

90-90-90

Un ambicioso objetivo de
tratamiento para contribuir al
fin de la epidemia de sida

Acabar con la epidemia de sida es más que un compromiso histórico con los 39 millones de personas que han muerto a causa de esta enfermedad. También representa una oportunidad de gran trascendencia con la que sentar las bases de un mundo más sano, justo y equitativo para las generaciones futuras. Acabar con la epidemia de sida impulsará esfuerzos más amplios en materia de salud y desarrollo, y demostrará lo que se puede conseguir a través de la solidaridad mundial, las medidas empíricas y la colaboración multisectorial.

Aunque harán falta muchas estrategias para acabar definitivamente con la epidemia de sida, una cosa está clara: *será imposible terminar con la epidemia sin proporcionar el tratamiento del VIH a todos aquellos que lo necesiten.*

Mientras el mundo reflexiona sobre el camino que se ha de seguir después de la fecha límite de 2015 en lo que respecta a los objetivos y compromisos adoptados en la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011, se hace necesario un objetivo para escribir el último capítulo de la epidemia de sida, promover la responsabilidad y unir a las distintas partes interesadas en un esfuerzo común. Mientras que los anteriores objetivos en materia de sida buscaban conseguir un incremento gradual en la respuesta, la meta después de 2015 es nada menos que el fin de la epidemia de sida para el año 2030.

En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA recurrió a ONUSIDA a fin de respaldar los esfuerzos nacionales y regionales para establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH después del 2015. A modo de respuesta, las partes interesadas han llevado a cabo una serie de consultas sobre nuevos objetivos en todas las regiones del mundo. A escala mundial, las partes interesadas se han reunido en negociaciones temáticas sobre sociedad civil, medicina de laboratorio, tratamiento pediátrico antirretrovírico, adolescentes y otros asuntos clave.

Ahora, un fuerte impulso está llevando a reescribir el tratamiento del VIH y a considerar un objetivo final ambicioso pero a la vez alcanzable:

- Que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH.
- Que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada.
- Que en 2020 el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral.

EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO



Cuando se alcance este triple objetivo, al menos el 73% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo tendrá supresión viral; un número de dos a tres veces mayor que las estimaciones actuales. La modelización sugiere que lograr estos objetivos antes de 2020 permitirá a la comunidad mundial acabar con la epidemia de sida en 2030, lo que a su vez generará grandes beneficios económicos y sanitarios.

La única manera de lograr este ambicioso objetivo es mediante una estrategia basada en los derechos humanos, el respeto mutuo y la inclusión. Las estrategias coercitivas no solo violan los derechos humanos fundamentales, sino que también suponen un obstáculo a la hora de acabar con la epidemia de sida. Como hemos podido comprobar empíricamente en repetidas ocasiones y en distintos lugares del mundo, las estrategias coercitivas alejan a las personas de los servicios que tanto necesitan.

El tratamiento del VIH es una herramienta fundamental para acabar con la epidemia de sida, pero no es la única. A la vez que se toman medidas para incrementar los efectos preventivos del tratamiento del VIH, se requieren también esfuerzos urgentes para poner en marcha otras estrategias de prevención esenciales, entre las que se incluyen la eliminación de la transmisión materno infantil, las campañas de preservativos, la profilaxis antirretrovírica antes de la exposición, la circuncisión masculina voluntaria y bajo supervisión médica en los países prioritarios, los servicios de reducción de daños para personas que se inyectan droga y los

programas de prevención centrados en otras poblaciones clave. Con el fin de poner en marcha una respuesta completa para acabar con la epidemia, será necesario un esfuerzo conjunto a la hora de eliminar el estigma, la discriminación y la exclusión social.

Para acabar con el sida se requerirá un acceso ininterrumpido a un tratamiento de por vida para decenas de millones de personas, además de sistemas sanitarios y comunitarios fuertes y flexibles, programas de protección y promoción de los derechos humanos y mecanismos de autofinanciación capaces de costear programas de tratamiento a lo largo de la vida de las personas que viven con el VIH. Se están desarrollando nuevas tecnologías, como diagnósticos más simples y asequibles, antirretrovíricos más sencillos y tolerables, y antirretrovíricos económicos y de mayor duración que ahorran la necesidad de una dosis diaria. Sin embargo, para potenciar estas nuevas herramientas se necesitará la voluntad política y la preparación del sistema así como la adopción y la puesta en práctica a tiempo de unas orientaciones normativas a nivel mundial. Podemos tomar como ejemplo lo que sucedió con la profilaxis para la *pneumocystis carinii pneumonia*, que en los primeros años del sida resultó ser un puente hacia la era del tratamiento antirretrovírico para millones de personas que vivían con el VIH. El mundo necesita mejorar la eficacia de las herramientas existentes para prolongar las vidas de los infectados hasta un periodo en el que estén disponibles una cura o un tratamiento considerablemente más sencillo.

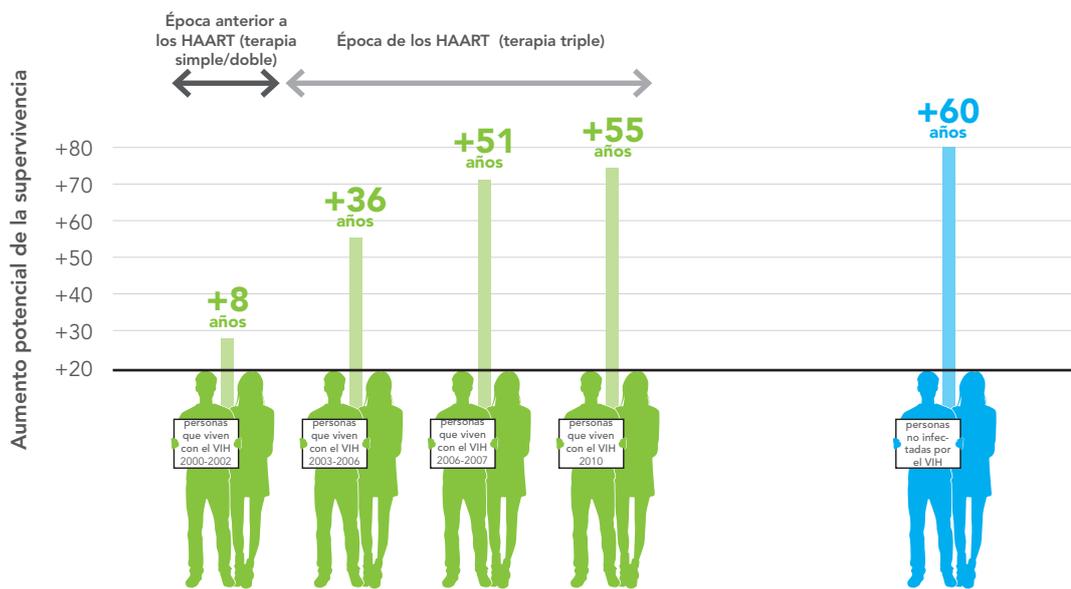
EL TRATAMIENTO DEL VIH: UN ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA ACABAR CON LA EPIDEMIA DE SIDA Y CONSEGUIR QUE LA TRANSMISIÓN DEL VIH SEA UN HECHO EXCEPCIONAL

El tratamiento del VIH es una herramienta muy importante en la lucha contra el sida, pues previene enfermedades y muertes, evita nuevas infecciones y supone un ahorro económico. En una estrategia basada en derechos, los objetivos finales de acceso

universal al tratamiento son esenciales, ya que las esperanzas de acabar con la epidemia de sida dependen en gran medida de la capacidad mundial de proporcionar tratamiento del VIH a todos aquellos que lo necesiten.

Fig. 1

EL TRATAMIENTO DEL VIH PUEDE NORMALIZAR LA SUPERVIVENCIA



Repercusión estimada del tratamiento del VIH en la supervivencia de una persona de 20 años que vive con el VIH en un entorno de ingresos altos (en distintos periodos de tiempo)

Fuente: Samji H et al., PLoS ONE, 2013.

El tratamiento del VIH previene las enfermedades relacionadas con el VIH

La OMS mencionó en el año 2013 que cada vez hay más pruebas de los beneficios clínicos del inicio temprano del tratamiento, y recomendó elevar de 350 a 500 células/mm³ los umbrales de linfocitos CD4 para el inicio del tratamiento del VIH¹. Los resultados obtenidos en el estudio HPTN 052 se analizaron de nuevo tras la publicación de las directrices, y se determinó que los participantes distribuidos al azar en la sección de tratamiento temprano (linfocitos CD4 entre 250 y 500) tenían un mayor recuento de linfocitos CD4 en los dos años de seguimiento. Además, tenían un 27% menos de posibilidades de presentar un cuadro clínico primario, un 36% menos de sufrir un cuadro clínico definitorio de sida y un 51% menos de que se les diagnosticara tuberculosis².

El tratamiento del VIH evita las muertes relacionadas con el sida

Mientras que en la era anterior al tratamiento una persona que contraía el VIH tenía una esperanza de vida de solo 12,5 años³, ahora un joven que haya contraído el virus y proceda de un país industrializado puede tener una esperanza de vida muy próxima a la normal (o cinco décadas adicionales) si recibe un tratamiento del VIH ininterrumpido y de por vida (Fig.1)⁴. Cada vez hay más pruebas que indican que se pueden obtener resultados similares en entornos con recursos limitados².

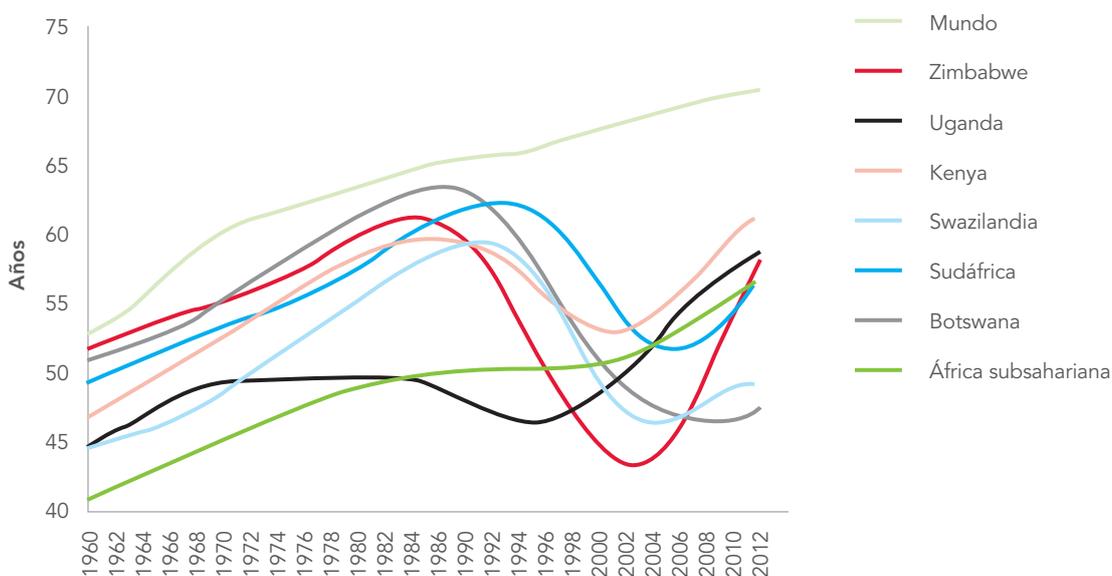
Desde la generalización del tratamiento del VIH, el número de muertes relacionadas con el sida en países de ingresos bajos y medios ha descendido significativamente. Al ampliar el acceso al tratamiento en los países de alta prevalencia

durante la última década, se comenzaron a revertir los devastadores efectos de la epidemia sobre la salud. Así, la esperanza de vida aumentó notablemente en los países en los que se llevó a cabo una ampliación del tratamiento del VIH

(Fig. 2). El hecho de que la esperanza de vida no haya alcanzado aún los niveles anteriores a 1990 subraya la necesidad de continuar con la ampliación del acceso a los servicios de tratamiento del VIH.

Fig. 2

TENDENCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA DURANTE LA EPIDEMIA DE SIDA



Fuente: Información del Banco Mundial en relación con la esperanza de vida. <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>. Consultado el 15 de septiembre de 2014.

El tratamiento del VIH previene nuevas infecciones

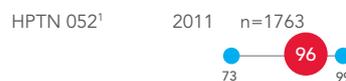
Atendiendo a los datos extraídos de las intervenciones de prevención analizadas hasta la fecha en ensayos aleatorios controlados, el tratamiento del VIH ha demostrado ser, con diferencia, el que más repercute en la incidencia del VIH (Fig. 3)⁵. Los resultados provisionales del estudio PARTNER indican que, en 767

parejas serodiscordantes, tras haber mantenido un número aproximado de 40.000 relaciones sexuales, no se ha dado ningún caso de transmisión del VIH cuando la persona que vive con el VIH tiene supresión viral⁶. Al tratarse de una herramienta de prevención, el tratamiento del VIH se debe considerar una pieza clave de una combinación de enfoques empíricos (conocidos como "prevención combinada").

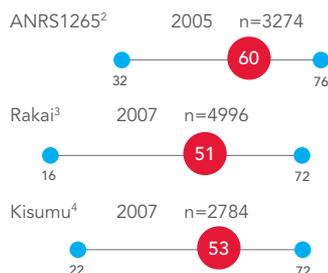
Fig. 3

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES BIOMÉDICAS DE PREVENCIÓN DISPONIBLES OBTENIDA A PARTIR DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIOS. MODIFICADO CON PERMISO DE MARRAZZO ET AL, JAMA, EN PUBLICACIÓN, 2014*

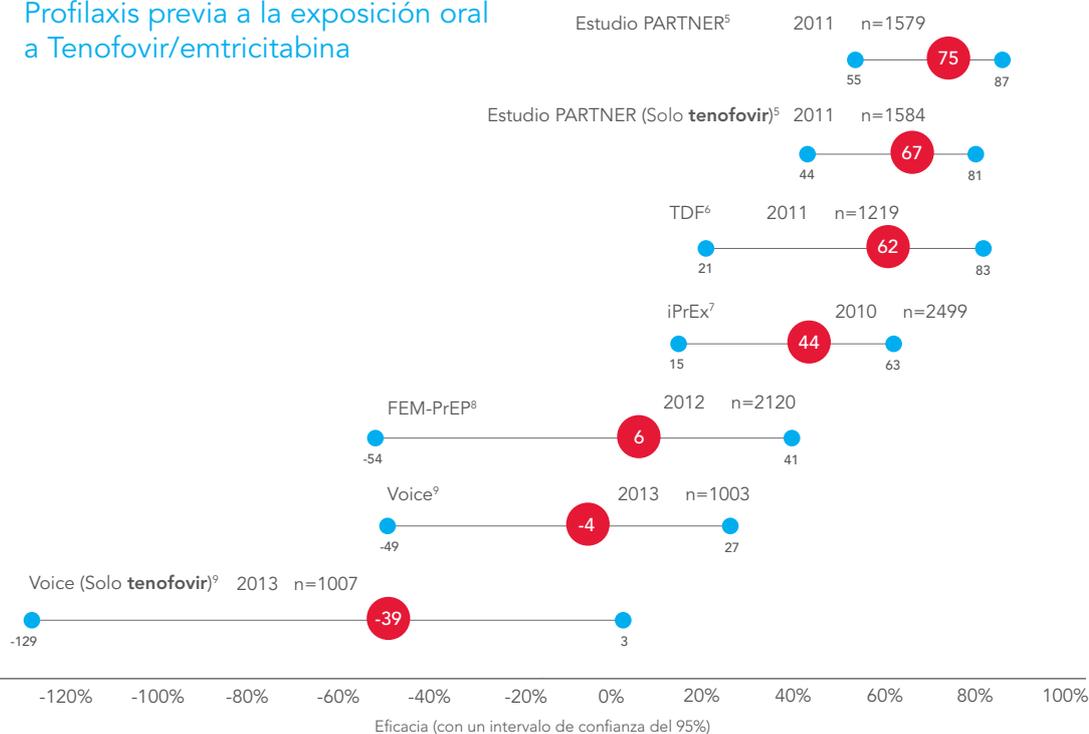
Terapia antirretrovírica inmediata para las parejas de las personas seropositivas



Circuncisión masculina bajo supervisión médica



Profilaxis previa a la exposición oral a Tenofovir/emtricitabina



Fuentes: 1. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, et al. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med, 2011;365:493–505. DOI:10.1056/NEJMoa1105243 2. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, Sobngwi-Tambekou J, Sitta R, et al. (2005). Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. PLoS Med 2(11):e298. DOI:10.1371/journal.pmed.0020298. 3. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. The Lancet, 369(9562): 657–666, 24. Febrero de 2007. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60313-4. 4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, Agot K, Maclean I, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. The Lancet, 369(9562):643–656, 24 de febrero de 2007. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60312-2. 5. Baeten JM, D. Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. N Engl J Med 2012;367:399–410. DOI:10.1056/NEJMoa1108524. 6. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, et al. Antiretroviral Pre-exposure Prophylaxis for Heterosexual HIV Transmission in Botswana. N Engl J Med 2012;367:423-34. DOI:10.1056/NEJMoa1110711. 7. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. N Engl J Med 2010;363:2587-99. DOI:10.1056/NEJMoa1011205. 8. Van Damme L, Corneli A, Ahmed K, Agot K, Lombaard J, et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Infection among African Women (FEM-PrEP). N Engl J Med 2012;367:411-22. DOI:10.1056/NEJMoa1202614. 9. J. Marrazzo, G Ramjee, G Nair, et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV in women: daily oral tenofovir, oral tenofovir/emtricitabine or vaginal tenofovir gel in the VOICE study (MTN 003). 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta, GA, March 3-6, 2013. Abstract 26LB.

