afectada del mundo, el África meridional y oriental, el número de personas que reciben tratamiento se ha más que duplicado

desde 2010, llegando casi a los 10,3 millones de personas, y las muertes relacionadas con el sida han descendido en un 36 % desde 2010.

No obstante, el análisis de los datos disponibles validados por ONUSIDA en colaboración con UNICEF y la OMS<sup>2</sup> sugiere que es necesario un avance mucho mayor en las áreas relacionadas con las pruebas y el tratamiento para lograr el objetivo de 2020 de menos de 500 000 nuevas infecciones por el VIH en 2020. En 2015, de los 36,7 millones [34,0 millones–39,8 millones] de personas que viven con el VIH en todo el mundo, aproximadamente el 60 % [56–65 %] conocía su estado serológico respecto al VIH, el 46 % [43–50 %] recibía tratamiento antirretroviral, y el 38 % [35–41 %] había logrado la supresión viral.

La diferencia a nivel mundial para lograr la meta 90–90–90 en 2015 estaba en torno a 10,9 millones de personas que viven con el VIH que desconocían su estado serológico respecto al VIH, 12,7 millones de personas que necesitan tratamiento antirretroviral, y 13,0 millones de personas que viven con el VIH que no han alcanzado la supresión viral. Los estudios indican que, en muchos países, el acceso a la cobertura del tratamiento antirretroviral entre las poblaciones clave en comparación con la población general sigue siendo inferior, y la utilización de los servicios se ve frenada por entornos legales punitivos, el estigma que rodea a las pruebas de detección del VIH y el temor a que el diagnóstico sobre el VIH pueda divulgarse a terceros sin su consentimiento.

Para poder aumentar rápidamente la proporción de personas que viven con el VIH diagnosticadas es necesario desplegar estrategias innovadoras respecto a las pruebas de detección del VIH. Los equipos de autoanálisis son discretos y cómodos para aquellas personas que puedan ser reacias a realizar la prueba en un centro de salud o que viven en lugares en los que los centros de salud son inaccesibles. No obstante, los autoanálisis son una herramienta de exploración y los resultados deben ser confirmados por un profesional sanitario (24).

El comienzo temprano del tratamiento se podría lograr mediante la adopción generalizada de las directrices de tratamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que hacen un llamamiento a la inmediata administración de la terapia antirretroviral tras el diagnóstico, pero las dificultades operacionales para acceder y motivar a un gran número de personas sanas para que sigan el tratamiento son considerables.

El objetivo del tratamiento antirretroviral es la supresión viral: una carga vírica que es tan baja que no se puede detectar mediante las pruebas de carga viral. Una persona que vive con el VIH que presenta supresión viral no solo tiene una menor tendencia a desarrollar enfermedades relacionadas con el VIH, sino que también tiene menos probabilidades de transmitir el virus. Las pruebas periódicas de la carga viral son la forma más precisa de determinar si el tratamiento antirretroviral funciona a la hora de suprimir la replicación del virus. Lamentablemente, el coste y la complejidad de las tecnologías disponibles en la actualidad limitan la disponibilidad de las pruebas de carga viral en entornos con escasez de recursos. Es necesaria una mayor voluntad política, así como una mayor financiación, para ampliar la capacidad en los países de ingresos bajos y medios, y la sociedad civil juega un papel importante a la hora de promover el aumento de las pruebas de carga viral, los sistemas de pruebas de detección asequibles y la investigación y el desarrollo.

<sup>2</sup> En el anexo del Informe de déficits y diferencias en la prevención completo se incluye una completa descripción de los métodos utilizados para definir las medidas del objetivo 90–90–90.

## CAMINO A SEGUIR

- Ampliar las estrategias innovadoras respecto a las pruebas de detección del VIH, como los autoanálisis y los servicios para realizar la prueba del VIH con el apoyo de los asociados.
- Aumentar la participación de la comunidad en los programas de pruebas y tratamiento del VIH.
- Implementar programas en materia de derechos humanos para eliminar las barreras estructurales respecto a las pruebas y el tratamiento.
- Adoptar las directrices de la OMS de 2015 que hacen un llamamiento para la inmediata administración del tratamiento antirretroviral tras el diagnóstico, y el correspondiente fortalecimiento de los programas.
- Reducir el coste y aumentar la cobertura de las pruebas de carga viral.
- Combinar el tratamiento con otros enfoques de prevención combinada, entre ellos la promoción del uso de preservativos y la profilaxis previa a la exposición para las parejas serodiscordantes.

## Profilaxis previa a la exposición

La profilaxis previa a la exposición (PrEP) es la última incorporación a los esfuerzos para ampliar las opciones de prevención combinada para las personas con mayor riesgo de infección por el VIH. El número y el alcance de las actividades de PrEP están aumentando a nivel mundial, mientras que la escala y la cobertura fuera de los Estados Unidos de América siguen siendo limitadas. Se calcula que en junio de 2016, 60.000 personas tuvieron acceso a la PrEP, la mayoría de ellas en los Estados Unidos. Un número significativo aunque no cuantificable de personas están accediendo a la PrEP a través de medios menos regulados, por ejemplo a través de Internet. El rápido establecimiento de programas gubernamentales mejorará la supervisión y evaluación del uso de la PrEP y su impacto sobre la epidemia. Serán necesarios considerables esfuerzos adicionales para alcanzar el nuevo objetivo mundial de hacer llegar la PrEP a tres millones de personas con un riesgo sustancial de infección del VIH para 2020.

## BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

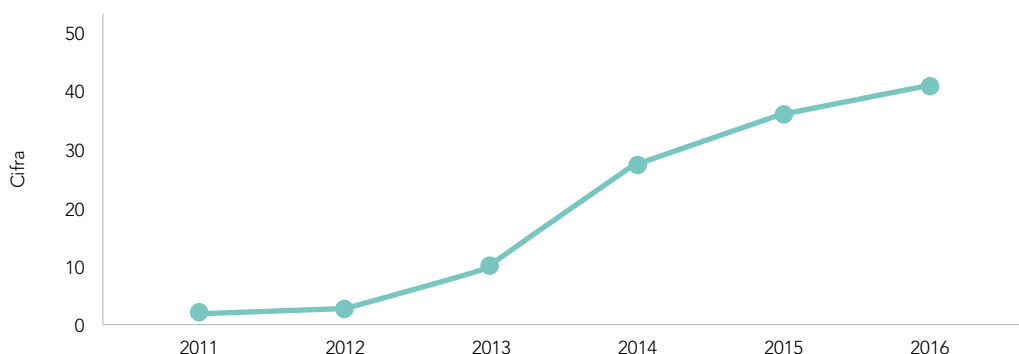
- La PrEP no ha hecho más que empezar: el avance hacia el objetivo de 2020 en materia de PrEP es del 2 %.
- La disponibilidad y la concienciación son limitadas.
- En junio de 2016 solo contaba con autorización normativa en siete países.
- La prestación de la PrEP debería tener en cuenta el contexto de las poblaciones en riesgo, como la estigmatización, la criminalización y la violencia dentro de la pareja.

La PrEP capacita a los individuos cuyas opciones personales de prevención son limitadas a asumir de forma discreta el control de sus propios riesgos en relación con el VIH. Los ensayos controlados y aleatorizados han confirmado la eficacia de la PrEP oral diaria. Los proyectos experimentales, que ofrecen la opción de la PrEP a

través de servicios fáciles de utilizar, han demostrado su valor potencial en diferentes contextos, así como una fuerte demanda y adherencia entre las personas con riesgo elevado de contraer el VIH, entre otras las parejas seronegativas en parejas serodiscordantes, los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y algunas mujeres jóvenes y profesionales del sexo femeninas.

Basándose en las pruebas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda ofrecer el uso de la PrEP oral diaria con tenofovir disoproxil fumarato (TDF) como una opción más de prevención para todos los grupos poblacionales con un riesgo sustancial de infección por el VIH como parte de un programa de prevención combinada del VIH. Las poblaciones prioritarias para la implementación de la PrEP deberían ser las personas con un riesgo sustancial de infección por el VIH, identificadas de forma general como poblaciones con una incidencia del VIH de en torno a 3 por cada 100 personas-año o superior (25).

## Cantidad acumulativa de proyectos abiertos, experimentales y de implementación de la PrEP completados, en curso y previstos 2011–2016



Fuente: AVAC, Ongoing and Planned PrEP Open Label, Demonstration and Implementation Projects, a fecha de junio de 2016 ([http://www.avac.org/sites/default/files/resource-files/PrEP\\_Trials\\_Demonstration\\_Projects\\_June\\_2016.pdf](http://www.avac.org/sites/default/files/resource-files/PrEP_Trials_Demonstration_Projects_June_2016.pdf)).

El uso de la PrEP se aprobó en Estados Unidos en 2012 y las directrices clínicas se publicaron en 2014 (26). Francia empezó a ofrecer la PrEP dentro de su sistema de salud nacional en enero de 2016, tras la publicación de una recomendación temporal de uso en noviembre de 2015 (27). A mediados de 2016, 60 clínicas ofrecían el servicio en este país y 437 personas habían empezado a tomar la PrEP a través del sistema público de salud (28). En diciembre de 2015 Sudáfrica se convirtió en el primer país del África subsahariana en promulgar una autorización normativa plena de la PrEP (29) y en incluir la PrEP en el programa nacional sobre el VIH al que poco después siguió Kenia (30). Los organismos reguladores de Australia y Canadá también han aprobado la PrEP. Al menos 27 países han planificado o están aplicando proyectos experimentales de la PrEP (31), y en algunos países los sistemas de salud o los profesionales sanitarios fomentan el “uso no autorizado”<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Uso de un medicamento para un fin diferente al autorizado —en este caso, el uso de pastillas de tenofovir disoproxil fumarato para el tratamiento antirretrovírico para la PrEP.

El coste de la PrEP es una preocupación importante, incluso en los países de ingresos altos. Se cree que la PrEP es rentable cuando la incidencia del VIH es superior a 3 por 100 personas-año y quizá también en incidencias más bajas (25). La rentabilidad de la PrEP estará determinada en última instancia por el coste de la medicación para la PrEP, la eficacia en su distribución a las personas con mayor necesidad y su efecto.

#### CAMINO A SEGUIR

- Aprobación normativa en todos los países con un uso óptimo de la flexibilidad del ADPIC y negociación del precio para mejorar el acceso.
- Directrices e implementación de programas a nivel nacional.
- Mayor concienciación entre las poblaciones con riesgo elevado de infección por el VIH.
- Promoción de la PrEP en colaboración con las poblaciones prioritarias siendo sensibles a su entorno legislativo y sus opciones de salud.
- Integración de la prestación de la PrEP para fortalecer los programas de prevención combinada.

## Comunicación para promover un cambio social y de comportamiento y generar demanda

La comunicación para promover un cambio de comportamiento y la generación de demanda constituyen un elemento básico de la prevención combinada. Representan una forma inclusiva de abordar los contextos culturales en los que ocurren los comportamientos de riesgo, y de estimular la utilización de los servicios de prevención del VIH. Estos programas conllevan una serie de actividades, desde el asesoramiento individual y la concienciación comunitaria, hasta la información a través de los medios de comunicación. También existen enfoques intensivos en los que se realizan distintas actividades destinadas a conseguir múltiples resultados, como el conocimiento, la percepción del riesgo, las normas, las capacidades, los comportamientos sexuales y la demanda de servicios relacionados con el VIH.

