

VENCER A LAS PANDEMIAS

PRIORIZANDO A LAS PERSONAS





Crédito de la foto de la portada: ONUSIDA/C. Matonhodze

ÍNDICE

Prólogo por
la Directora
Ejecutiva

2

03
Respuesta y
aprendizaje de
COVID-19

27

Anexo
sobre
metodología

75

01

Introducción
y
resumen

5

04

Metas sobre el
sida para 2025

43

02

El legado de la
Acción
Acelerada:
éxitos y
deficiencias

13

05

Alcanzar
las
metas

71

PRÓLOGO

El Día Mundial del Sida de este año se siente muy diferente. COVID-19 ha magnificado y agravado las profundas desigualdades que afectan a la sociedad. Ha demostrado la estrecha relación que existe entre la salud mundial y la economía global. Años de fracaso colectivo para invertir lo suficiente en una atención médica integral, basada en los derechos y centrada en las personas han dejado al mundo profundamente expuesto.

La pandemia de COVID-19 está teniendo efectos de gran alcance en los sistemas de salud y otros servicios públicos. En muchos países, los servicios relacionados con el VIH se han interrumpido y las cadenas de suministro de productos básicos se han puesto al límite. En el mundo se están diagnosticando menos casos de VIH y hay menos personas con VIH que inician un tratamiento antirretroviral.

Tal como muestra el informe, la respuesta global al VIH ya estaba desviada de su curso antes de la pandemia de COVID-19, pero el choque entre el nuevo coronavirus y el VIH la ha hecho retroceder más. Las metas de Acción Acelerada, que expiran a finales de este año, no se alcanzarán. Hay 38 millones de personas con VIH, y más de 12 millones de ellas están a la espera de un tratamiento para el VIH que les salve la vida. En 2019, 1,7 millones de personas contrajeron el VIH y 690 000 murieron debido a enfermedades relacionadas con el sida.

Las inversiones para abordar el VIH y las lecciones de cómo las comunidades han respondido al VIH han fortalecido la lucha contra COVID-19. El año pasado, activistas y comunidades que luchan contra el VIH se movilizaron para defender los logros conseguidos en la respuesta al sida, proteger a las personas con VIH y otros colectivos vulnerables y hacer retroceder al coronavirus. Han abogado por la dispensación de tratamiento para el VIH de varios meses, organizado entregas de medicamentos a domicilio y ofrecido asistencia económica, alimentos y alojamiento a grupos de riesgo.

Si los sistemas de salud y las redes de seguridad social hubieran sido más fuertes, el mundo habría estado en mejores condiciones para frenar la

propagación de COVID-19 y de resistir su impacto. Debemos aprender de los errores del pasado: el legado de la lucha contra COVID-19 debe ser una acción acelerada que haga de la cobertura universal de salud una realidad global.

Y hay esperanza. Están surgiendo vacunas prometedoras contra COVID-19. Pero debemos asegurarnos de que estas nuevas vacunas no terminen siendo un privilegio de quienes más tienen. Por eso, ONUSIDA y sus socios abogan por una Vacuna del Pueblo, a la que todos tengan acceso sin costo dondequiera que vivan.

Para volver a encarrilar la respuesta mundial al VIH y aprovechar los avances logrados hasta ahora, ONUSIDA propone un nuevo conjunto de metas para 2025 que, si se logran, harán posible el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.3 de poner fin a la epidemia de sida para 2030. Son metas holísticas, se enfocan en una alta cobertura de servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva, junto con la eliminación de leyes y políticas inadecuadas y la reducción del estigma y la discriminación. Estas metas abordan las desigualdades que abonan el terreno para el VIH, la COVID-19 y otras pandemias, y se centran en las personas, especialmente aquellas en mayor situación de riesgo y exclusión: mujeres jóvenes y niñas, adolescentes, personas trabajadoras sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas y hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas de junio de 2021 será un momento clave para que los Estados miembros renueven su compromiso y se movilicen para poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública.

Poner fin al sida significa cerrar las brechas y garantizar que nadie se quede atrás. La respuesta al VIH es, fundamentalmente, un tema de desigualdad: para acabar con el sida, debemos poner fin a la desigualdad. Si en los próximos cinco años cumplimos estas



Credit: UNAIDS

nuevas metas, acabamos con las desigualdades en el tratamiento y la prevención del VIH y reducimos el estigma y discriminación que frenan la respuesta al VIH, el mundo estará en camino de acabar con el sida para 2030.

Ningún país por sí solo puede derrotar las pandemias colisionantes de VIH y COVID-19. Estos desafíos mundiales solo pueden superarse mediante la solidaridad global y la responsabilidad compartida. Esto requiere que seamos audaces, que construyamos sobre la base de nuestros éxitos y aprendamos de los reveses. Estamos, también, ante la oportunidad de reimaginar y lograr un futuro mejor. Un futuro donde la salud ya no es un privilegio, sino un derecho humano para todas las personas. Un futuro en el que volvamos a la senda para poner fin a las desigualdades e injusticias que siguen alimentando la epidemia del sida.