Los beneficios preventivos del tratamiento del VIH resultan evidentes a nivel de la población. En KwaZulu-Natal (Sudáfrica), se ha descubierto que cada incremento del 1% en la cobertura del VIH conlleva una reducción del 1,1% en la incidencia del VIH⁷. Estos hallazgos son similares a los realizados en la provincia canadiense de Columbia Británica, donde cada aumento del 1% en el número de personas con supresión viral se ha asociado a una reducción del 1,2% en la incidencia estimada del VIH⁸. Aunque es probable que los efectos preventivos del tratamiento del VIH varíen según la fase y la naturaleza de la epidemia y cabe la posibilidad de que no se prolonguen indefinidamente de manera lineal, hay datos que ponen de manifiesto que la ampliación del tratamiento genera importantes beneficios a nivel de la población. El tratamiento del VIH es, en resumen, una piedra angular en la prevención combinada del VIH.

El tratamiento del VIH supone un ahorro económico

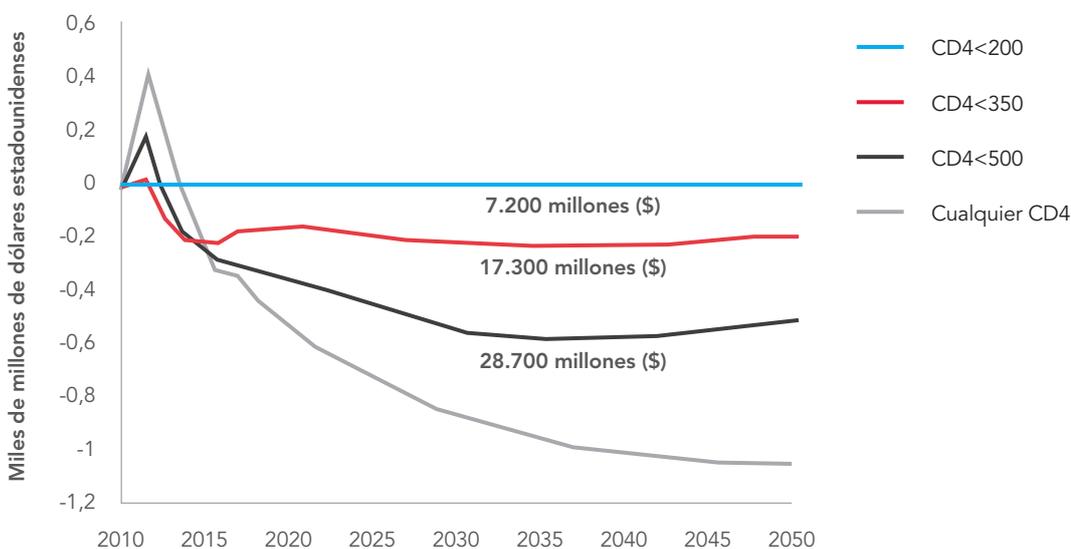
El inicio temprano del tratamiento aumenta los beneficios tanto sanitarios como económicos. En Sudáfrica, por ejemplo, todos los supuestos de ampliación que toman como referencia umbrales más elevados de linfocitos CD4 para iniciar el tratamiento han sido estimados por modelos para generar simultáneamente beneficios sanitarios y

económicos. Sin embargo, los beneficios más sustanciales se producen cuando el tratamiento está disponible para todas las personas que viven con el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4 (Fig. 4). Se prevé que una ampliación rápida del tratamiento del VIH a todas las personas que viven con el virus evitará 3,3 millones de nuevas infecciones por el VIH en Sudáfrica hasta 2050 y ahorrará 30.000 millones de dólares estadounidenses⁹.

Según otro ejercicio de modelización, invertir en la ampliación del tratamiento del VIH genera beneficios de más del doble si se tienen en cuenta los gastos médicos y el cuidado de huérfanos que se evitan, así como las mejoras en la productividad laboral¹⁰. Además, no habrá que esperar durante décadas para ver los beneficios económicos de las primeras inversiones en una ampliación rápida del tratamiento. En algunos países, se advertiría de inmediato el ahorro procedente de invertir en la ampliación del tratamiento del VIH¹¹, mientras que, en aquellos países con una prevalencia elevada del VIH, el ahorro real de los costes emergería algo más tarde. No obstante, en Sudáfrica, donde hay más personas que viven con el VIH que en ningún otro país, las estimaciones indican que se alcanzaría un punto de equilibrio dentro de una década, tras haber ampliado el tratamiento a todas las personas sin tener en cuenta el recuento de linfocitos CD4^{12,13}.

Fig. 4

AMPLIAR EL ACCESO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO ES UNA INVERSIÓN INTELIGENTE: EL CASO DE SUDÁFRICA



Fuente: Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. PLoS ONE, 2012, 7:e30216.

El tratamiento del VIH y la era post-2015: las decisiones a las que se enfrenta el mundo

Cuando se acerca la fecha límite para cumplir los

objetivos de 2015 y el mundo estudia una serie de parámetros de referencia para guiar e impulsar el progreso más allá de esa fecha, se abren varias vías posibles con respecto a la ampliación del tratamiento (Fig. 5):

Fig. 5

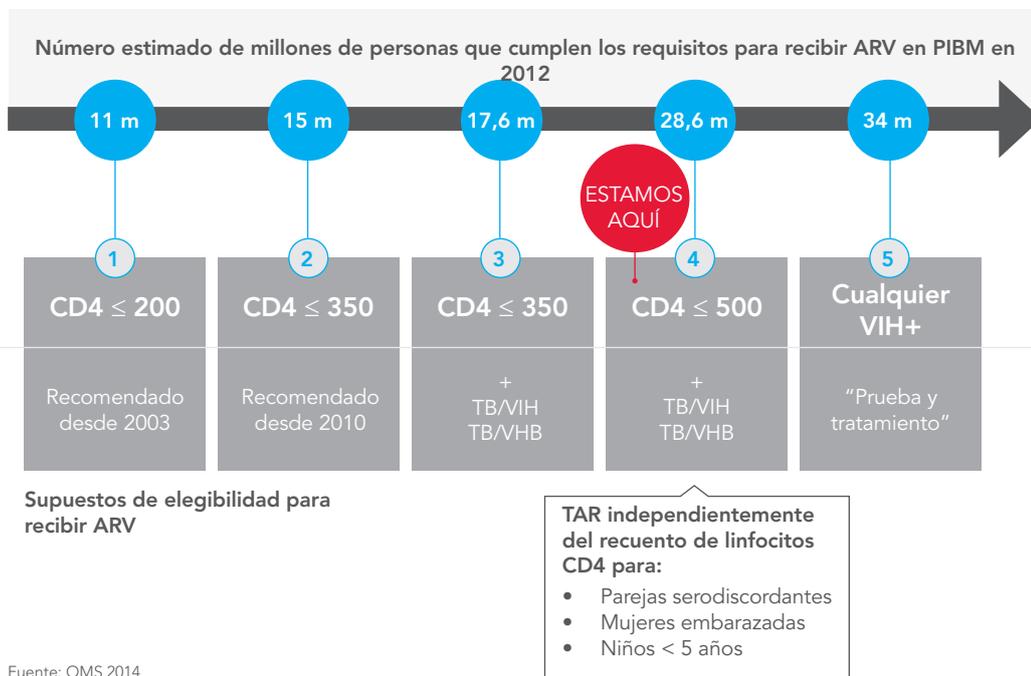
LAS OPCIONES



- Mantener el statu quo: una opción sería continuar en la situación actual, manteniendo, en efecto, los niveles de cobertura del tratamiento alcanzados hasta el momento pero dejando de invertir en una mayor ampliación del acceso al tratamiento. El mantenimiento del statu quo estaría relacionado con la falta prolongada de abastecimiento de medicamentos así como con una cobertura extremadamente baja en varios países con carga elevada de VIH, como Nigeria, la Federación de Rusia y la República Democrática del Congo. Este enfoque conduciría a un incremento progresivo de la carga mundial de sida, lo que atenuaría o anularía por completo los logros conseguidos hasta la fecha.
- Continuar la ampliación al ritmo actual: si se continuara invirtiendo en programas de tratamiento, la cobertura del mismo seguiría aumentando de manera constante en estas circunstancias. Con el paso del tiempo, no obstante, proseguir con las estrategias actuales de ampliación produciría, probablemente, cada vez menos resultados, puesto que se requerirán mayores esfuerzos para conectar a las poblaciones de más difícil acceso con los servicios de pruebas y tratamiento. En estas circunstancias, el objetivo de acceso universal no se habría alcanzado aún en 2030 en el caso de los niños y de las poblaciones clave, así como de las docenas de países en los que la cobertura del tratamiento del VIH se mantiene en niveles bajos.
- Intensificar la ampliación con arreglo a las directrices de la OMS de 2013: una aplicación rápida de las directrices de 2013, que afectaría también a adolescentes y poblaciones clave, reforzaría considerablemente los planes de tratamiento a escala mundial, ya que se estima que un 85% de las personas que viven con el VIH son candidatas a someterse al tratamiento según las recomendaciones actuales de la OMS. Sin embargo, millones de personas que viven con el VIH y cuyo recuento de linfocitos CD4 está por encima de 500 quedarían excluidas de los requisitos para recibir de inmediato el tratamiento; entre ellas, muchos miembros de poblaciones clave.
- Ampliar rápidamente el tratamiento a todas las personas que viven con el VIH independientemente del recuento de linfocitos CD4: este supuesto insta a que los países tomen como denominador para la cobertura del tratamiento al total de personas que viven con el VIH. Existe una clara tendencia a iniciar el tratamiento del VIH cada vez más temprano, además de que las directrices nacionales de más de una docena de países o bien instan a ello específicamente o bien permiten iniciar la terapia antirretrovírica con independencia del recuento de linfocitos CD4. Teniendo esto presente, este supuesto parte de que las directrices internacionales podrán recomendar ocasionalmente a todas las personas que viven con el VIH un planteamiento prueba-suministro voluntario y basado en los derechos humanos (Fig. 6).

Fig. 6

SUPUESTOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO: LA VISIÓN DE LA OMS



Fuente: OMS 2014

Informe sobre el estado de la ampliación del tratamiento del VIH

Actualmente, el mundo va camino de alcanzar su objetivo de suministrar el tratamiento del VIH a al menos 15 millones de personas para 2015. En diciembre de 2013, casi 12,9 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Se trata de un logro extraordinario que debería inspirar a la comunidad mundial cuando está dando inicio la planificación del periodo que seguirá a 2015. La capacidad de los países para superar grandes retos en lo que a la ampliación del tratamiento se refiere permite ahora a la comunidad mundial ser testigo de un acontecimiento que en otro momento resultaba casi inimaginable: el fin de la epidemia de sida.

Sin embargo, aunque los logros alcanzados hasta la fecha por algunos países son cuando menos históricos, todavía queda por delante la mayor parte de los esfuerzos destinados a hacer llegar el tratamiento del VIH a aquellas personas que lo necesitan. En diciembre de 2013, solo el 37% de las personas que viven con el VIH estaba

recibiendo el tratamiento, lo que significa que más de 22 millones se vieron privadas del mismo. Es probable que, en muchos países, las personas que ya están recibiendo el tratamiento sean aquellas a las que más fácil resulta llegar, lo que sugiere que el camino hacia el acceso universal traerá consigo importantes desafíos.

El progreso a escala mundial en la ampliación del tratamiento del VIH enmascara asimismo una variación considerable en el acceso a los servicios de tratamiento que salva la vida. En efecto, existen diferencias notables en la cobertura del tratamiento tanto dentro de una misma región como entre regiones distintas; en el continente africano, por ejemplo, la cobertura del tratamiento en 2013 osciló de un 41% en África oriental y meridional a un 19% en África septentrional (Fig. 8). Fuera de África, desde 2005 se han producido pocos o muy escasos avances a nivel regional en la reducción de las muertes relacionadas con el sida en Oriente Medio, Europa oriental, Asia central y algunos países asiáticos como consecuencia de una falta de adecuación persistente en la cobertura del tratamiento.

Fig. 7

COBERTURA TOTAL DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO POR REGIONES EN 2013

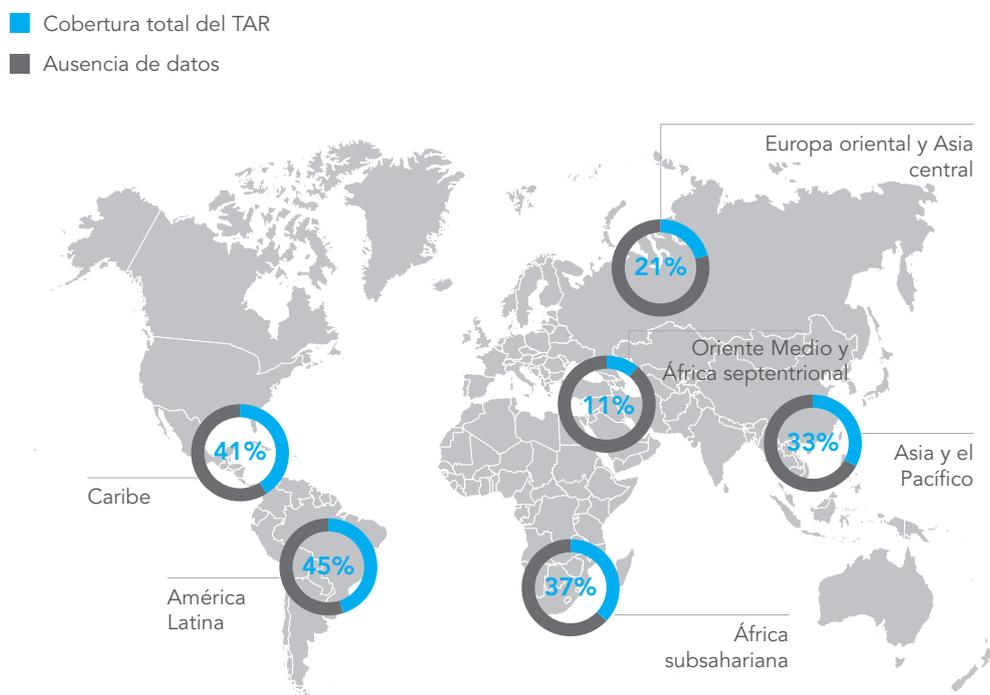
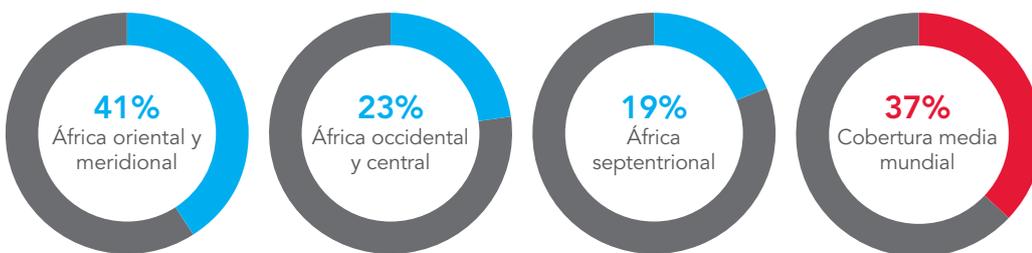


Fig. 8

LA COBERTURA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO VARÍA DENTRO DE ÁFRICA



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA, 2013.

En 2013, aunque al 37% de los adultos que viven con el VIH en todo el mundo se le suministró terapia antirretrovírica, solo el 24% de los niños que viven con el VIH pudo recibir el tratamiento. Dado que los niños que contraen el VIH tienen un 50% de probabilidades de morir antes de cumplir los dos años si no

reciben tratamiento¹⁴, el fracaso generalizado a la hora de emplear las herramientas terapéuticas y de diagnóstico que están a nuestro alcance supone una deficiencia profunda e intolerable en la respuesta al sida. Se estima que 190.000 niños murieron en 2013 por causas relacionadas con el sida.