Las actividades de movilización multimedia, en las escuelas y en la comunidad en general complementan la prestación de los servicios relacionados con el VIH como la distribución de preservativos, la circuncisión médica masculina voluntaria, las pruebas de HIV y la PrEP. A medida que se desarrollan nuevas herramientas biomédicas, los programas estructurales y de cambio social y de comportamiento efectivos contribuyen a maximizar su eficacia, por ejemplo reduciendo la aparición potencial de la compensación del riesgo.

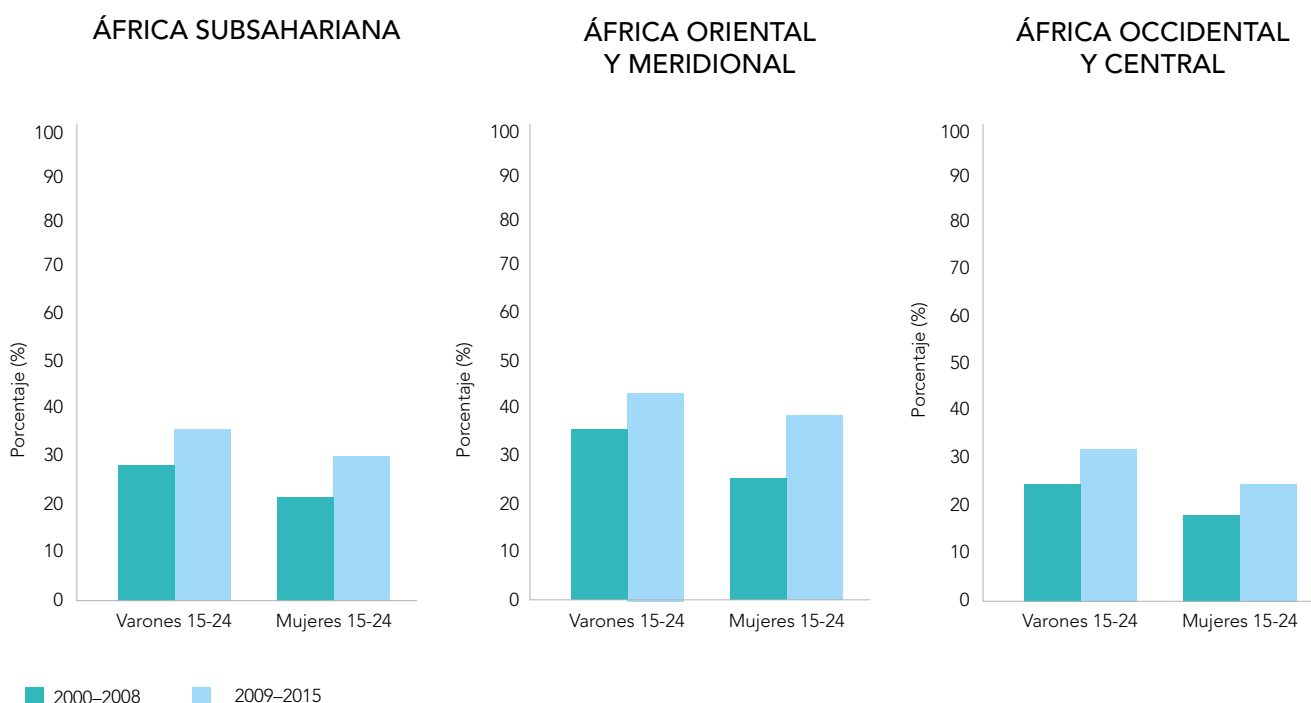
#### BRECHAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

- La mayoría de los jóvenes carecen de los conocimientos necesarios para protegerse del VIH.
- Los avances en la reducción del número de parejas en el África subsahariana han sido escasos, excepto en algunas ubicaciones.

- Las inversiones en programas que fomentan la abstinencia y la fidelidad no son rentables.
- No se ha producido una implementación sistemática de las comunicaciones destinadas a generar un cambio social y de comportamiento ni de la generación de demanda.

Los últimos datos disponibles muestran que la mayoría de los jóvenes carecen de los conocimientos necesarios para protegerse del VIH. En el África subsahariana, los datos de estudios en 35 países muestran que solo el 36 % de los hombres jóvenes y el 30 % de las mujeres jóvenes son capaces de identificar correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan ideas erróneas importantes en relación con la transmisión del VIH (32). En 23 países de fuera del África subsahariana tan sólo el 13,8 % de los hombres jóvenes y el 13,6 % de las mujeres jóvenes tenían un conocimiento adecuado y completo respecto al VIH (32). Además, se observan déficits en la percepción del riesgo personal. En un estudio, un porcentaje significativo de adultos jóvenes que vivían con el VIH y que desconocían su estado serológico con respecto al VIH afirmaron que no tenían la percepción de encontrarse en riesgo de contraer el VIH (33).

## Conocimiento correcto e integral sobre el VIH entre los jóvenes (15-24 años), África Subsahariana, 2000–2008 comparado con 2009–2015



Fuente: Estudios poblacionales, 2000–2015

No se ha producido una implementación sistemática de las comunicaciones destinadas a generar un cambio social y de comportamiento ni de la generación de demanda. No obstante, las pruebas procedentes de recientes iniciativas de éxito como SHARE, SASA! y Stepping Stones han reavivado el interés en estos programas, y se han incorporado elementos críticos a programas nuevos y a gran escala, como DREAMS<sup>4</sup>, que proporciona servicios relacionados con el VIH a mujeres jóvenes y niñas y aborda los factores estructurales que incrementan el riesgo de estas al VIH, incluida la pobreza, la desigualdad de género, la violencia sexual y la falta de educación, en 10 países del África meridional y oriental<sup>5</sup>.