90-90-90: UN NUEVO INFORME SOBRE EL TRATAMIENTO DEL VIH QUE SIENTA LAS BASES PARA PONER FIN A LA EPIDEMIA DE SIDA

Desde que el objetivo actual de alcanzar los 15 millones de personas con tratamiento para 2015 fue aprobado en la Reunión de alto nivel sobre el sida del año 2011, la aparición de pruebas contundentes relativas a los beneficios preventivos y terapéuticos del tratamiento temprano ha transformado la comprensión de los enfoques de tratamiento óptimos. La experiencia acumulada en programación (en particular, las pruebas que reflejan una pérdida de observancia por parte de los pacientes a lo largo de la cascada de tratamiento) también ha transformado las perspectivas sobre el tratamiento del VIH, haciendo hincapié en el papel fundamental que desempeña la calidad del servicio a la hora de fomentar el potencial sanitario de la terapia antirretrovírica, y reforzando la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos. Estas pruebas, procedentes de ensayos clínicos y de numerosas experiencias nacionales, dieron por completo la razón a los llamamientos que, ya en 2006, realizaron algunos destacados expertos para aprovechar los beneficios preventivos del tratamiento del VIH¹⁵.

Cada vez está más claro que el mundo necesita un nuevo informe sobre el tratamiento del VIH que se fundamente en pruebas y que refleje de forma efectiva cómo han aumentado los conocimientos en esta materia. El nuevo objetivo de tratamiento 90-90-90 refleja cambios esenciales en el paradigma de ampliación del tratamiento:

- En vez de centrarse en una única cifra (la que representa las personas que reciben el tratamiento del VIH), el nuevo objetivo reconoce la necesidad de prestar más atención a *la calidad y los resultados* de la terapia antirretrovírica a medida que se amplían los servicios de tratamiento. Estos nuevos objetivos abordan el progreso a lo largo de la cascada del compromiso de atención al VIH, calculando hasta qué punto los programas cumplen la meta de la supresión viral.
- A diferencia de los objetivos anteriores, que se centraban exclusivamente en la morbilidad directa y en la reducción de la mortalidad a través de la ampliación del tratamiento, el nuevo objetivo incluye los *beneficios tanto terapéuticos como preventivos* del tratamiento del VIH. Como refleja el nuevo objetivo, se requieren esfuerzos para explicar a los individuos, a las comunidades, a los responsables de la toma de decisiones y a la sociedad en general que la terapia antirretrovírica no solo mantiene con vida a las personas, sino que además evita la futura transmisión del virus.
- El nuevo objetivo da prioridad a la *igualdad*. El mundo no podrá acabar con la epidemia de sida a no ser que *todas* las comunidades afectadas por el VIH tengan un acceso total y equitativo a un tratamiento que salva la vida y a otros servicios de prevención. En particular, el ambicioso objetivo 90-90-90 exige avances significativos para cerrar la brecha de tratamiento en el caso de niños, adolescentes y poblaciones clave a través del uso de estrategias basadas en los derechos humanos.
- El nuevo objetivo hace hincapié en *la velocidad* de la ampliación y del inicio temprano del tratamiento del VIH de una manera acorde con los derechos humanos. Una ampliación más temprana permite que la respuesta comience a superar a la propia epidemia y aumenta el ahorro económico a largo plazo. A fin de alcanzar el objetivo de acabar con la epidemia de sida para 2030, habrá que acelerar la ampliación para 2020.

POR QUÉ SE NECESITA UN NUEVO OBJETIVO DE TRATAMIENTO

Se necesita urgentemente un nuevo objetivo de tratamiento para acelerar el progreso y terminar con la epidemia de sida en la era post-2015.

- *Los objetivos impulsan el progreso.* Muchos se mostraron escépticos cuando en 2003 algunos países adoptaron la iniciativa “3 millones para 2005”, y también después, en 2011, cuando el mundo se comprometió a ofrecer el tratamiento del VIH a 15 millones de personas para el año 2015. Aún así, la existencia de estos objetivos ayudó a concentrar la determinación mundial e impulsó una ampliación sin precedentes del acceso al tratamiento. A pesar de estos grandes éxitos, más del 60% de las personas que viven con el VIH carecían de tratamiento en diciembre de 2013, lo que subraya la necesidad de intensificar los esfuerzos para ofrecer el tratamiento del VIH a todos aquellos que lo necesitan. Establecer un nuevo objetivo es vital para renovar la determinación mundial de cerrar la brecha en el acceso al tratamiento.
- *Se necesita un nuevo objetivo para 2020 que guíe la acción más allá de 2015.* Aunque todavía falta mucho para que la epidemia desaparezca, no se ha establecido ningún objetivo que esté destinado a la ampliación del tratamiento después de diciembre de 2015. Para acabar con la epidemia habrá que fijar nuevos hitos que guíen y aceleren el progreso en la era post-2015.
- *Los objetivos promueven la responsabilidad.* Un objetivo claramente definido permite a las diversas partes interesadas identificar sus respectivos roles y responsabilidades y evaluar los déficits de manera crítica con el fin de acelerar el avance hacia los parámetros de referencia acordados. Los informes de progreso que se publicaron de forma

periódica en el marco de la iniciativa “3 millones para 2005” instaban, por ejemplo, a las partes interesadas a eliminar las barreras que frenaban la ampliación hacia el objetivo de 2005, entre las que se encuentran la debilidad de los sistemas de adquisición y gestión de suministros, la escasez de recursos humanos y el elevado coste de los medicamentos antirretrovíricos. Un nuevo objetivo basado en un nuevo conocimiento científico y en los resultados de la implementación ayudará a impulsar el progreso a la hora de abordar los retos persistentes. Entre estos se encuentran la pérdida de observancia por parte de los pacientes a lo largo del proceso de atención continuada y las intolerables deficiencias de acceso que todavía experimentan niños, poblaciones clave y otros grupos.

- *Un nuevo y ambicioso objetivo subraya que es posible poner fin a la epidemia de sida.* Anteriormente, aunque los objetivos de tratamiento reflejaban las últimas directrices relativas a este último, eran entendidos como un paso transitorio en el largo proceso de ampliación del acceso al tratamiento del VIH en aquellos contextos en los que los recursos disponibles son limitados. Hoy en día, sin embargo, puesto que ya se conoce mucho mejor todo el potencial de las herramientas disponibles, es necesario establecer medidas específicas que permitan alcanzar el último objetivo de la respuesta al sida: salvar vidas y hacer que la transmisión del VIH sea un acontecimiento inusual para poner fin así a la epidemia de sida. La firme aceptación de este reto demuestra al mundo que acabar con la epidemia de sida es posible, y ello supondrá no solo un colofón a esta larga lucha de respuesta al sida, sino también una fuente de inspiración para los sectores de la sanidad mundial y del desarrollo internacional.

CONVERTIR 90-90-90 EN UNA REALIDAD PARA TODOS LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

El objetivo 90-90-90 es ambicioso en cualquier contexto y para cualquier grupo de población. Para algunos, sin embargo, será necesario establecer medidas específicas con el fin de superar los obstáculos que impiden la ampliación

del tratamiento. Esto es especialmente cierto en el caso de los grupos de población que actualmente se están quedando atrás en la respuesta al sida.

Poblaciones clave

En 2014, el *Informe de déficits y diferencias (Gap Report)* publicado por ONUSIDA puso de manifiesto las formas en las que muchos grupos de población se están quedando atrás. Al estar expuestas a un riesgo y una vulnerabilidad desproporcionados, las poblaciones clave exigen una respuesta prioritaria basada en los derechos humanos. Sin embargo, debido a la persistencia del estigma, la discriminación y la exclusión social, los miembros de poblaciones clave sufren un acceso desigual a los servicios de atención y no obtienen resultados óptimos en materia de salud. Los objetivos 90-90-90 no se pueden alcanzar si no se superan los muchos factores que socavan la eficacia de la respuesta en el caso de las poblaciones clave.

En todo el mundo, la carga de epidemia entre estos grupos de población es normalmente mucho más elevada que entre los adultos en su conjunto. En 74 países que en el año 2014 presentaron a ONUSIDA datos pertinentes de la prevalencia del VIH, las personas que se inyectan droga tenían una probabilidad 28 veces mayor de vivir con el VIH que la población adulta en general¹⁶. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen una probabilidad 19 veces superior de vivir con el VIH que los hombres adultos en general¹⁷, mientras que la prevalencia del VIH entre las mujeres profesionales del sexo es 13,5 veces superior que entre las mujeres en su conjunto¹⁸. A nivel mundial, la prevalencia del VIH entre las mujeres transexuales es 49 veces mayor que la de todas las mujeres adultas en edad reproductiva¹⁹.

Aunque las poblaciones clave corren un riesgo mayor de adquirir el VIH, a menudo tienen menos probabilidades de acceder a los servicios relacionados con el virus. Por ejemplo, en muchos países, las cifras relativas a las pruebas del VIH y el acceso al tratamiento son considerablemente más bajas en el caso de las personas que se inyectan droga que en el de las demás personas que viven con el VIH²⁰. En una encuesta realizada a nivel mundial se comprobó que, en los países de ingresos bajos, solo el 14% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres afirmaba tener un acceso significativo a los servicios de tratamiento del VIH²¹.

En el entorno social más amplio, y especialmente en los entornos sanitarios, el estigma y la discriminación impiden que

muchos miembros de poblaciones clave conozcan su estado serológico o accedan a los servicios de prevención y tratamiento que salvan la vida. Según las encuestas realizadas para el Índice de estigma en personas que viven con el VIH, los miembros de las poblaciones clave a menudo sufren desaprobación y rechazo y no reciben servicios óptimos en los entornos sanitarios. Las personas transexuales a menudo se enfrentan a actitudes hostiles, sentenciosas o desdeñosas cuando intentan acceder a los servicios sanitarios²². En Bangkok, el 25% de los usuarios de drogas encuestados reconocieron que evitaban la atención sanitaria porque tenían miedo de que se les impusiera un tratamiento obligatorio²³. De forma similar, en la encuesta mundial mencionada anteriormente, realizada a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se observó que la homofobia era el factor más importante en lo que se refiere a la reducción del uso de la atención sanitaria en el caso de esta población²¹.

La exclusión de poblaciones clave está a menudo institucionalizada en leyes nacionales y marcos normativos. El comercio sexual y el uso de drogas están penalizados en todo el mundo y la detención obligatoria es una práctica habitual en muchos países; en 78 estados, el sexo entre personas del mismo sexo está penalizado. Las personas transexuales normalmente tienen que luchar por que su identidad de género sea reconocida legalmente o para conseguir protección contra la violencia y la discriminación laboral¹⁶.

Los efectos dañinos de estos marcos políticos discriminatorios son evidentes. En países donde existen graves epidemias impulsadas por el consumo de drogas inyectables, la prohibición de utilizar la terapia de sustitución de opiáceos a menudo socava la capacidad para responder de forma efectiva al VIH. Asimismo, la promulgación de leyes contra la homosexualidad puede desencadenar malos tratos y violencia contra los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, un clima que es fundamentalmente incompatible con la capacitación de la comunidad, la provisión estable de servicios y el desarrollo de una relación de confianza y respeto mutuo entre los individuos y los proveedores de atención sanitaria.

La relación entre las leyes punitivas y los pobres resultados sanitarios en el caso de las poblaciones clave se hace muy evidente en Asia y el Pacífico. En esta región, 37 países penalizan

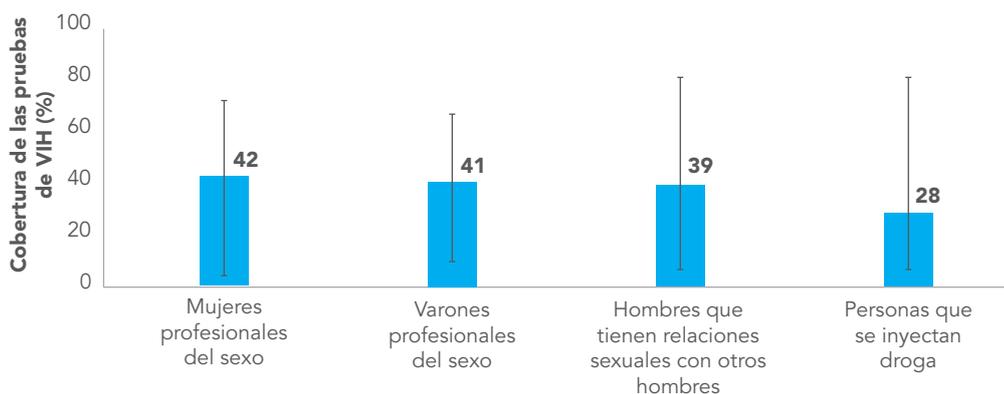
algún aspecto del comercio sexual, 11 tienen centros de detención obligatoria para usuarios de drogas, 16 estipulan la pena de muerte para los delitos relacionados con las drogas y 19 criminalizan las relaciones homosexuales. En una región en la que la epidemia se concentra en las poblaciones clave, estos enfoques

punitivos coinciden con unos resultados notablemente inadecuados en el caso de los grupos más afectados. Menos de la mitad de las personas que viven con el VIH entre las poblaciones clave de la región conocen su estado serológico (Fig. 9).

Fig. 9

ASIA Y EL PACÍFICO: MENOS DE LA MITAD DE LAS POBLACIONES CLAVE CONOCE SU ESTADO SEROLÓGICO

La cobertura de las pruebas de VIH dentro de las poblaciones clave, mediana regional, 2017-2012



Fuente: Informes de progreso de los países recopilados por ONUSIDA, 2007-2012.

Eliminar las leyes y reglamentos que suponen una barrera para las pruebas y tratamientos del VIH entre las poblaciones clave es algo esencial para poder alcanzar el objetivo 90-90-90. Un reciente análisis llevado a cabo por un equipo de expertos sanitarios determinó que la despenalización de los trabajadores sexuales reduciría entre un 33 y un 46% el número de infecciones de VIH dentro de este grupo de población a lo largo de la próxima década²⁴.

En muchas partes del mundo, alcanzar el objetivo 90-90-90 dentro de las poblaciones clave no será posible si solo se presta atención a los sistemas de servicios convencionales. Para alcanzar nuestros objetivos relativos al tratamiento dentro de las poblaciones clave se necesitarán estrategias y planteamientos hechos a medida y desarrollados en colaboración con esos mismos grupos de población. También será preciso invertir en infraestructuras comunitarias.

Adolescentes

A pesar de que el número anual de muertes relacionadas con el sida descendió un 35% entre 2005 y 2013, las muertes de adolescentes (entre 10 y 19 años) que viven con el VIH han aumentado considerablemente, alrededor del 50% entre 2005 y 2012. En la era del tratamiento antirretrovírico, el sida continúa siendo la

segunda causa de muerte entre los adolescentes de todo el mundo y la primera causa de muerte entre los adolescentes del África subsahariana²⁵.

Una consulta a escala mundial convocada por ONUSIDA acerca del reto de tratamiento para adolescentes probó que los adolescentes que viven con el VIH se enfrentan a numerosos obstáculos para disponer de acceso significativo al tratamiento y obtener resultados de salud favorables. Entre estos retos se encuentran el estigma, la discriminación y determinadas leyes y políticas, incluidas aquellas relativas a los permisos parentales que limitan la capacidad de la gente joven para acceder de forma independiente a las pruebas de VIH y a otros servicios sanitarios. Al igual que los adultos y los niños, los adolescentes suelen tener problemas con la vinculación y la retención asistenciales, particularmente durante la transición entre los servicios pediátricos y la atención médica para adultos. En muchas ocasiones, la gente joven no tiene acceso a la educación sexual y dispone de muy poca información sobre salud sexual y reproductiva y sobre los derechos asociados con ella. Muchos adolescentes que viven con el VIH temen que se revele su estado serológico, en parte porque a menudo se los deja solos ante los problemas que supone vivir con el VIH siendo jóvenes.

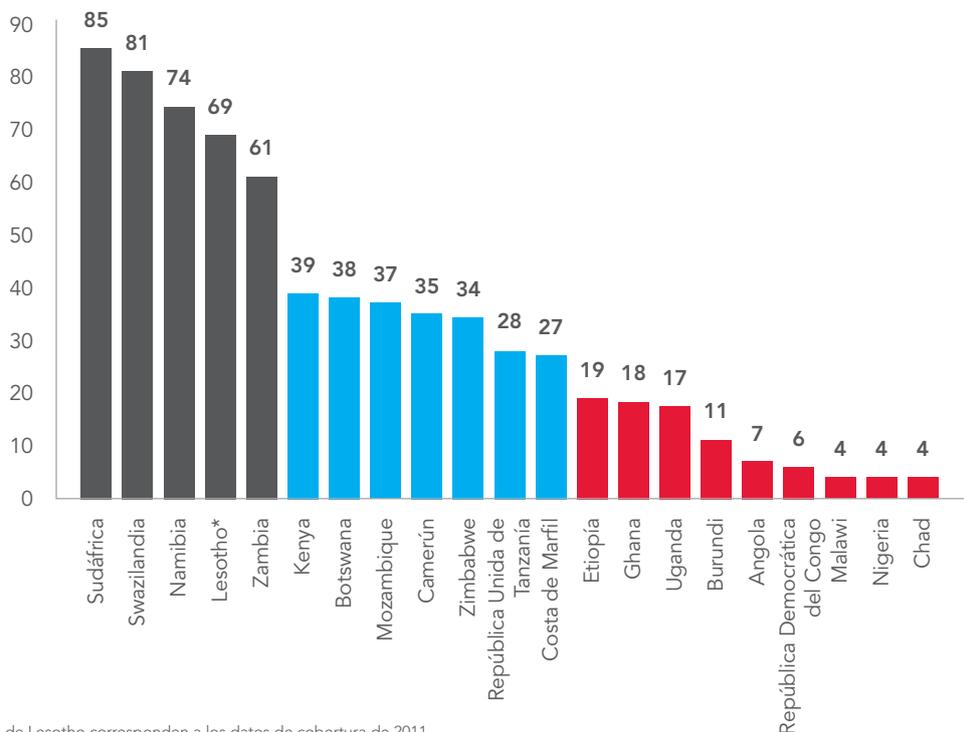
La consulta a escala mundial acerca de la disponibilidad de tratamiento para adolescentes ha dado lugar a muchas iniciativas de acción que se concentran en nuevos objetivos de tratamiento. Tales iniciativas incluyen la recolección de datos e informes desglosados por edad, así como el desarrollo de una serie de estrategias de vigilancia sólidas que registren tendencias y resultados entre niños y adolescentes. Se acordó la conveniencia de un nuevo movimiento que se ocupe de las necesidades de la población joven en relación con el tratamiento del VIH y que fomente el compromiso de los jóvenes como líderes del tratamiento. La consulta también concretó una serie de pasos específicos para aumentar el número de jóvenes con acceso a pruebas de VIH, ampliar las opciones de tratamiento para adolescentes, adaptar los sistemas sanitarios a las necesidades de este grupo de población, movilizar el apoyo social y empoderar a la población joven.

Niños

En junio de 2014, ONUSIDA, la OMS, la Fundación Elizabeth Glaser para el sida pediátrico (EGPAF) y UNICEF convocaron una consulta a escala mundial con el objetivo de discutir objetivos de tratamiento operativos para niños a partir del año 2015. A pesar de que se han conseguido avances históricos en la prevención de la transmisión del VIH entre niños, la crisis del tratamiento infantil no desaparecerá, ya que los niños infectados (que solo en 2013 rondan los 240.000) han de sobrevivir 15 años antes de alcanzar la edad adulta, siempre y cuando superen sus primeros años de vida. Sin acceso al tratamiento oportuno, la mitad de los niños que viven con el VIH morirán antes de cumplir los dos años²⁶. Incluso con el continuo progreso que experimenta la prevención de la transmisión materno infantil, la OMS y UNICEF estiman que 1,9 millones de niños precisarán tratamiento en 2020.

Fig. 10

ACCESO A LAS PRUEBAS DEL VIRUS DEL VIH (DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN NIÑOS) 2012



*Los datos de Lesotho corresponden a los datos de cobertura de 2011

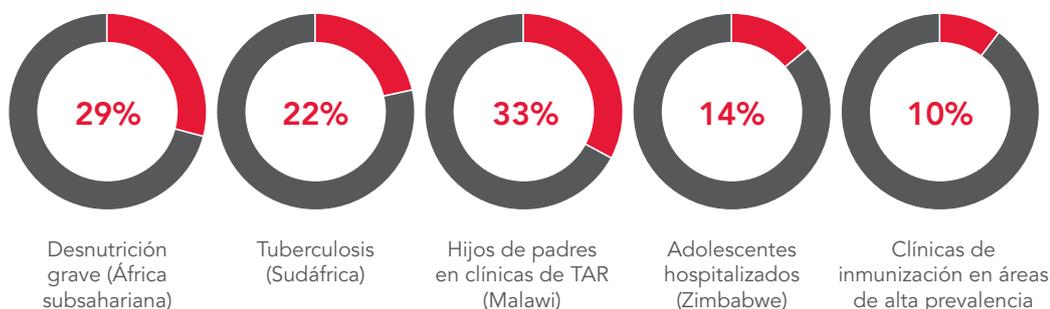
Fuente: Informe GARPR (ONUSIDA) de 2013 y Modelo de ONUSIDA acerca de las previsiones para el VIH y el sida en 2012 (espectro).

El diagnóstico temprano es esencial, ya que los máximos de mortalidad entre recién nacidos que contraen el VIH se alcanzan en un periodo de entre 2 y 3 meses. Sin embargo, tan solo el 40% de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH fueron diagnosticados a tiempo en 21 países

prioritarios a lo largo del año 2012 (Fig. 10). En cinco de estos países prioritarios (Angola, Chad, República Democrática del Congo, Malawi y Nigeria), menos de uno de cada diez niños que habían estado expuestos al virus del VIH accedieron a pruebas de diagnóstico temprano.

Fig. 11

LOCALIZAR A LOS NIÑOS: OPORTUNIDADES POTENCIALES PARA OFRECER PRUEBAS DEL VIH



Fuentes: Fergusson et al., 2008; Hesselning et al. 2009; Ferrand et al. 2010; Cohen et al. 2010.

Los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH que no disponen de acceso a servicios de diagnóstico para prevenir la transmisión materno infantil tampoco tienen la oportunidad de someterse a los programas de pruebas del VIH diseñados para la población infantil. Al pasarlos por alto, se ha desaprovechado una gran oportunidad, puesto que a menudo la prevalencia es elevada entre los niños atendidos en sistemas asistenciales diferentes (Fig. 11). Así por ejemplo, el 29% de los niños que padecen malnutrición en el África subsahariana vive con el VIH, lo que convierte los servicios de nutrición en un medio idóneo para detectar nuevos casos de infección y derivarlos al sistema de atención adecuado²⁷. Asimismo, el 22% de los niños que padecen tuberculosis en Sudáfrica vive con el VIH²⁸, lo que subraya la necesidad de aprovechar los sistemas de atención a la tuberculosis para ofrecer pruebas de VIH a niños.

Las opciones de tratamiento para aquellos niños a los que se les diagnostica a tiempo la infección por el VIH son limitadas. La mayor parte de los medicamentos antirretrovíricos que se emplean en el tratamiento de adultos no han sido aprobados para los niños²⁹. Los escasos medicamentos disponibles para tratar a niños muy pequeños suelen tener un sabor muy desagradable y exigen pautas de administración más complejas que en el caso de los adultos. Se requieren, pues, con urgencia dosis fijas específicas para el uso pediátrico que reduzcan la carga de medicación y faciliten la observancia del tratamiento. El seguimiento de los niños que se benefician de los servicios de tratamiento del VIH presenta carencias importantes, lo que

subraya la necesidad de intervenciones que permitan la retención en la atención³⁰.

La OMS lidera iniciativas a escala mundial para optimizar el tratamiento del VIH para niños. En colaboración con otros socios, la OMS ha marcado una serie de prioridades clave en materia de investigación y desarrollo, como la elaboración de combinaciones de dosis fijas adecuadas a la edad de los niños y el desarrollo prioritario de combinaciones de dosis fijas que incluyan nuevos medicamentos antirretrovíricos muy prometedores como el dolutegravir y el TAF³¹. Además, para contribuir a optimizar el tratamiento, la OMS recomienda una serie de pasos adicionales que incluyen mejorar la predicción de la demanda y compartir patentes a fin de que el acceso a los medicamentos pediátricos sea más asequible.

Conscientes de la urgencia de atender mejor las necesidades relacionadas con el tratamiento del VIH de los niños, las partes implicadas en la consulta mundial han promocionado con entusiasmo la estrategia 90-90-90 para la población infantil. Entre estas necesidades urgentes se incluye asegurar el acceso a pruebas y tratamiento del VIH para el 100% de los recién nacidos expuestos al VIH, un objetivo que ya se persigue actualmente. Se destacó la importancia de alcanzar el objetivo 90-90-90 en el caso de los niños lo antes posible y de seguir basándose en iniciativas relacionadas con el VIH y dirigidas a la población infantil, como el *Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*, el Equipo de Trabajo Interinstitucional para el Plan Mundial, y la Iniciativa del Doble Dividendo, en la que participan EGPAF, UNICEF y la OMS.

EL OBJETIVO 90-90-90 ES POSIBLE: LAS BASES DE NUEVOS OBJETIVOS ALCANZABLES

Un grupo asesor de ONUSIDA formado por expertos en el tratamiento mundial estableció el concepto original de los objetivos 90-90-90. La elaboración de estos objetivos se basó en logros documentados de programas nacionales y regionales llevados a cabo en diversas regiones del mundo.

A nivel nacional, se observa que cada vez más países o bien están en vías de alcanzar el objetivo

90-90-90 o bien se han acercado, han alcanzado o han superado uno o más de los elementos que conforman este objetivo. Lo necesario ahora mismo es establecer vínculos entre las lecciones que se han aprendido en todos y cada uno de los pasos de la cascada de tratamiento así como transferir a aquellos que todavía van por detrás las prácticas y los programas de los países con mejores resultados.

ALCANZAR EL OBJETIVO 1:

El 90% de las personas que viven con el VIH conocerán su estado serológico (90% de diagnosticados)

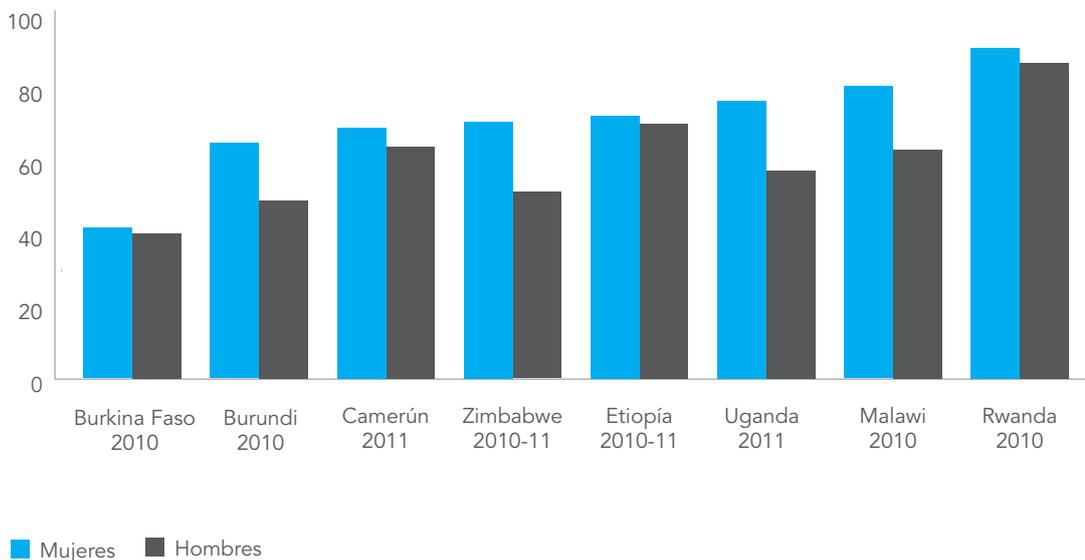
En África, varios países se están acercando o se encuentran a escasa distancia de alcanzar al menos un 90% de seropositivos que se han sometido a las pruebas como mínimo en una ocasión (Fig. 12). A pesar de que estas cifras muestran una mejora significativa respecto a los primeros años, se estima que solo el 45% del total de personas que viven con el VIH en el África subsahariana conoce su estado serológico. La diferencia entre los resultados actuales y el objetivo del 90% subraya la necesidad de realizar pruebas más frecuentes y mejor orientadas y de estrategias aplicadas a los servicios de pruebas con el objetivo de asegurar que el número de personas que conocen su estado serológico alcance el 90%, cifra que incluye a los adolescentes, las poblaciones clave y otros grupos que se han quedado atrás.

Para aumentar significativamente el número de personas con VIH que conocen su estado serológico, será necesario ir más allá del enfoque pasivo de las pruebas del VIH, ya que este último presupone que las personas se darán cuenta del riesgo que corren y serán capaces de dar el paso y someterse a las

pruebas pertinentes por propia iniciativa, en muchas ocasiones sin haber recibido educación ni apoyo en el proceso. En relación con las pruebas del VIH, resulta esencial la puesta en marcha de más iniciativas proactivas basadas en derechos humanos. Entre ellas se encuentran la promoción en áreas geográficas y grupos de población clave, la inversión en estrategias que ayuden a aumentar la demanda de servicios de pruebas y la utilización de una mayor variedad de enfoques relacionados con las pruebas y el asesoramiento del VIH, incluidos los servicios de pruebas y asesoramiento ofrecidos por el proveedor, las pruebas de autodiagnóstico y los enfoques comunitarios. Los estudios llevados a cabo en Kenya y Uganda indican que incluir las pruebas del VIH en campañas sanitarias que abarcan más enfermedades ha contribuido ya a aumentar los niveles de cobertura de las pruebas hasta el 86% y el 72% respectivamente, a nivel de la población. Para que estas campañas tengan éxito, son esenciales elementos como unas consultas amplias a la comunidad, unas bases logísticas sólidas y unas técnicas publicitarias efectivas³².

Fig. 12

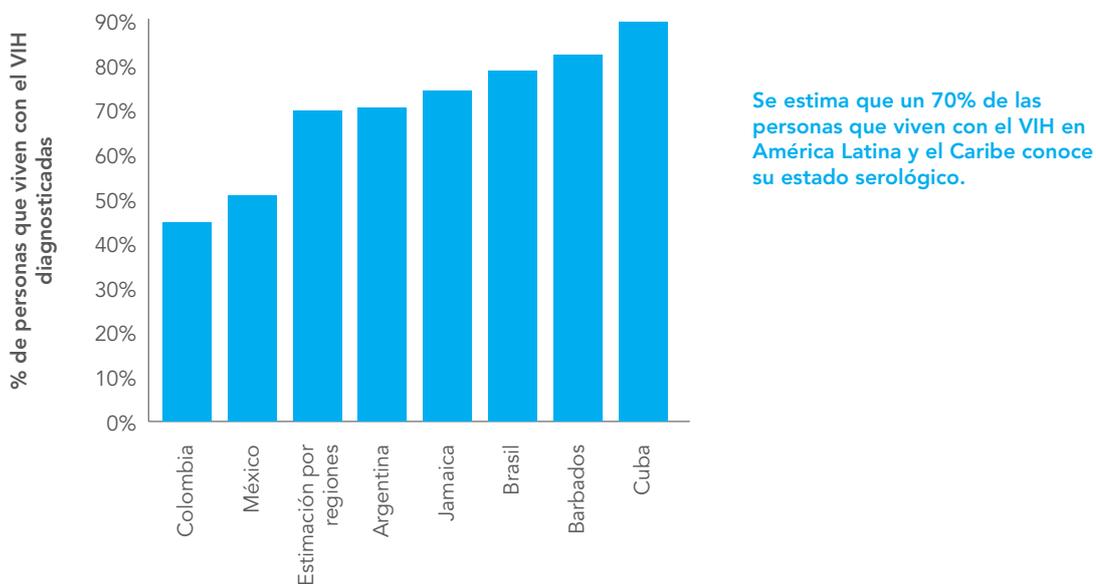
PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y QUE SE HAN SOMETIDO A PRUEBAS DEL VIH AL MENOS UNA VEZ



Fuente: Staveteig et al., 2013. Patrones demográficos del acceso a pruebas del VIH en el África subsahariana. Informe comparativo número 30 del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos. ICF International.

Fig. 13

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y ESTÁN AL TANTO DE SU ESTADO SEROLÓGICO, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Fuente: Datos de los ministerios de sanidad 2012-2013. El numerador procede de los datos de la vigilancia del VIH y representa el número de personas que han sido diagnosticadas con el VIH y aún están vivas. El denominador es el número estimado de personas que viven con el VIH. El valor de cobertura regional es la media ponderada para estos 7 países.