La educación sexual integral es una forma específica de comunicación destinada a generar un cambio social y de comportamiento en la que participan jóvenes en el entorno escolar. Existen pruebas claras de que una educación sexual integral puede facilitar la adopción de comportamientos sexuales más seguros, como el retraso en el comienzo de las relaciones sexuales y el mayor uso del preservativo, y, por tanto, contribuir a reducir las infecciones de transmisión sexual, la transmisión del VIH y los embarazos no deseados (34, 35–37). En 2015 muchos países adoptaron el concepto de educación sexual integral y se comprometieron a consolidar su implementación a nivel nacional (38, 39). No obstante, en la práctica sigue existiendo una diferencia importante entre las políticas regionales e internacionales y la implementación real de una educación sexual integral.

#### CAMINO A SEGUIR

- Garantizar que el diseño y la implementación de los programas destinados a generar un cambio de comportamiento se fundamentan en pruebas sólidas de lo que funciona.
- Divulgar de forma generalizada información exhaustiva sobre la sexualidad, que incluya una educación sexual integral.
- Aprovechar la revolución a nivel mundial de las tecnologías de la información y la comunicación para mejorar las comunicaciones destinadas a generar un cambio de comportamiento y vincular a las personas en riesgo de infección por el VIH con los servicios.

## Eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre la población infantil

El mundo se ha comprometido a lograr una generación sin sida. Este compromiso es el resultado de logros sin precedentes impulsados por el *Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres* (el Plan Mundial).<sup>6</sup>

El drástico descenso en el número de nuevas infecciones infantiles y de muertes relacionadas con el sida en los últimos cinco años se debió principalmente a la ampliación generalizado del acceso a los antirretrovirales de las madres que viven con el VIH, tanto durante como después del embarazo. La prestación de estos servicios ha evitado 1,6 millones de infecciones infantiles por el VIH desde 2000.

<sup>4</sup> Mujeres decididas, resilientes, capacitadas, sin sida, formadas y seguras

<sup>5</sup> Kenia, Lesotho, Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.

<sup>6</sup> Para más información, véase el informe final sobre los progresos del Plan Mundial—On the Fast-Track to an AIDS-free generation—en el sitio web de ONUSIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

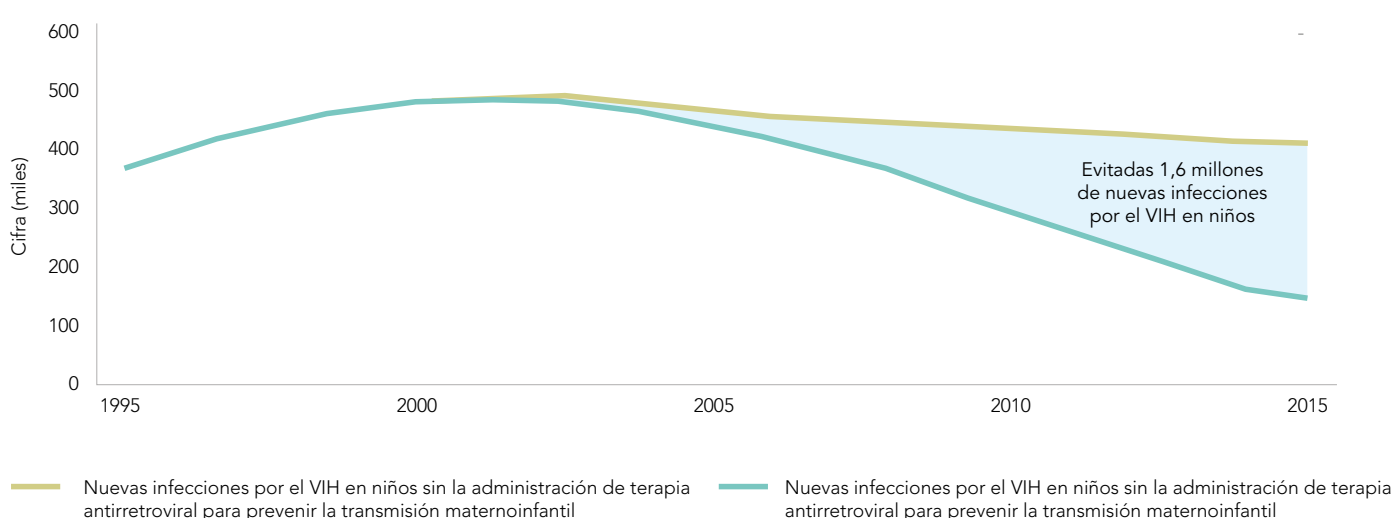


A fecha de junio de 2016, cuatro países habían obtenido el certificado emitido por la Organización Mundial de la Salud de que habían eliminado la transmisión maternoinfantil: Armenia, Bielorrusia, Cuba y Tailandia.

#### DÉFICITS EN MATERIA DE PREVENCIÓN

- La cifra de nuevas infecciones entre las mujeres en edad reproductiva (entre los 15 y los 49 años) no ha disminuido en los últimos cinco años.
- En muchos países existe una necesidad generalizada no satisfecha de una planificación familiar.
- Más de 300.000 mujeres no recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo en 2015.
- Las tasas de abandono del tratamiento entre las mujeres durante el periodo de embarazo y lactancia siguen siendo elevadas, lo que conlleva un mayor riesgo de transmisión a sus hijos.

### Nuevas infecciones por el VIH en niños (0–14 años) con y sin la administración de tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión maternoinfantil, mundial, 1995–2015



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA 2016

Sin embargo, en otras áreas los avances han sido menores. Ha habido pocos cambios en la tasa de nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres, y en muchos países sigue existiendo una necesidad generalizada no satisfecha de una planificación familiar (40). A nivel mundial, el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes entre los 15 y 24 años descendió un 6 % entre 2010 y 2015, y un 2 % entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Otros 5,2 millones de mujeres en edad reproductiva resultaron infectadas entre 2010 y 2015, incluyendo 1,2 millones en Sudáfrica. La creciente cohorte de adolescentes a punto de comenzar su vida reproductiva significa que es probable que estas cifras sigan aumentando a menos que los intensos esfuerzos en materia de prevención primaria tengan éxito. En consecuencia, la necesidad sustancial de servicios para prevenir la

transmisión materno-infantil entre las mujeres en edad reproductiva continuará en el futuro próximo.