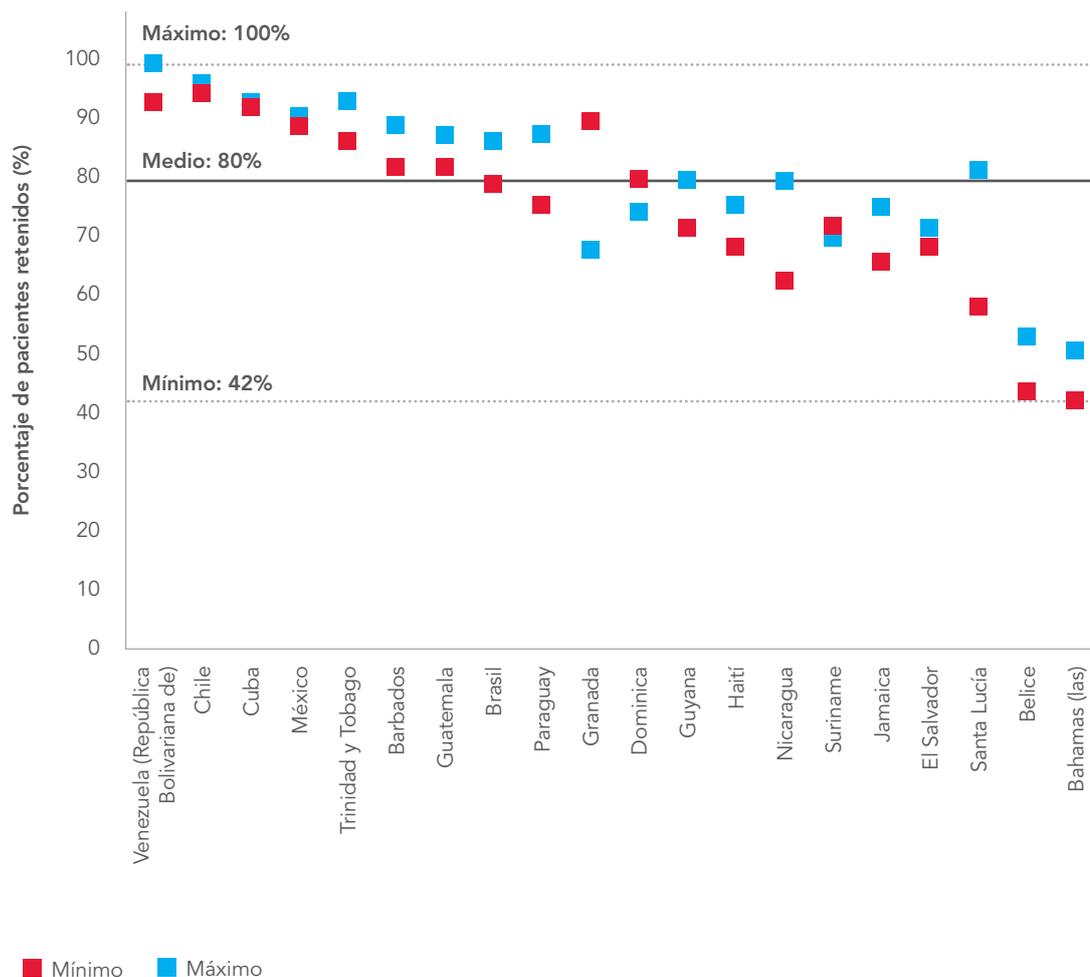
Fuera del África subsahariana, parece que muchos países van ya camino de conseguir que en el año 2020 el 90% de la población con VIH conozca su estado serológico. En Barbados, más del 90% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico, mientras que en Brasil al menos un 80% de las personas que viven con el VIH son conscientes de que están infectados³³. En conjunto, se estima que en América Latina y el Caribe un 70% de las personas que viven con el VIH ya han sido diagnosticadas (Fig. 13). En esta región, lugar de residencia de 1,75 millones de personas que viven con el VIH, las tendencias actuales indican que es completamente factible asegurar que el 90% de las personas que viven

con el VIH hayan sido diagnosticadas en 2020 de una forma acorde con los principios de los derechos humanos.

En Asia, existen pruebas igualmente alentadoras que indican que en algunos lugares se podrá alcanzar el objetivo del 90%. Por ejemplo, en el año 2012 se estimó que en Viet Nam un 79% de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico³⁴. En Estados Unidos, donde el bajo índice de personas infectadas que están al tanto de su situación ha supuesto un reto para la respuesta nacional del sida durante mucho tiempo, se estima que un 86% de las personas que viven con el VIH conoce ahora su estado serológico³⁵.

Fig. 14

RETENCIÓN EN EL TRATAMIENTO TRAS 12 Y 24 MESES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2013



Fuente: Informe GARPR (ONUSIDA) de 2013 y la OMS, informes de 2014 de acceso universal de los países.

ALCANZAR EL OBJETIVO 2:

El 90% del total de personas diagnosticadas con el VIH recibirá un tratamiento antirretrovírico continuado (90% en tratamiento del VIH)

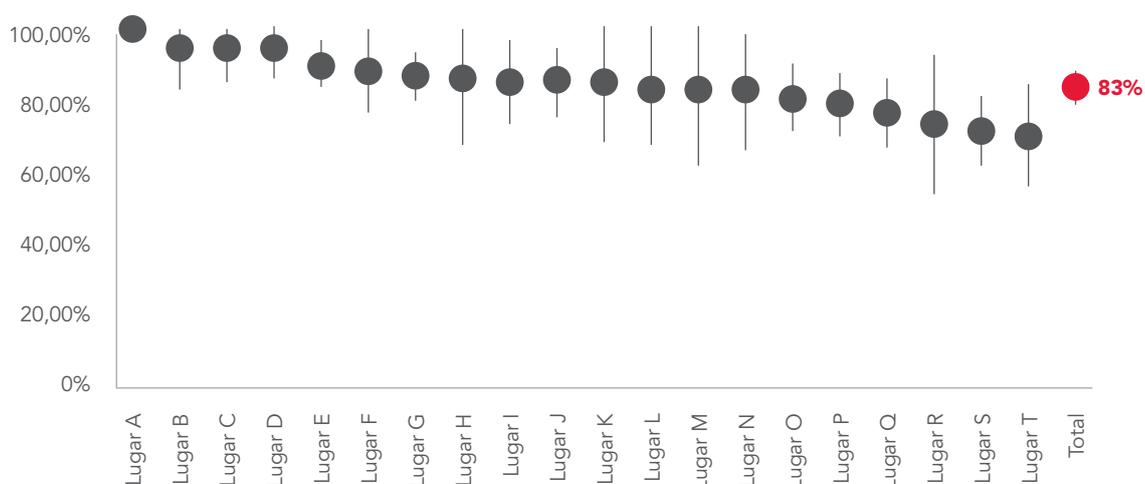
Los altos niveles de cobertura de tratamiento conseguidos a nivel regional y nacional en una gran variedad de zonas llevarán a estos entornos a alcanzar la segunda vertiente del objetivo 90-90-90, si el progreso continúa. En países tan diferentes como Botswana y Colombia, más del 70% de las personas diagnosticadas con el VIH recibe actualmente tratamiento antirretrovírico. En Brasil, más del 60% de las personas diagnosticadas con el VIH estaba recibiendo tratamiento antirretrovírico en 2013³⁶.

Será necesaria una acción estratégica para conseguir y mantener una cobertura elevada de tratamiento. Los países tendrán que adecuar las directrices nacionales de tratamiento en línea con los beneficios probados que tiene el inicio temprano del tratamiento, así como asegurar el uso de los regímenes optimizados preferidos. Recomendar el tratamiento

antirretrovírico a todas las personas diagnosticadas con el VIH sin el requisito de una prueba de linfocitos CD4 previa tiene el potencial de fomentar la aceptación del tratamiento y reducir el número de pacientes que se abandonarían posteriormente. Para conseguir y mantener niveles elevados de cobertura del tratamiento, los países tendrán que asegurar que el tratamiento y la atención del VIH, incluidas las pruebas de diagnóstico y otros aspectos relacionados con el tratamiento, se suministran gratuitamente. Además, los países también tendrán que abordar los problemas de implementación que a menudo han ralentizado la ampliación, como la falta de existencias de medicamentos, los obstáculos en la obtención de medicamentos y diagnósticos completamente asequibles y la falta de disponibilidad de regímenes de segunda y tercera línea.

Fig. 15

PROPORCIÓN (95% IC) DE PACIENTES CON UNA CARGA VIRAL INDETECTABLE EN UNA MUESTRA NACIONAL REPRESENTATIVA DE ADULTOS INFECTADOS CON EL VIH QUE ESTÁN RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO EN RWANDA

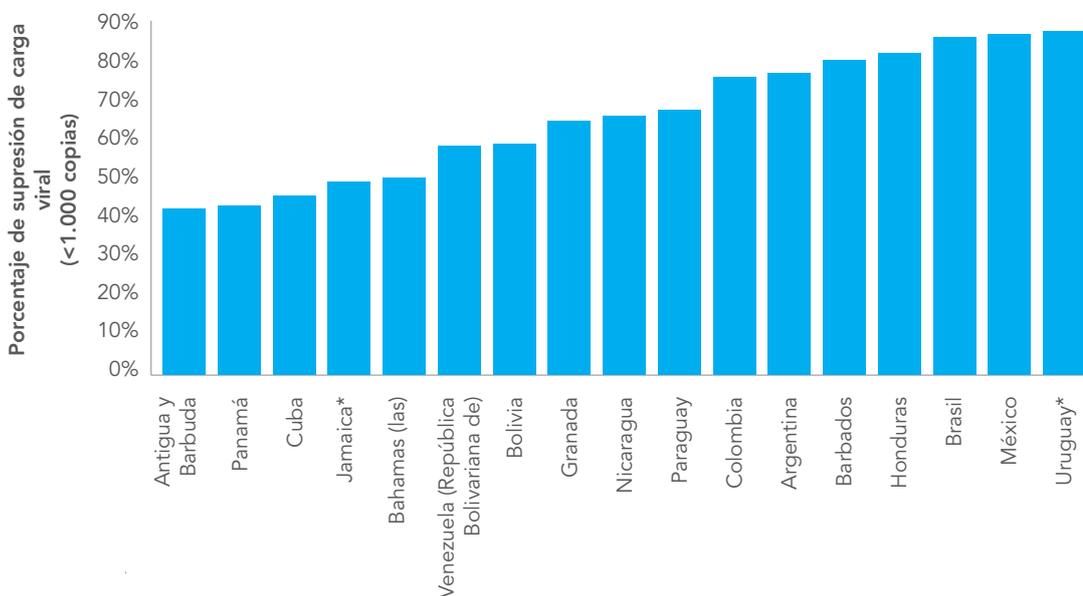


Fuente: Basinga P et al. (2013) PLoS

Fig. 16

PROPORCIÓN DE PERSONAS QUE ESTÁN RECIBIENDO TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO Y QUE TIENEN SUPRESIÓN VIRAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2013

Datos de 17 países que representan a 400.000 pacientes de la región en 2013



Fuente: OMS, Informes 2014 de acceso universal de los países (datos sin publicar).

* El número de Uruguay representa solo el 35% de pacientes que reciben tratamiento antirretrovírico. Datos de Jamaica de 2012.

ALCANZAR EL OBJETIVO 3:

El 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tendrá supresión viral (90% suprimido)

Hay países y programas que han logrado altos niveles de supresión viral, lo que demuestra que es viable llegar en 2020 a un 90% de supresión viral entre las personas que están recibiendo terapia antirretrovírica. Por ejemplo, a nivel nacional en Rwanda se observó que el 83% de las personas que recibían terapia antirretrovírica llegaron a la supresión viral tras 18 meses de tratamiento en los años 2008-2009 (Fig. 15)³⁷.

La experiencia demuestra que se pueden alcanzar altos niveles de supresión viral no solo en países y provincias aisladas, sino también en regiones enteras. Según los datos de 17 países en América Latina y el Caribe, el índice medio de supresión viral entre los receptores del tratamiento del VIH es del 66%, y más del 80% de las personas que reciben terapia antirretrovírica ha conseguido la supresión viral en al menos cinco países (Barbados, Brasil, Honduras, México y Uruguay) (Fig. 16).

Estos índices de supresión viral son sorprendentes y alentadores. No obstante, no registran la mortalidad relacionada con el sida o la pérdida del seguimiento, lo que hace hincapié en la necesidad esencial de intensificar los esfuerzos para asegurar una retención en la atención a largo plazo de aquellos que

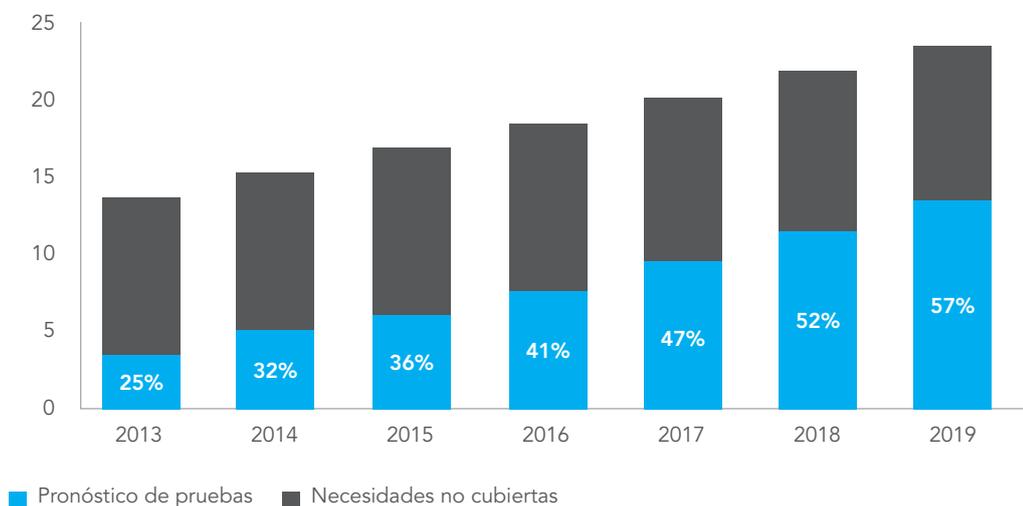
comienzan el tratamiento del VIH. De acuerdo con un enfoque de cascada, el tercer objetivo precisa de un uso continuo del tratamiento del VIH y de monitorización virológica regular para verificar el éxito del tratamiento y para intervenir apoyando su observancia, así como para volver a incluir a aquellos que han quedado fuera de la atención. A pesar de que la retención sigue suponiendo un gran reto, los países ya han demostrado la viabilidad de alcanzar índices elevados de retención. Así, en el conjunto de América Latina y el Caribe, la media de retención tras 24 meses era del 83% en 2013 (Fig. 14).

La puesta en práctica del tercer componente del nuevo objetivo de tratamiento requerirá esfuerzos conjuntos para mejorar el acceso a las tecnologías necesarias en las pruebas de carga viral. Para alcanzar el objetivo 90-90-90 y sentar así las bases para poner fin a la epidemia de sida, toda persona que comience el tratamiento del VIH deberá tener acceso a pruebas de carga viral. Monitorizar la carga viral es imprescindible para optimizar el tratamiento del VIH, por lo que todas las personas que viven con el VIH tienen derecho a conocer sus valores de carga viral.

Fig. 17

LA AMPLIACIÓN PREVISTA DE LAS PRUEBAS DE CARGA VIRAL NO SERÁ SUFICIENTE

Basándose en los resultados observados en índices anteriores de adopción de pruebas, este supuesto asume un aumento en los índices de carga viral esperados.



Fuente: Pronóstico de carga viral del VIH: Países de ingresos bajos y medios. Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud, 2014.

Nota: Este pronóstico predice el acceso a pruebas de carga viral al comparar el número de pruebas previsto para las necesidades generales en 21 países con alta carga viral. Para estimar la cobertura, se llevó a cabo un análisis ascendente país por país de la capacidad de realización de pruebas y de los planes de ampliación. Se crearon supuestos relacionados con la ampliación utilizando directrices disponibles y planes de aplicación de carga viral de los países. Los índices de crecimiento están unidos a volúmenes históricos de la ampliación del diagnóstico temprano infantil y de la carga viral en diferentes países. Las necesidades no cubiertas se definen por el número total de pacientes de un país que se espera que se sometan a la monitorización del tratamiento antirretrovirico así como por las directrices del propio país.

Además de optimizar los resultados del tratamiento, las pruebas de carga viral también pueden ayudar a reducir los costes del tratamiento. En lugares donde no se realizan pruebas de carga viral, los médicos no pueden identificar los fallos en el tratamiento temprano ni intervenir para apoyar a los pacientes que experimentan dificultades al cumplir con los regímenes prescritos. Muchas personas seguían regímenes de tratamiento de primera línea más asequibles que podrían haberse conservado con planes efectivos de apoyo a la observancia. Sin embargo, es posible que ahora estas personas deban cambiar antes de tiempo a regímenes de segunda y tercera línea más caros.

Por desgracia, las predicciones de la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud indican que el desarrollo actual de la ampliación del diagnóstico de carga viral probablemente no satisfaga la demanda en el futuro (Fig.17). Hay un proyecto activo de tecnologías de diagnóstico inmediato de la carga viral que podrían ayudar a acelerar el acceso a herramientas de diagnóstico y a mejorar los resultados a lo largo de la cascada

de tratamiento del VIH. Asegurar el acceso universal a las pruebas de carga viral en todos los entornos (urbanos y rurales) requerirá, probablemente, de la combinación de laboratorios centralizados y herramientas en los puntos de atención.

En junio de 2014, ONUSIDA, la OMS, la Sociedad Africana de Medicina de Laboratorio y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. acordaron conjuntamente una consulta a escala mundial sobre el papel de la medicina de laboratorio en la consecución del objetivo 90-90-90. Más de 130 especialistas de todo el mundo respaldaron el llamamiento de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE.UU. para estudiar una Iniciativa de Acceso al Diagnóstico a escala mundial con el objetivo de formar una capacidad de laboratorio sólida y sostenible, necesaria para alcanzar las metas mundiales del tratamiento. Esta nueva iniciativa se introdujo en julio durante la Conferencia Internacional sobre el Sida de Melbourne .

ALCANZAR EL OBJETIVO 90-90-90: IMPACTO PREVISTO

Para estimar el impacto de una respuesta ampliada en 2030, ONUSIDA ha encargado a un equipo de expertos en modelización sanitaria reconocidos a escala mundial que proyecten las consecuencias de los nuevos y ambiciosos objetivos en materia económica y sanitaria. El equipo de modelización se basó en literatura revisada por pares ya publicada sobre la eficacia de la intervención, y tuvo especialmente en cuenta los efectos de la intervención documentados en 56 estudios previamente publicados.

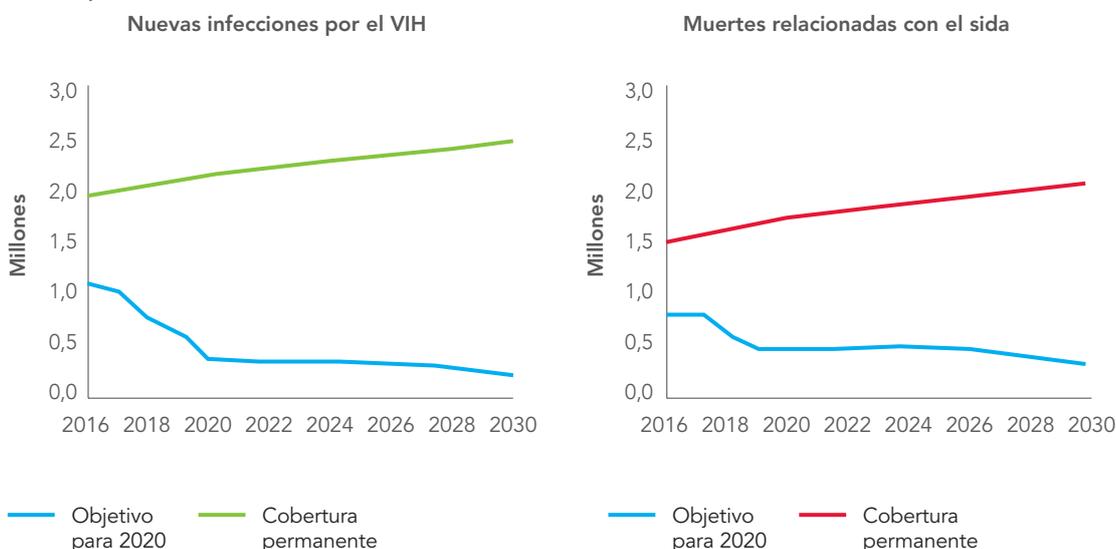
Al reconocer la importancia de una respuesta comprensiva, el equipo de modelización incluyó no solo el ambicioso objetivo de tratamiento 90-90-90, sino también otros objetivos igualmente visionarios para la prevención del VIH. Para la cascada de tratamiento, el modelo asumió que el objetivo 90-90-90 se alcanzaría en 2020 y que los niveles de cobertura antirretrovírica y supresión viral ascenderían a un 95% en 2030.

Los objetivos de prevención del modelo variaron en cuanto a la intervención, pero en todos los casos fueron ambiciosos. También se asumió que la adopción programática y los resultados mejorarán al ampliar la movilización de la comunidad y de otros impulsores clave.

El modelo reveló que alcanzar estos ambiciosos objetivos, incluida la rápida ampliación del tratamiento antes de 2020, permitiría poner fin a la epidemia de sida, en tanto que principal amenaza de la salud mundial, antes de 2030 (Fig. 18). Alcanzar el objetivo 90-90-90, cuando se haya complementado con la ampliación de otras herramientas de prevención, reduciría el número anual de nuevas infecciones por VIH en casi un 90% antes de 2030. El número de muertes relacionadas con el sida disminuiría en un 80% en 2030 con la consecución, para después de 2015, de estos nuevos objetivos basados en los diagnósticos disponibles y en las tecnologías de tratamiento, con la expectativa de que la probable aparición y adopción de innovaciones médicas adicionales (tales como herramientas de diagnóstico mejoradas y antirretrovirales de mayor duración) asegurará una reducción de al menos un 90% de las muertes relacionadas con el sida en 2030. Tanto para la incidencia del HIV como para las muertes relacionadas con el sida, la rápida ampliación prevista daría lugar a descensos más acusados de aquí a 2020, y durante la década siguiente seguirían produciéndose descensos continuados a medida que la epidemia fuera perdiendo impulso progresivamente.

Fig. 18

IMPACTO DEL OBJETIVO 90-90-90 EN LAS INFECCIONES POR VIH Y LAS MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, 2016-2030



Fuente: Informe de déficits y diferencias, ONUSIDA, 2014.

EL CAMINO HACIA EL OBJETIVO 90-90-90: PRINCIPALES DESAFÍOS QUE DEBEN SUPERARSE

Los países en los que el progreso hacia el objetivo 90-90-90 ha sido más pronunciado han encontrado medios para superar las dificultades que ralentizan la ampliación del tratamiento del VIH y empeoran sus resultados. Extender este éxito a todo el mundo exigirá aplicar prácticas óptimas y las lecciones extraídas de estas zonas en las que se han verificado estos grandes progresos, así como medidas adaptadas para afrontar los desafíos únicos que existen en diversos contextos y poblaciones.

Recuperar terreno en lugares con baja cobertura de servicio

A pesar de los avances históricos que, en la última década, se han llevado a cabo en la ampliación del acceso al tratamiento del VIH en los países de ingresos bajos y medios, la cobertura del tratamiento sigue siendo extremadamente baja en determinados países. En 2013, la cobertura del tratamiento del VIH era inferior al 20% en 19 países, entre los que se encuentran ocho países en los que dicha cobertura es inferior al 10%.

En varios países con una carga considerable de VIH, persisten enormes déficits en este aspecto. En Nigeria, hogar de 3,2 millones de personas que viven con el VIH, la cobertura del tratamiento de los adultos era sólo del 21% en 2013; en Chad, en la República Democrática del Congo y en Sudán del Sur –con 210.000, 440.000 y 150.000 personas que viven con el VIH – era del 24%, 20% y 5%, respectivamente.

Si bien las experiencias hasta la fecha indican que el objetivo 90-90-90 puede alcanzarse en muchos países, se necesitan grandes esfuerzos fundamentalmente centrados en desbloquear el progreso en los países donde son pocas las personas que actualmente tienen acceso al tratamiento del VIH. En respuesta al llamamiento de MSF en favor de “planes de recuperación” adaptados y graduales en beneficio de los países donde los avances se están verificando con retraso, ONUSIDA se ha comprometido a liderar las iniciativas dirigidas a ayudar a los socios nacionales en la elaboración de planes de aceleración de tratamiento en los 15 países que, juntos, representan el 75% de las

nuevas infecciones por VIH, así como en otros países cuya carga de VIH sigue siendo elevada. Estos planes contemplarán objetivos anuales de progreso para la ampliación del tratamiento y la supresión viral; acciones centradas en abordar retos políticos, logísticos, financieros y de otro tipo; así como la aclaración de roles y responsabilidades entre las principales partes implicadas.

Desafíos sociales

La estigmatización y discriminación continúan minando las respuestas efectivas. Por ejemplo, en un estudio realizado a niños VIH-positivos perdidos para la causa del seguimiento en Malawi, el 30% del personal asistencial mencionó el miedo al rechazo entre las familias y la comunidad como una de las razones principales por las que los niños ya no reciben asistencia médica.³⁸

Las leyes punitivas reflejan y refuerzan actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave. En 2014, 61 países contaban con legislaciones que penalizan la exposición, transmisión o no revelación del VIH; asimismo, otros 49 países procesaron a personas que viven con el VIH.¹⁶ Las leyes punitivas dirigidas a las poblaciones clave hacen que sea más difícil controlar la epidemia entre estos grupos de población, que, a su vez, perpetúan el abandono de sus necesidades, ya que los responsables de la toma de decisiones carecen de la información estratégica que podría persuadirlos para priorizar los servicios de pruebas y tratamiento. Para alcanzar el objetivo 90-90-90, los marcos punitivos deben ser abolidos y sustituidos por respuestas nacionales que reconozcan a las personas que viven con el VIH y a los miembros de poblaciones clave como socios esenciales en el desarrollo y la puesta en práctica de programas y políticas basados en los derechos.

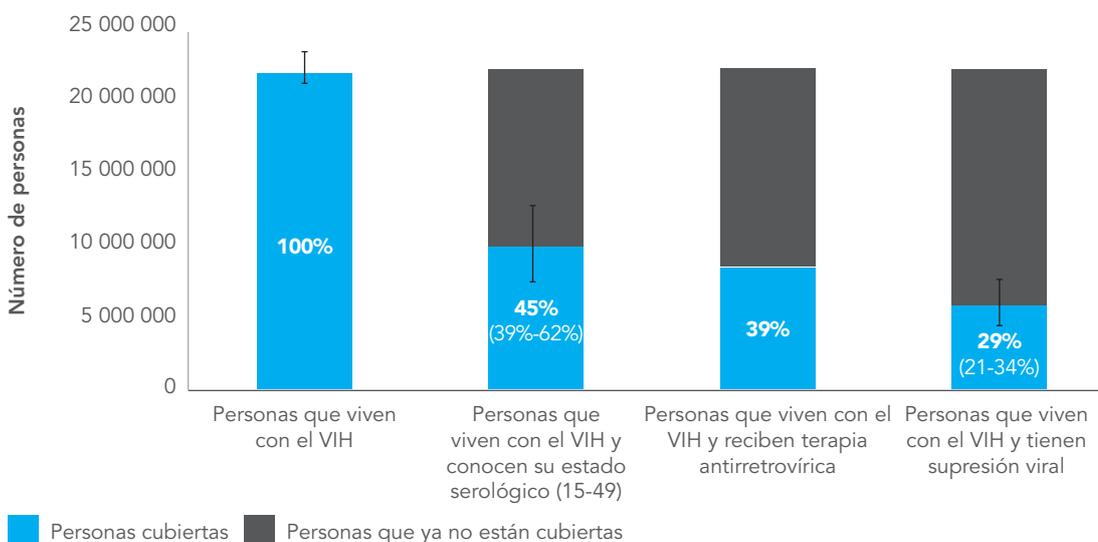
A nivel social –tanto en un sentido amplio en los países de alta prevalencia como a nivel de la población en el caso de las poblaciones clave– el hecho de conocer el estado serológico a menudo todavía tiene que ser establecido como una norma fundamental.

Aun trabajando para potenciar cada una de las estrategias disponibles –campañas de análisis centradas en la comunidad, aplicación integral del asesoramiento y la detección del VIH por iniciativa del prestatario, marketing social, pruebas de autodiagnóstico y similares- se requieren esfuerzos específicos

para educar a las comunidades en relación con el deber de realizar pruebas del VIH. Para la detección del VIH, al igual que ocurre con el resto de elementos del objetivo 90-90-90, un enfoque basado en los derechos humanos que rechace la coerción y la estigmatización es esencial para alcanzar el éxito.

Fig. 19

GRÁFICO ABREVIADO DE LA CASCADEA DE TRATAMIENTO DEL VIH EN ADULTOS DE 15 AÑOS O MÁS EN ÁFRICA SUBSAHARIANA, 2013



Fuentes:

Estimaciones de ONUSIDA de 2013.

Estudios demográficos y de salud, 2007-2012 y Shisana, O, Rehle, T, Simbayi LC, Zuma, K, Jooste, S, Zungu N, Labadarios, D, Onoya, D et al. (2014) South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey (Estudio nacional de prevalencia del VIH, incidencia y comportamiento en Sudáfrica), 2012 Ciudad del Cabo, HSRC Press. El 45% es el punto medio entre los límites superior e inferior. El límite inferior (33%) corresponde al porcentaje de personas que viven con el VIH y que tienen muchas probabilidades de conocer su estado serológico (han dado positivo en el estudio y afirman haber recibido los resultados de la prueba del VIH en los doce meses anteriores). El límite superior (57%) se calcula como el porcentaje de personas que han dado positivo en el estudio y que afirman no haber realizado nunca antes la prueba del VIH (la prueba efectuada durante el estudio no se desvela a los usuarios). Aquellas personas que afirman no haberse sometido a las pruebas del VIH y no conocen su estado serológico componen el 43% restante.

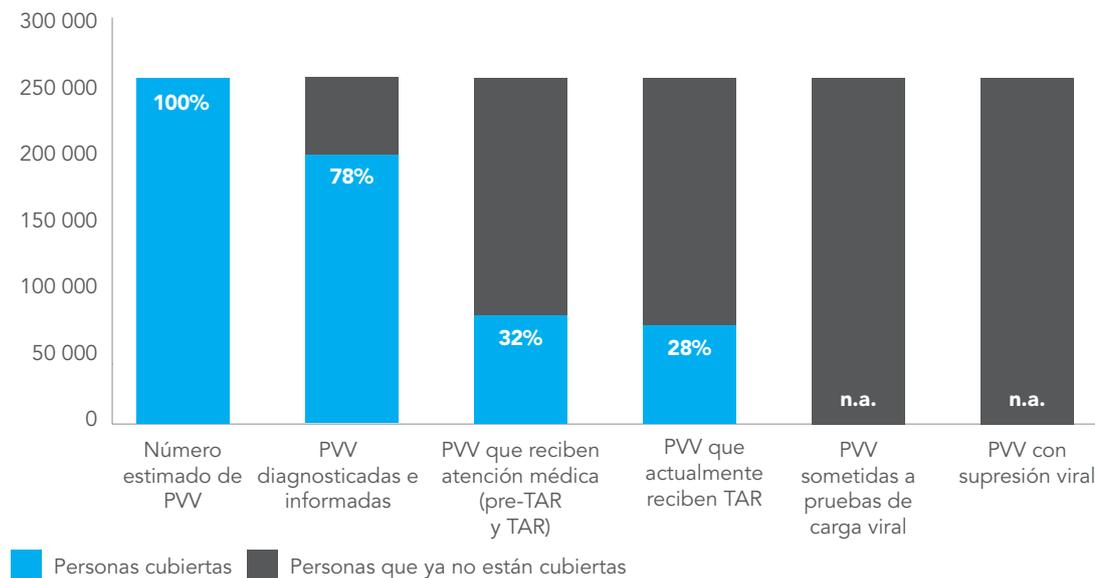
Barth RE, van der Loeff MR, et al. (2010). Virological follow-up of adult patients in antiretroviral treatment programmes in sub-Saharan Africa: a systematic review (Seguimiento virológico de los pacientes adultos en los programas de tratamiento antirretrovírico en África subsahariana: una revisión sistemática). Lancet Infect Diseases 10(3):155-166 y Estudio de los indicadores del sida en Kenya 2012: Programa nacional de lucha contra el sida y las ITS, Ministerio de Salud, Kenya. Septiembre de 2013. Estudio de los indicadores del sida en Kenya 2012: Informe preliminar. Nairobi, Kenya., dando el 50% del peso a la obra de Barth y el otro 50% a la de KAIS 2012. Se aplicaron los límites proporcionales de Barth et al.

Al reconocer la necesidad crucial de centrarse no solo en la cobertura del servicio en sí sino también en la calidad del mismo, un número creciente de países y de entornos subnacionales están efectuando sus propias estimaciones a partir de los resultados que figuran en el gráfico del tratamiento. En todos los entornos en los que se han realizado estimaciones en la cascada, se ha registrado una brecha sustancial entre el número

de personas que viven con el HIV y el porcentaje de población con supresión viral. Esa brecha es incluso mayor en el caso de algunos grupos de población, incluidos los niños, los adolescentes y las poblaciones clave. En Uganda, solo el 12% de los 110.000 adolescentes que se estima viven con el VIH recibió tratamiento antirretrovírico en 2013.³⁹

Fig. 20

CASCADA DE TRATAMIENTO PARA VIET NAM 2012



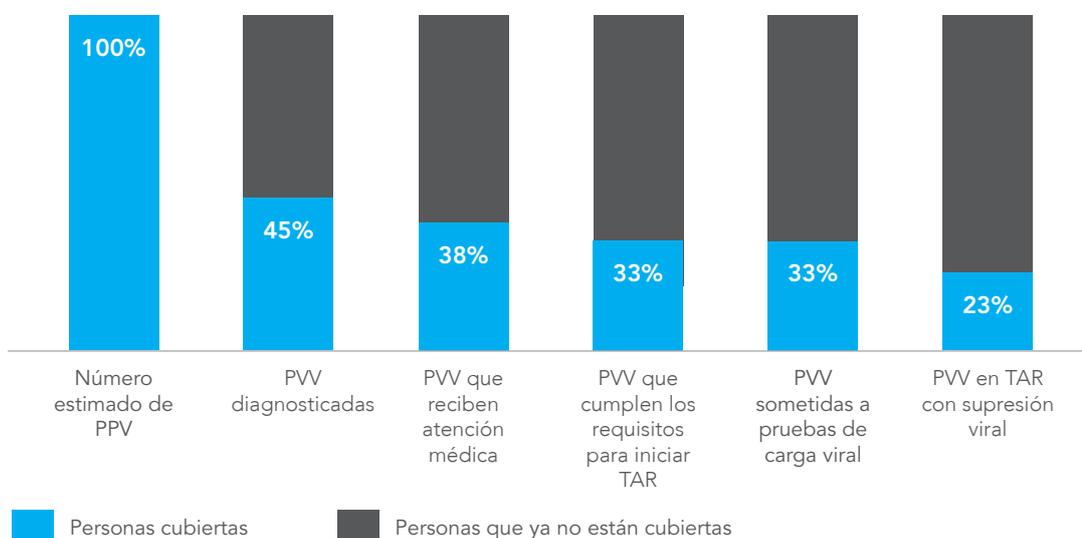
Fuente: Estimaciones del Ministerio de Salud, Viet Nam, Administración para el control del VIH/SIDA.