La situación fue particularmente difícil en Nigeria, ya que en 2015 era el segundo país más afectado por la epidemia del VIH en todo el mundo. Nigeria contaba con el mayor número de nuevas infecciones por el VIH en niños a nivel mundial (una cifra estimada de 41 000 [28 000–57 000]) aproximadamente equivalente a los siguientes ocho países juntos. El descenso en las nuevas infecciones pediátricas por el VIH en Nigeria desde 2009, ha sido de tan solo el 21 % en comparación con la media del 60 % en los demás países prioritarios del Plan Mundial (40).

Para avanzar, el objetivo de la iniciativa Start Free, Stay Free, AIDS Free (Nace libre, sé libre, libre de sida), puesta en marcha en 2016 por ONUSIDA y PEPFAR, es desarrollar el avance logrado gracias al Plan Mundial mediante un enfoque de acción superacelerada para extender los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH a los niños, los adolescentes y las mujeres jóvenes (41). La iniciativa es elevar y amplificar los esfuerzos que ya están acelerando el avance, como la asociación con DREAMS, la iniciativa Acelerar el Tratamiento del VIH/Sida para los Niños (ACT) y ALL-IN.

#### CAMINO A SEGUIR

- Centrar las iniciativas de prevención combinada del VIH en las mujeres y las niñas en contextos con una elevada prevalencia, incluyendo la prevención primaria entre las mujeres jóvenes y la identificación y el tratamiento para las parejas serodiscordantes.
- Ayudar a las mujeres que viven con el VIH a evitar embarazos no deseados garantizando que tienen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos.
- Extender los programas e iniciativas que apoyan y abogan por el compromiso de la pareja masculina en la prevención de la transmisión materno-infantil.
- Fortalecer la participación de la comunidad, los modelos de prestación de servicios comunitarios y el apoyo comunitario además de los enfoques basados en los derechos humanos para prevenir la transmisión materno-infantil.
- Ampliar la prestación de los servicios de diagnóstico precoz, tratamiento y atención primaria para los bebés y los niños.

## Inversión en la prevención efectiva

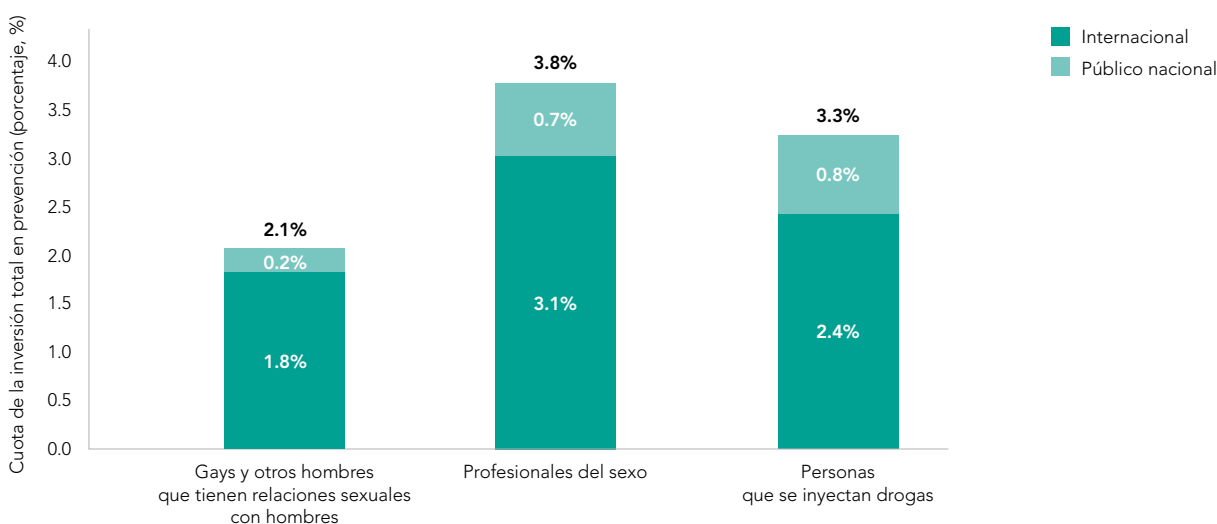
El fortalecimiento del compromiso político mundial respecto a la prevención del VIH debe ir acompañado de un fortalecimiento del compromiso financiero. Los éxitos de la respuesta mundial al sida hasta la fecha son el resultado de una extraordinaria inversión. La cantidad total de recursos financieros para las respuestas al sida en los países con ingresos bajos o medios alcanzó aproximadamente los 19.000 millones de USD en 2015, el doble de los recursos disponibles en 2006. Sin embargo, la financiación internacional para los servicios locales en 2015 descendió por segundo año consecutivo hasta los 8.200 millones de USD—una reducción del 7 % desde los 8 700 millones de USD en 2014. La inversión pública y privada a nivel nacional aumentó

en 400 millones de USD durante el mismo periodo, por lo que el total de recursos disponibles fue similar en 2014 y 2015.

Los datos disponibles muestran que las inversiones en la prevención del VIH (incluida la prevención de la transmisión materno-infantil) han ido aumentando ligeramente en algunos países. Sin embargo, el aumento más rápido de la inversión en el tratamiento del VIH se traduce en una tendencia a la baja en el porcentaje de los recursos totales dedicados a una amplia gama de servicios de prevención, entre ellos la prevención de la transmisión de madre a hijo, que ha alcanzado alrededor del 20 % en los últimos años—lejos del compromiso establecido en la Declaración política sobre el VIH/sida de 2016 para garantizar que los recursos financieros para la prevención del VIH son adecuados y representan no menos de un tercio del gasto mundial en la respuesta al sida.

Por ejemplo, los servicios de prevención del VIH representaron el 20–23 % de los recursos totales asignados por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) entre 2012 y 2014 (42). Si se excluye el gasto destinado a la prevención de la transmisión de madre a hijo y las pruebas voluntarias y el asesoramiento del VIH, el porcentaje destinado a la prevención fue del 13–16 % del total, incluido el 4 % de los servicios centrados en las poblaciones clave (43). En este análisis no se tiene en cuenta la financiación estatal adicional de la circuncisión médica masculina voluntaria ni la prevención entre las mujeres jóvenes y las niñas mediante la asociación con DREAMS. PEPFAR sigue siendo el mayor donante a nivel internacional en términos de prevención efectiva.

## Inversión en programas específicos para las poblaciones clave en términos de porcentaje de la inversión total en prevención por fuente, 2010–2014



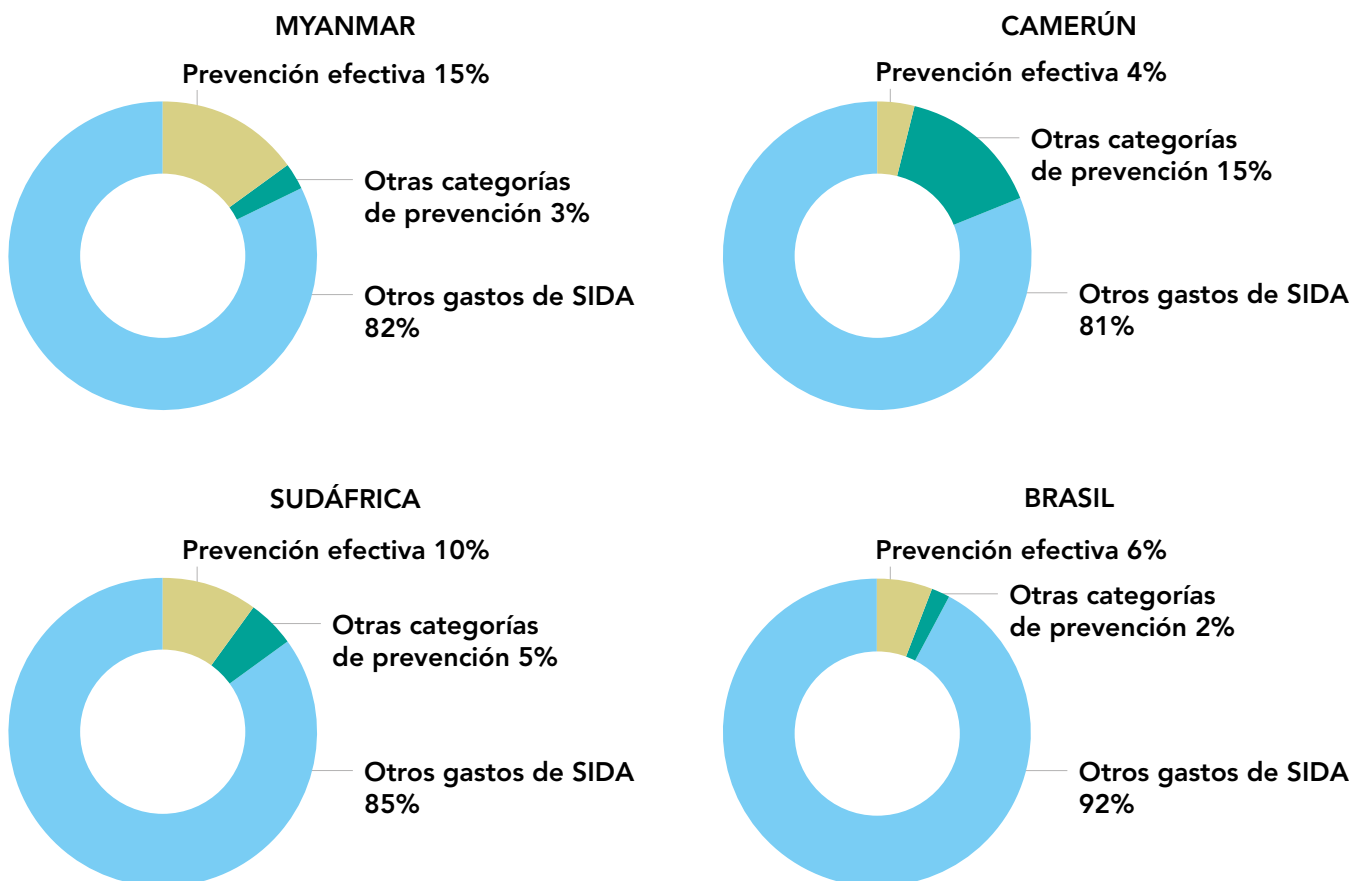
Fuente: Informe sobre los Avances de la Respuesta Mundial al Sida, 2010-2014.

Aunque no se disponía de un análisis detallado de la inversión elaborado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, un análisis preliminar realizado por la Secretaría del Fondo Mundial para este informe indica que en torno al 14 % de la inversión del Fondo Mundial en 2014 se destinó a la prevención primaria.

Además de aumentar, las inversiones se deben equilibrar para dar respuesta a los cinco pilares de la prevención primaria efectiva y demostrada con el número limitado de recursos disponibles actualmente. Por ejemplo, la prevención del VIH centrada en las poblaciones clave en los países con ingresos bajos y medios representó menos del 2 % de los recursos totales relacionados con el VIH en 2015, o en torno al 9 % de los recursos para la prevención. La mayoría de los recursos para los servicios que se centran en las poblaciones clave proceden de donantes internacionales, salvo excepciones como Brasil, México y algunos países de Asia y el Pacífico. En junio de 2016, PEPFAR anunció una inversión especial destinada a las poblaciones clave de 100 millones de USD que contribuirá a cubrir la brecha de financiación, pero que no aborda la necesidad de disponer de recursos financieros sostenibles y propios en cada país.