En el África subsahariana, por ejemplo, ONUSIDA calcula que solo el 29% de las personas que viven con el VIH ha conseguido supresión viral (Fig.19). Este nivel de supresión viral es similar a los resultados descritos para países como Colombia (23%) y Estados Unidos (24%), pero superior a los de Jamaica, donde

aproximadamente solo un 13% de las personas que viven con el VIH tienen supresión viral. No obstante, las pruebas indican que en algunos países ya se están alcanzando mayores niveles de supresión viral; por ejemplo, en Barbados el 39% de las personas que viven con el VIH tenía supresión viral en 2013.

Fig. 21

RESULTADOS DE LA CASCADA DE TRATAMIENTO DEL VIH, COLOMBIA, 2013



Fuente: Gobierno de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.

Si bien una minoría de personas que viven con el VIH tiene supresión viral en todos los países donde se ha desarrollado la cascada de tratamiento, los factores que atenúan los resultados del tratamiento varían en función del país. Por ejemplo, en Viet Nam la mayoría de las personas que viven con el VIH conoce su estado serológico, pero parece tener que enfrentarse a barreras considerables para acceder a la atención sanitaria tras diagnosticársele VIH (Fig. 20). En contraste, las pruebas indican que Colombia ha logrado altos niveles de retención y acceso al tratamiento del VIH una vez que las personas han sido conectadas con el sistema de atención sanitaria; sin embargo, la mayoría de las personas que viven con el VIH todavía no ha sido diagnosticada (Fig. 21). Ahora es necesario unificar la información procedente de la experiencia en diversos entornos, de tal forma que las estrategias de promoción de las pruebas que han resultado satisfactorias se combinen con las lecciones aprendidas para facilitar el acceso temprano y continuado a la atención sanitaria.

Al reconocer que, si se quiere maximizar la supresión viral, la ampliación del tratamiento debe ir de la mano con procesos de garantía de su calidad, Malawi ha implementado la elaboración de informes nacionales trimestrales que se basan en evaluaciones y visitas de monitorización trimestrales realizadas en todas las clínicas que proporcionan tratamiento del VIH. Esas revisiones *in situ* son efectuadas por parte de personal sanitario nacional y del distrito, que recibe la ayuda de socios del sector privado en aquellos entornos en los que el personal sanitario es insuficiente. En 2013, por ejemplo, los controles realizados en 668 clínicas públicas y privadas supusieron 1.799 horas de trabajo. En cada visita se evalúa la actuación de las clínicas y se expide un Certificado de Excelencia a aquellas que demuestren resultados excelentes.⁴⁰

Desafíos de prestación de servicios

En todos los entornos, los encargados de planificar y ejecutar los programas, en colaboración con socios de la comunidad, tendrán que identificar a aquellas personas que necesitan servicios de tratamiento pero que todavía no están conectadas con ellos. Posteriormente, deberán desarrollar estrategias que se adapten a las necesidades locales y que

potencien los recursos comunitarios disponibles para involucrar a las personas en la asistencia.

La centralización persistente de los servicios de tratamiento del VIH presente en muchos escenarios reduce el éxito de los programas de tratamiento. En KwaZulu-Natal, Sudáfrica, los niveles de utilización del tratamiento disminuyen a medida que aumenta la distancia que una persona tiene que recorrer para recibir servicios de tratamiento (Fig. 22), lo que subraya la necesidad esencial de acercar los servicios a aquellos que los necesitan. Para facilitar una mayor descentralización, los servicios de tratamiento necesitan con urgencia hacer un uso óptimo de la delegación de funciones, incluida la remuneración adecuada de los recursos comunitarios, para aumentar así el alcance de la terapia antirretrovírica.¹ Invertir en el fortalecimiento de los sistemas comunitarios será esencial para cumplir la promesa de una prestación de tratamiento descentralizada y basada en la comunidad.

El diseño de estrategias de prestación adaptadas a las necesidades y circunstancias de cada población y entorno también contribuye a estimular la ampliación y la retención en la atención. En el caso de los hombres adultos, que tienen menos probabilidades que las mujeres de obtener tratamiento del VIH en el África subsahariana, se necesitan horas de apertura más flexibles durante la noche y los fines de semana, programas en el lugar de trabajo, asociación con el sector privado y sistemas de prestación de servicios diseñados especialmente para los hombres. En Uganda, la adopción de un modelo de prestación de servicios centrado en la familia se asoció con un aumento considerable de la aceptación del tratamiento pediátrico antirretrovírico (Fig.23).⁴¹ De la misma manera, las estrategias a medida son esenciales para satisfacer las necesidades de las poblaciones clave, las personas que viven en zonas remotas, los migrantes, los prisioneros y todos los demás individuos cuyas necesidades no se vean eficazmente atendidas por los sistemas de servicios habituales.

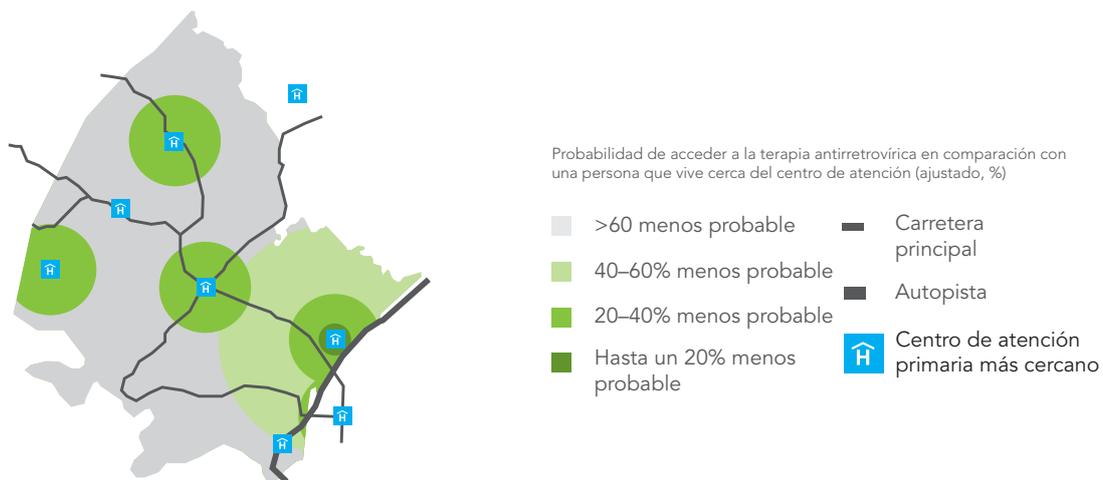
La OMS ha instado a las partes interesadas a realizar un esfuerzo para optimizar los regímenes de tratamiento del VIH y las estrategias de prestación de servicios, incluida la realización

de diagnósticos en los centros de atención en caso necesario. Las fases de acción incluyen la implementación inmediata de las directrices de la OMS de 2013 relativas a regímenes simplificados, la prestación del tratamiento de

base comunitaria y la ampliación de herramientas de diagnóstico *in situ* en los entornos apropiados en función de su disponibilidad. ¹

Fig. 22

PROBABILIDAD DE ACCEDER A LA TERAPIA ANTIRRETROVÍRICA, RELATIVA A LA DISTANCIA HASTA EL CENTRO DE ATENCIÓN, KWAZULU-NATAL, SUDÁFRICA

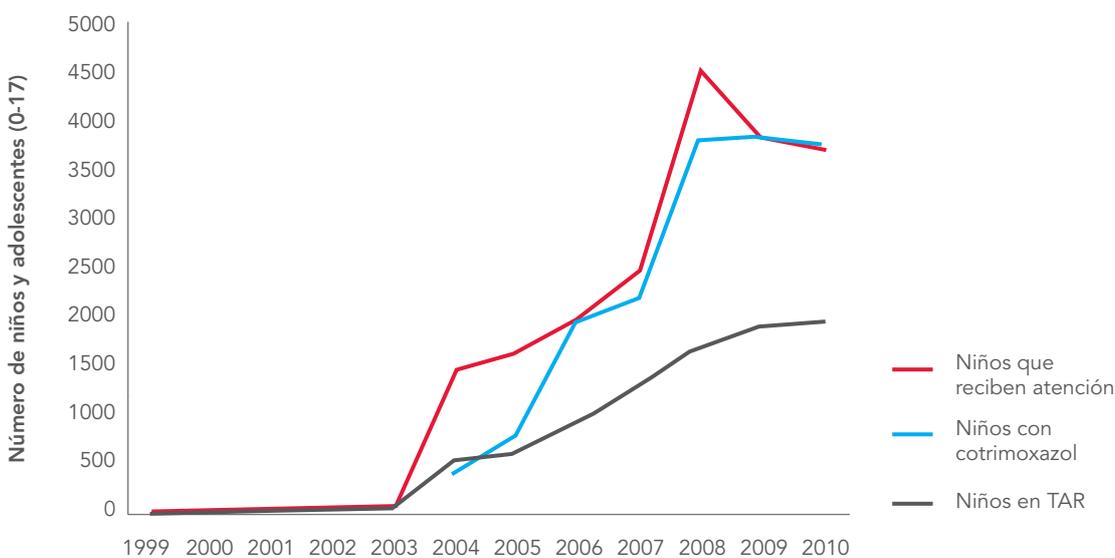


Probabilidad relativa de que los adultos (15-49 años) VIH-positivos accedan a la terapia antirretrovírica debido a la distancia hasta el centro de atención primaria más cercano.

Fuente: Location, Location: Connecting people faster to HIV services, ONUSIDA; Ginebra, 2013.

Fig. 23

ACEPTACIÓN DE LOS SERVICIOS PEDIÁTRICOS DEL VIH TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL ENFOQUE BASADO EN LA FAMILIA, UGANDA



Fuente: Luyirika et al., PLoS ONE, 2013.

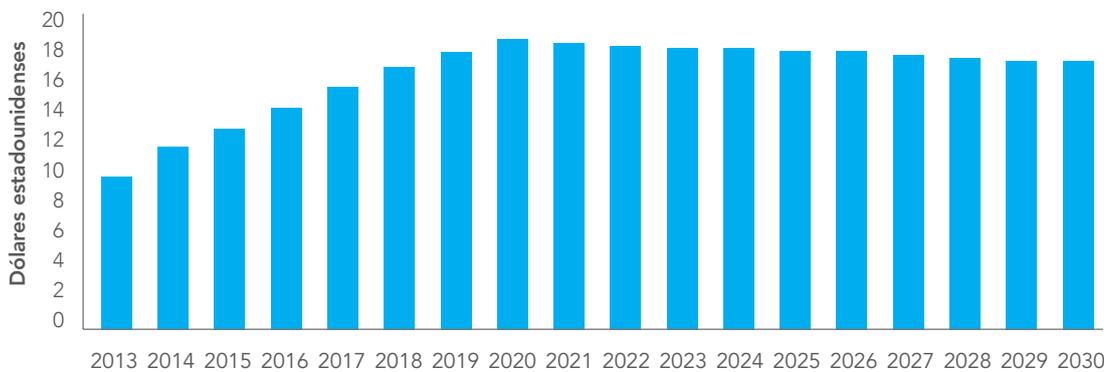
Costes de alcanzar el objetivo 90-90-90

Para poner fin a la epidemia de sida de aquí a 2030, se requerirá más financiación, si bien es cierto que los recursos necesarios para una rápida ampliación hacia dicho objetivo son razonables. Para alcanzar el objetivo 90-90-90, el tratamiento del VIH, incluidos el coste de los medicamentos, la prestación de servicios y la movilización de la comunidad para garantizar el acceso a las pruebas de tratamiento, a la retención en este y los costes

pre-TAR, requerirá de un total de 14.000 millones de dólares estadounidenses de aquí a 2016. Entre 2016 y 2020, la financiación deberá incrementarse progresivamente cada año hasta alcanzar los 18.000 millones de dólares estadounidenses en 2020. Después de un pico de gastos en 2020, se prevé que los costes de tratamiento disminuyan ligeramente hasta 2030, cuando los costes de tratamiento ascenderán a un total de 16.900 millones de dólares estadounidenses (Fig. 24).

Fig. 24

RECURSOS NECESARIOS PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DE TRATAMIENTO 90-90-90, 2016-2030 (MEDICAMENTOS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS, PRUEBAS Y ASESORAMIENTO, MOVILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y COSTES PRE-TAR)



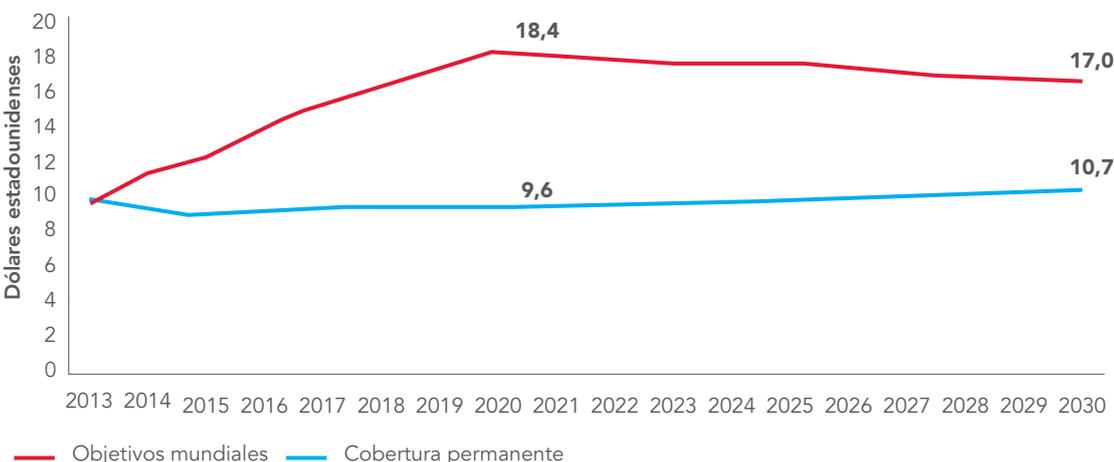
Fuente: Estimaciones de ONUSIDA, septiembre 2014. Resultados sin publicar.

Las ventajas tanto sanitarias como financieras del objetivo 90-90-90 se vuelven aún más claras cuando los resultados se comparan con los que se producirían si se prolongaran las actuales tendencias de ampliación. En 2030, el coste del 90-90-90 sería comparable (17.000 millones de dólares estadounidenses) y continuaría con la ampliación actual (10.700 millones de dólares

estadounidenses) (Fig. 25). No obstante, se estima que, en el supuesto de alcanzar el objetivo 90-90-90 de aquí a 2020, alrededor de 350.000 personas morirán por causas relacionadas con el sida en 2030, en comparación con los 2,1 millones de defunciones que se producirán en caso de seguir con la cobertura actual (Fig. 18).

Fig. 25

RECURSOS NECESARIOS PARA LOS COSTES DE COBERTURA PERMANENTE DE TRATAMIENTO EN 2030 Y PARA EL OBJETIVO 90-90-90



Fuente: UNAIDS Global Price Tag Estimates, septiembre 2014. Resultados sin publicar

A fin de movilizar los recursos necesarios para financiar y sostener el impulso que permita alcanzar el objetivo 90-90-90, es necesario que prevalezcan los principios de solidaridad

mundial y responsabilidad compartida. Asimismo, se requerirá de esfuerzos considerables para maximizar la eficacia de los programas.