Un análisis de cuatro países de diferentes regiones, y con diferentes patrones de epidemia, halló que la financiación de la prevención primaria efectiva era insuficiente: 6 % en Brasil, 4 % en Camerún, 15 % en Myanmar y 10 % en Sudáfrica.

## Porcentaje de inversiones efectivas en prevención y otras categorías de prevención en cuatro países, 2013-2014



Fuente: Informe del Progreso de la Respuesta Global al SIDA (GARPR)

Los programas de prevención efectiva se definieron como aquellos que presentaban una eficacia probada y estaban incluidos en los programas basados en los cinco pilares para las poblaciones clave (profesionales del sexo y sus clientes, gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, reclusos y personas que se inyectan drogas, incluyendo la reducción del daño); promoción y distribución de preservativos; circuncisión médica masculina voluntaria; profilaxis previa a la exposición; y programas integrales de prevención del VIH centrados en las mujeres jóvenes y las adolescentes, incluyendo las transferencias de efectivo.

## **Aunar esfuerzos en materia de prevención: traducir los compromisos mundiales en iniciativas a nivel de país**

Los datos de diversos países muestran que un enfoque combinado de la prevención (paquetes integrales con componentes estructurales, biomédicos y de comportamiento personalizados para los grupos poblacionales prioritarios en el marco de sus contextos locales específicos) logra los mejores resultados. Los estudios en Sudáfrica han demostrado que al combinar las transferencias de efectivo con las intervenciones gratuitas de educación y apoyo psicosocial se potenció la reducción de comportamientos de riesgo con relación al VIH entre los adolescentes (44). En tres países de América Central, la combinación de campañas de prevención integradas con componentes biomédicos y estructurales mejoró el uso del preservativo entre los profesionales del sexo con parejas habituales, lo que en cierta medida permitió a los profesionales del sexo abordar factores más profundos que influyen en su comportamiento (45).

Las relaciones entre los gobiernos y los actores comunitarios serán de vital importancia para el futuro de las medidas de prevención. Es necesario un renovado activismo en materia de prevención y un nuevo convenio entre los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil. Esta asociación debe ir más allá del impulso a nivel comunitario para aumentar la concienciación del riesgo y “permanecer libre de VIH”. Los convenios de los países deberían definir claramente y fortalecer el papel de la sociedad civil en la planificación e implementación de los programas de prevención y en la supervisión conjunta del progreso de objetivos ambiciosos. La experiencia de Australia, India, Sudáfrica y otros países de Europa occidental y central y de Norteamérica muestra que, aunque el compromiso y la financiación por parte de los gobiernos proporciona la base para las respuestas de éxito en materia de prevención, la implementación de programas de prevención, especialmente en relación con las poblaciones clave, se deberían llevar a la práctica en colaboración con las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones afines que cuentan con la confianza de las poblaciones con mayor necesidad de tales servicios. Los acuerdos contractuales formales entre los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, que incluyan la supervisión y la formación, y el desarrollo de capacidades, deberían ser transnacionales.

Los objetivos y compromisos de la Declaración política sobre el VIH/sida de 2016 establecen la base para la acción. Los objetivos mundiales se deben traducir en planes de implementación a nivel nacional y subnacional que se centren en las poblaciones y las ubicaciones con mayores necesidades, y aborden los obstáculos legales, sociales y económicos que impiden el acceso y la utilización de los servicios de prevención a nivel nacional y local.

Los asociados clave deben aunar esfuerzos en materia de prevención y garantizar que disponen de suficientes recursos financieros y capacidades técnicas. Un catalizador clave para la acción a nivel de país serán las orientaciones mundiales sobre cómo definir el alcance del servicio, el acceso o la cobertura en cada uno de los cinco pilares. Con los países y las comunidades como eje, la intensificación de los esfuerzos en materia de prevención combinada sentará las bases para lograr la meta de menos de 500 000 nuevas infecciones para el año 2020, y poner fin a la epidemia del sida para el año 2020.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONUSIDA. Special analysis, 2016; Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Disease*. 13(3): 214–222 marzo de 2013.
2. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos. Acabar con la epidemia urbana. Nairobi. 2015.
3. ONUSIDA. En la vía rápida para poner fin a la epidemia del sida en 2030: centrarse en la ubicación y la población. Ginebra. 2015.
4. Kumar R, Mehendale SM, Panda S, Venkatesh S, Lakshmi PVM, Kaur M et al. Impact of targeted interventions on heterosexual transmission of HIV in India. *BMC Public Health*. 2011;11:549.
5. Organización Mundial de la Salud, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida Guía técnica de la OMS, UNODC y ONUSIDA para que los países establezcan objetivos de acceso universal a la prevención, tratamiento y atención al VIH para usuarios de drogas inyectables. Ginebra. 2012. Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados frente al VIH para grupos de población clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
6. Stover J. Avenir Health. The contribution of condoms to HIV prevention. Presentación realizada en la reunión del Global Condom Steering Group, 21–23 de marzo de 2016, Ginebra.
7. Newman et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *Plos One*, 8 de diciembre de 2015.
8. Njeuhmeli E et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLOS Med*. 2011;8(11).
9. Making drug control “fit for purpose”: building on the UNGASS decade. Informe del Director ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito como aportación a la revisión de la vigésima sesión especial de la Asamblea General. E/CN.7/2008/CRP.17. En: Quincuagésimo primera sesión de la Comisión de Estupefacientes, Viena, 7 de mayo de 2008. Viena: Comisión de Estupefacientes; 2008 ([https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_51/1\\_CRPs/E-CN7-2008-CRP17\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf)).
10. Skinner N, Feather NT, Freeman T, Roche AM. Stigma and discrimination in healthcare provision to drug users: the role of values, affect, and deservingness judgments. *J Appl Soc Psychol*. 2007;37:163–186.
11. Treloar C, Rance J, Backmund M. Understanding barriers to hepatitis C virus care and stigmatization from a social perspective. *Clin Infect Dis*. 2013;57 (Suppl. 2):S51–S55.
12. Strathdee SA, Beletsky L, Kerr T. HIV, drugs and the legal environment. *Int J Drug Policy*. 2015;26:S27–S32.
13. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction and HIV. *Reprod Health Matters*. 2008;16:168–181.
14. Policy brief: women who inject drugs and HIV—addressing specific needs. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONU Mujeres, Organización Mundial de la Salud y la Red Internacional de Personas que Consumen Drogas; 2014 ([http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN\\_POLICY\\_BRIEF2014.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf)).
15. Pokrovsky VV, Ladnaya NN, Tushino OI, EV Buratsova. [Infección por el VIH: boletín de noticias n.º. 40. Moscú: Centro Científico y Metodológico Federal para la Prevención y el Control del Sida; 2015.
16. Estudio sobre el impacto del problema mundial de las drogas en el disfrute de los derechos humanos. A/HRC/30/65. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2015.
17. Rosmarin A, Eastwood N. A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe. Londres: Comunicado; 2012 (<http://www.countthecosts.org/sites/default/files/release-quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies.pdf>).
18. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:493–505.
19. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med*. 2012;367:399–410.
20. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med*. 2012;367:423–434.
21. Solomon SS, Mehta SH, McFall AM, Srikrishnan AK, Saravanan S, Laeyendecker O, et al. Community viral load, antiretroviral therapy coverage, and HIV incidence in India: a cross-sectional, comparative study. *Lancet HIV*. 2016;3:183–190.