Fig. 26

ASOCIARSE PARA ALCANZAR EL ÉXITO

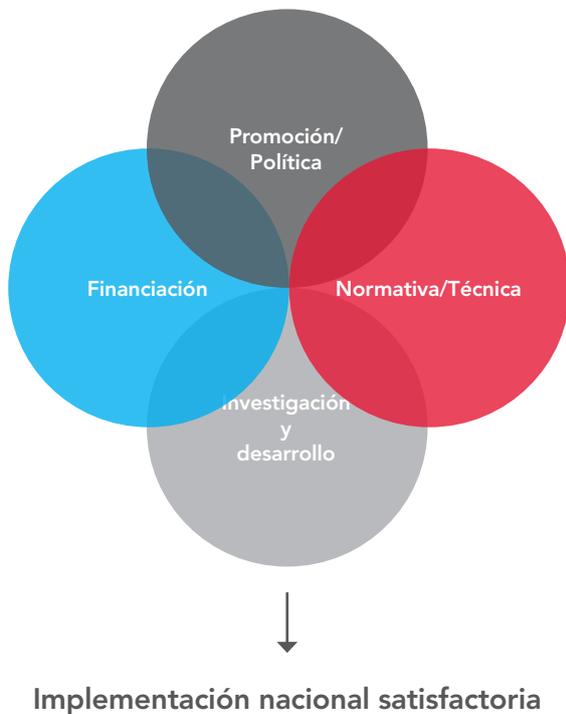
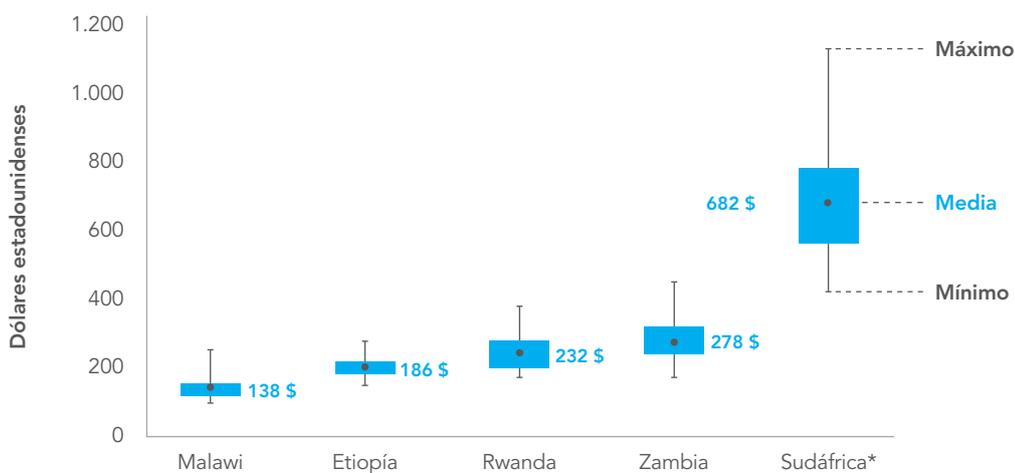


Fig. 27

LOS COSTES DE LAS INSTALACIONES VARÍAN SEGÚN EL PAÍS



*República de Sudáfrica: estos costos comprenden los precios actualizados de los antirretrovíricos, que fueron renegociados por el gobierno de la RSA a comienzos de 2010 y son un 53% inferiores a los que se observan durante el período de costo.

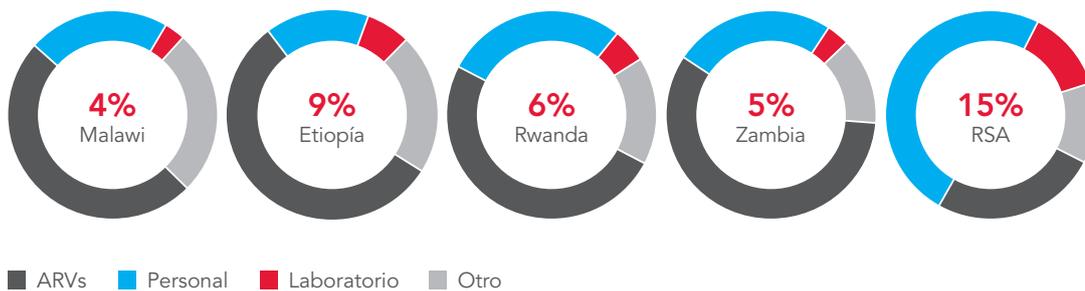
Fuentes: Clinton Health Access Initiative (CHAI) presentación 2014, datos procedentes de los informes nacionales (Ministerios de Sanidad).

Los datos sugieren que aún queda un margen considerable para mejorar en eficiencia, pues los costes de las instalaciones relacionadas con el tratamiento a menudo son sustancialmente más elevados en unos entornos que en otros (Fig. 27). Aunque una gran cantidad de factores puede influir en los costes de las

instalaciones por paciente, incluidos salarios más altos y otros costes sanitarios en economías más desarrolladas, la información disponible indica que algunas ineficiencias también podrían explicar parte de la variación en los costes de los equipamientos.

Fig. 28

COMPONENTES DEL GASTO EN EL TRATAMIENTO DEL VIH: LA PARTE DEL PORTFOLIO DE LABORATORIO VARÍA SEGÚN EL PAÍS

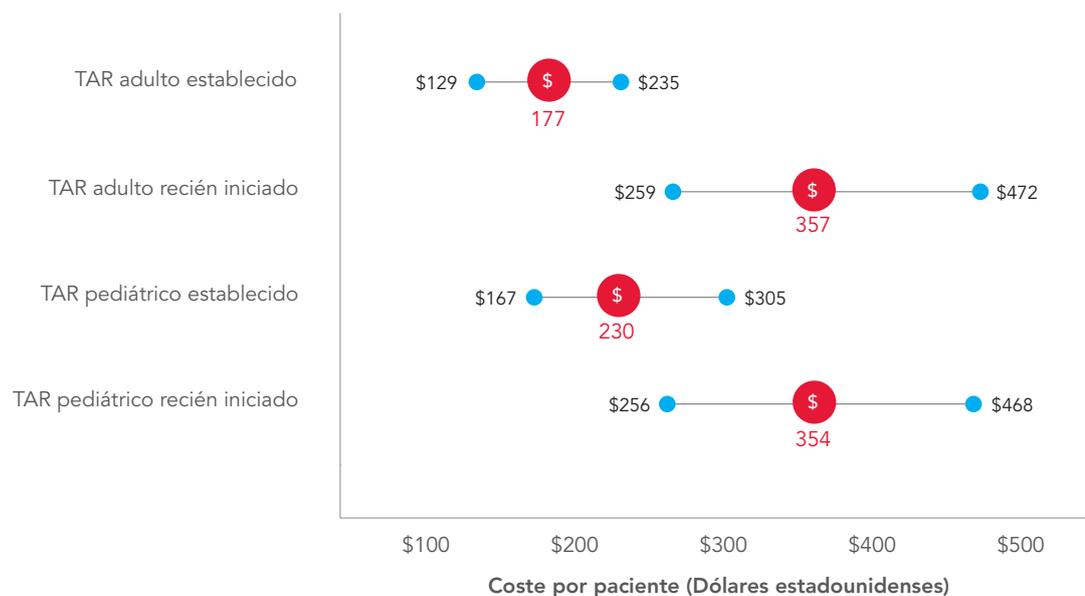


Entre los programas nacionales de tratamiento, la parte de los gastos de tratamiento del VIH que se asigna a los servicios de laboratorio varía también considerablemente (Fig. 28).

De igual modo, la medición de los gastos nacionales relativa al sida indica que la parte de los recursos destinados a la gestión de programas varía sustancialmente en función del país.

Fig. 29

MEDIA ANUAL DE LOS COSTES DE TRATAMIENTO DEL VIH POR PACIENTE, SEGÚN EL TIPO DE PACIENTE



Fuente: estimaciones de ONUSIDA 2011.

Fuente: Nicolas A. Menzies, Andres A. Berruti, John M. Blandford, The Determinants of HIV Treatment Costs in Resource Limited Settings, PLoS ONE Noviembre 2012 Vol.7, Número 11, e48726

El intercambio de conocimiento en la cooperación Sur-Sur, las adquisiciones agrupadas y un apoyo técnico focalizado deberían ayudar a los países con los costes más elevados en equipamientos a reducir los gastos. En los programas nacionales, se requiere liderazgo para asignar los recursos de tal manera que se maximice la financiación de las intervenciones de elevado valor e impacto, como es el caso de las pruebas y el tratamiento del VIH. Una mejor coordinación entre los donantes y entre estos y los servicios nacionales de coordinación será también de utilidad para garantizar un uso más eficaz de los recursos limitados.

Aunque la ampliación supone gastos iniciales, los costes por paciente se reducen a medida que los individuos que empiezan una terapia antirretrovírica se estabilizan y necesitan una intervención clínica menos intensiva con el tiempo. A excepción de los costes de la terapia antirretrovírica, los costes de prestación de servicios son de más del doble para pacientes que han empezado recientemente un tratamiento del VIH que para pacientes con el tratamiento ya establecido (Fig. 29).

ACABAR CON LA EPIDEMIA DE SIDA

Alcanzar en 2015 el objetivo de que 15 millones de personas reciban tratamiento antirretrovírico –un supuesto cada vez más probable– es sólo un primer paso, aunque no por ello menos importante, hacia la meta última de poner fin a la epidemia de sida. En la era post-2015, queda ahora claro que el objetivo de erradicar la epidemia de sida puede alcanzarse, pero únicamente si el mundo utiliza estratégicamente los vastos recursos humanos, técnicos y financieros que tiene a su disposición.

Sólo un planteamiento basado en la colaboración permitirá al mundo acabar con la epidemia de sida. El planeta necesitará combinar la voluntad política, las directrices normativas basadas en pruebas, la generación continuada de pruebas críticas para la actuación y los recursos financieros suficientes para alcanzar el objetivo 90-90-90 y mantener de por vida el tratamiento del VIH para decenas de millones de personas en todo el mundo.

ONUSIDA se compromete a trabajar en colaboración con todas las partes implicadas principales –incluidos pero sin limitarse a los gobiernos nacionales, la OMS, el Fondo Mundial, el PEPFAR y otros donantes; la sociedad civil, contando a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave; el sector privado; la sociedad civil, contando a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave; el sector privado; los grupos de médicos profesionales; y otros– para convertir en realidad el objetivo 90-90-90. Si bien serán necesarios una nueva mentalidad y unos

nuevos modos de funcionamiento para alcanzar esos ambiciosos objetivos, las colaboraciones que han permitido que la respuesta al sida haga historia constituyen una base sólida sobre la que apoyarse para dar impulso al esfuerzo mundial y acabar así con la epidemia de sida de aquí a 2030.

De manera específica, ONUSIDA se compromete a potenciar su papel de unificador con el fin de colaborar con sus socios en la elaboración de una hoja de ruta para la puesta en práctica del objetivo 90-90-90. Con vistas a estimular el avance hacia esos nuevos objetivos ambiciosos, será esencial el establecimiento de estándares anuales para conocer el estado serológico, el uso de la terapia antirretrovírica y la supresión viral, así como la puesta en marcha de sistemas sólidos para el seguimiento de los resultados en el continuum de tratamiento.

Las herramientas y estrategias que existen actualmente persiguen acabar con la epidemia de sida de aquí a 2030. Sin embargo, para conseguirlo es preciso un plan de acción sin precedentes que amplíe a la mayor brevedad el tratamiento antirretrovírico temprano, pues un retraso no haría sino permitir que la epidemia siguiera estando por delante de la respuesta. Inspirada por el camino recorrido en la lucha contra el VIH hasta la fecha y sin dejarse intimidar por los retos venideros, la comunidad mundial en su totalidad debería decidirse a no dejar pasar esta oportunidad histórica.

REFERENCIAS

1. OMS, Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, 2013.
2. Grinsztejn B et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis*, 2014, DOI:10.1016/S1473-3099(13)70692.3.
3. Collaborative Group on AIDS Incubation and HIV Survival. Time from HIV-1 seroconversion to AIDS and death before widespread use of highly-active antiretroviral therapy: a collaborative re-analysis. *Lancet*, 2000, 355:1131-1137.
4. Samji H et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. *PLoS ONE*, 2013, 8: e81355.
5. Karim SAS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet*, 2011, 378:e23-e25.
6. Rodger A et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Abstract 153LB, Boston, USA, 2014.
7. Tanser F et al. High Coverage of ART Associated with Decline in Risk of HIV Acquisition in KwaZulu-Natal, South Africa. *Science*, 2013, 339:966-971.
8. Montaner JSG et al., 2014. Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the “HIV treatment as prevention” experience in a Canadian setting. *PLoS ONE*, 2014, 9:e87872.
9. Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: Estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7:e30216.
10. Resch S et al. Economic returns to investment in AIDS treatment in low and middle income countries. *PLoS One*, 2011, 6:e25310.
11. Ventelou B et al. The macroeconomic consequences of renouncing to universal access to antiretroviral treatment for HIV in Africa: a micro-simulation model. *PLoS ONE*, 2012, 7:e34101.
12. Granich R et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011-2050. *PLoS ONE*, 2012, 7:e30216.
13. Walensky RP et al., Cost-effectiveness of HIV treatment as prevention in serodiscordant couples, *New Eng J Med*, 2013, 369:1315-1325.
14. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236-43.
15. Montaner JSG et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *Lancet*, 2006, 368:531-536.
16. ONUSIDA, Informe de déficits y diferencias, Ginebra: ONUSIDA, 2014.
17. Baral S et al. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000-2006: A Systematic Review, *PLoS Med*, 2007, 4:e339.
18. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 2012, doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
19. Baral SD et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Infect Dis*, 2013, 13:214-222.

20. Wolfe D et al. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and way forward. *Lancet*, 2010, 376:355-366.
21. Arreola A et al., Access to HIV prevention and treatment for men who have sex with men: Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR), Global Forum on MSM & HIV, 2012.
22. Gender Dynamix, amfAR, Transgender access to sexual health services in South Africa: findings from a key informant survey, 2012.
23. Kerr T et al., The impact of compulsory drug detention exposure on the avoidance of healthcare among injection drug users in Thailand, *Int J Drug Policy*, 2014, 25:171-174.
24. Shannon K et al., Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants, *Lancet*, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60931-4.
25. OMS, Health for the world's adolescents, 2014. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>.
26. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*, 2004, 364:1236-43.
27. Fergusson P, Tomkins A, HIV prevalence and mortality among children undergoing treatment for severe acute malnutrition in sub-Saharan Africa: a systematic review, *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2008, doi:10.1016/j.trstmh.2008.10.029.
28. Hesselning AC et al., High incidence of tuberculosis among HIV-infected infants: Evidence from a South African population-based study highlights the need for improved tuberculosis control strategies, *Clin Infect Dis*, 2009, 48:108-114.
29. UNITAID, HIV/AIDS medicines market and technology landscape, 2014.
30. McNairy ML et al. Identifying Optimal Models of HIV Care and Treatment in Sub-Saharan Africa Consortium. Retention of HIV-infected children on antiretroviral treatment in HIV care and treatment programs in Kenya, Mozambique, Rwanda, and Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2013, 62:e70-e81.
31. OMS, suplemento de marzo de 2014 a las Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH, Ginebra: OMS, 2014.
32. Althorp K. Multi-disease prevention campaigns (part 2): case studies from Kenya and Uganda. 013. Available: <http://www.aidsmap.com/Multi-disease-prevention-campaigns-part-2/page/2811299/>.
33. Gobierno de Brasil, Ministerio de Salud de Brasil, Departamento de ETS, SIDA y Hepatitis Virales, 2014.
34. Información ofrecida por el Equipo de apoyo regional de ONUSIDA en Asia y el Pacífico, junio de 2014.
35. Centros de control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos, HIV Surveillance Supplemental Report, 2013.
36. Datos de los Ministerios de Salud de Brasil y Colombia, recopilados mediante una consulta sobre el tratamiento del VIH, Buenos Aires, Argentina, abril de 2014.
37. Elul B et al. High levels of adherence and viral suppression in a nationally representative sample of HIV-infected adults on antiretroviral therapy at 6, 12 and 18 months in Rwanda. *PLoS ONE*, 2013, 8:e53586.
38. Cohen D et al. HIV testing coverage family members of adult antiretroviral therapy patients in Malawi. *AIDS Care*, 2010, 22:1346-1349.
39. Programa de Control del sida en Uganda, Ministerio de Salud. Laying the ground for scaling up ART for adolescents: Experience from Uganda, International Conference on AIDS and STIs in Africa, 2013.
40. Ministerio de Salud de Malawi. Integrated HIV program report – enero – marzo 2013.
41. Luyirika E et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS ONE*, 2013, 8:e69548.

NOTAS

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) lidera e inspira al mundo para conseguir su visión compartida de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA reúne los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados globales y nacionales para maximizar los resultados de la respuesta al sida. Acceda a más información en unaids.org y conecte con nosotros a través de Facebook y Twitter.

ONUSIDA

Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/Sida

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
UNODC
ONU MUJERES
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org