22. Das M, Chu PL, Santos GM, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, Colfax GN. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PLOS One*. 2010;5:e11068
23. Actuaciones Inmediatas: actualización sobre necesidades de inversión en la respuesta al SIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2016 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids\\_fast-track\\_update\\_investments\\_needed](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids_fast-track_update_investments_needed)).
24. A short technical update on self-testing for HIV. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2603\\_self-testing\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf)).
25. LA OMS amplía la recomendación sobre la profilaxis previa a la exposición en la infección por el VIH (PrEP). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>).
26. FDA approves first drug for reducing the risk of sexually acquired HIV infection: 16 de julio de 2012. (<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm312210.htm>).
27. Cairns G. L'ANSM établit la RTU de Truvada dans la prophylaxie pré-exposition au VIH - Point d'information. ANSM, 1 de diciembre de 2015 (<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-etablit-la-RTU-de-Truvada-dans-laprophylaxie-pre-exposition-au-VIH-Point-d-information>).
28. Cairns G. First data on PrEP programme in France. *Aidsmap*, 3 de junio de 2016 (<http://www.aidsmap.com/Cost-is-biggest-barrier-to-PrEP-in-Europe-ECDC-report-declares/page/3060924/>).
29. Medicines Control Council approves fixed-dose combination of tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine for pre-exposure prophylaxis of HIV. Comunicado de prensa, 3 de diciembre de 2015. Pretoria: Medicines Control Council; 2015 ([http://www.mccza.com/documents/2e4b3a5310.11\\_Media\\_release\\_ARV\\_FDC\\_PrEP\\_Nov15\\_v1.pdf](http://www.mccza.com/documents/2e4b3a5310.11_Media_release_ARV_FDC_PrEP_Nov15_v1.pdf)).
30. South Africa and Kenya approval of oral PrEP should spur rollout. Comunicado de prensa, 17 de diciembre de 2015. Pretoria: Medicines Control Council; 2015 (<http://www.avac.org/blog/south-africa-and-kenya-approval-oral-prep>).
31. Ongoing and planned PrEP open label, demonstration and implementation projects, as of June 2016. Nueva York: AVAC; 2016 ([http://www.avac.org/sites/default/files/resourcefiles/PrEP\\_Trials\\_Demonstration\\_Projects\\_June\\_2016.pdf](http://www.avac.org/sites/default/files/resourcefiles/PrEP_Trials_Demonstration_Projects_June_2016.pdf)).
32. Estudios poblacionales, 2009–2015.
33. Consejo Nacional sobre el Sida de Zimbabue, UNFPA. National behavior change survey 2007/8. Harare, 2009.
34. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD (2014) School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(3): e89692. doi:10.1371/journal.
35. UNFPA state of the world population 2013. Motherhood in childhood: facing the challenges of adolescent pregnancy. Nueva York: UNFPA; 2013.
36. García-Moreno C et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385:1685–95.
37. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. París: UNESCO; 2009.
38. UNFPA. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education. París: UNESCO; 2015.
39. Declaración Ministerial: prevenir con educación. Primera reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe; 2010 (<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaration-preventing-education-english.pdf>, consultada el 6 de julio de 2016).
40. En la Vía Rápida para una Generación sin Sida. Ginebra: ONUSIDA; 2016.
41. En la Vía Rápida para poner fin al sida. En: [free.unaids.org](http://free.unaids.org) [sitio web]. ONUSIDA, PEPFAR y asociados (<http://free.unaids.org>, consultado el 7 de julio de 2016).
42. Análisis de ONUSIDA de los datos del informe de PEPFAR (<https://data.pepfar.net/global>; consultado el 1 de julio de 2016).
43. Presentación de PEPFAR para GARPR 2016.
44. Cluver, L, Orkin, M, Yakubovich, A, Sherr, L (2016). Combination social protection for reducing HIV-risk behaviour amongst adolescents in South Africa. *JAIDS*. 72: 96-104.
45. J Rivas, S Lungo, S Ruether, et al. Are combination prevention interventions effective? The impact of combination prevention on increasing condom use among female sex workers in Central America. 20 Conferencia Internacional sobre el sida. Melbourne, 20-25 de julio de 2014 Abstract ThAC0302.













**Joint United Nations  
Programme on HIV/AIDS**

20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)