Winnie Byanyima
Directora ejecutiva, ONUSIDA



01

INTRODUCCIÓN Y RESUMEN

Los esfuerzos colectivos a nivel mundial que dan prioridad a las personas pueden transformar la crisis de la COVID-19 en una oportunidad para acelerar la respuesta al VIH.

Cinco años después de un compromiso mundial para acelerar la respuesta al VIH y poner fin a la epidemia de sida para 2030, el mundo no va por buen camino. Muy pocos países han cumplido la promesa de aprovechar el impulso generado en la primera década del siglo XXI para anticipar las inversiones y acelerar la prestación de servicios relacionados con el VIH. Los importantes avances en las regiones más afectadas del África subsahariana y el Caribe se han visto contrarrestados por las crecientes epidemias en América Latina, Europa Oriental y Asia Central, y el Oriente Medio y África del Norte. Combinados, estos éxitos y fracasos dan como resultado un progreso global demasiado lento. Se han incumplido los hitos acordados para 2020. Casi 700 000 muertes por causas relacionadas con el sida y 1,7 millones de nuevas infecciones por el VIH en 2019 son inaceptables cuando las opciones terapéuticas y preventivas eficaces son asequibles y están fácilmente disponibles.

Las inversiones y medidas insuficientes en relación con el VIH y otras pandemias de larga duración también dejaron al mundo expuesto a una nueva amenaza para la salud mundial: la COVID-19. Si los sistemas de salud y las redes de seguridad social hubieran sido más fuertes, el mundo habría estado en mejores condiciones de frenar la propagación del nuevo coronavirus y de soportar su impacto.

La necesidad de una acción decisiva contra las pandemias mortales nunca ha sido más clara. La humanidad debe atender esta última advertencia para prestar mucha más atención a la creación de capacidad de respuesta a la pandemia mundial y al cumplimiento del derecho a la salud. Hay una base sólida sobre la que construir. La arquitectura, los recursos humanos

y la experiencia de la respuesta al VIH encierran lecciones invaluable. Los enfoques centrados en las personas para la prevención y el control de enfermedades infecciosas, reclamados desde hace mucho tiempo por las personas que viven con el VIH y otros activistas de la sociedad civil, se están acelerando para superar el confinamiento y otras interrupciones. Los esfuerzos mundiales colectivos que dan prioridad a las personas sobre la política pueden transformar la crisis de la COVID-19 en una oportunidad para acelerar la respuesta al VIH y los esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Enderezar el rumbo

Para enderezar el rumbo de la respuesta al VIH se requieren nuevas metas provisionales que puedan vincular el presente con el compromiso de poner fin a la epidemia del sida que figura en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. ONUSIDA ha colaborado con socios para revisar la evidencia disponible y desarrollar un conjunto de metas propuestas para 2025 que, de alcanzarse, harán posible ese objetivo para 2030. El marco de inversiones que sirvió de base para anteriores ejercicios de fijación de metas se actualizó para que sirviera de marco para las metas de 2025.

Se llevó a cabo una serie de consultas técnicas con expertos e interesados en diferentes ámbitos de la respuesta. En esas consultas se revisó la evidencia y se determinó lo que está funcionando actualmente y debe continuarse, lo que no funciona y debe cambiarse, y las principales deficiencias de la respuesta que deben abordarse. Se reunió a un equipo de expertos en la elaboración de modelos epidemiológicos para proyectar el impacto de diversos enfoques y combinaciones de servicios.

Este proceso permitió determinar que, para reducir en gran medida el número de infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida, es necesario proporcionar una combinación básica de servicios para el VIH que han demostrado ser eficaces (como las múltiples opciones de prevención del VIH, las pruebas de detección del VIH, la terapia antirretroviral y el apoyo para lograr y mantener la supresión viral) a porcentajes muy elevados de personas que viven con el VIH y de personas con mayor riesgo de infección.

Una creciente evidencia muestra que, para lograr una alta cobertura de esos servicios, se requieren tanto condiciones sociales propicias como estrategias de prestación de servicios centradas en las personas que integren otros servicios de salud y sociales importantes. En reconocimiento de esto, se ha dado mucha más importancia a los habilitadores sociales y de servicios en las metas propuestas para 2025. Los efectos del entorno jurídico y normativo, la desigualdad de género y el estigma y la discriminación relacionados con el VIH se han incluido en el modelo epidemiológico utilizado para estimar el impacto. El modelo muestra cómo las barreras sociales y legales impiden el acceso a los servicios relacionados con el VIH, y cómo la eliminación de esas barreras es fundamental para alcanzar los objetivos de la respuesta a la pandemia.

Metas para 2025 centradas en las personas

Las metas propuestas para 2025 se dividen en tres categorías:

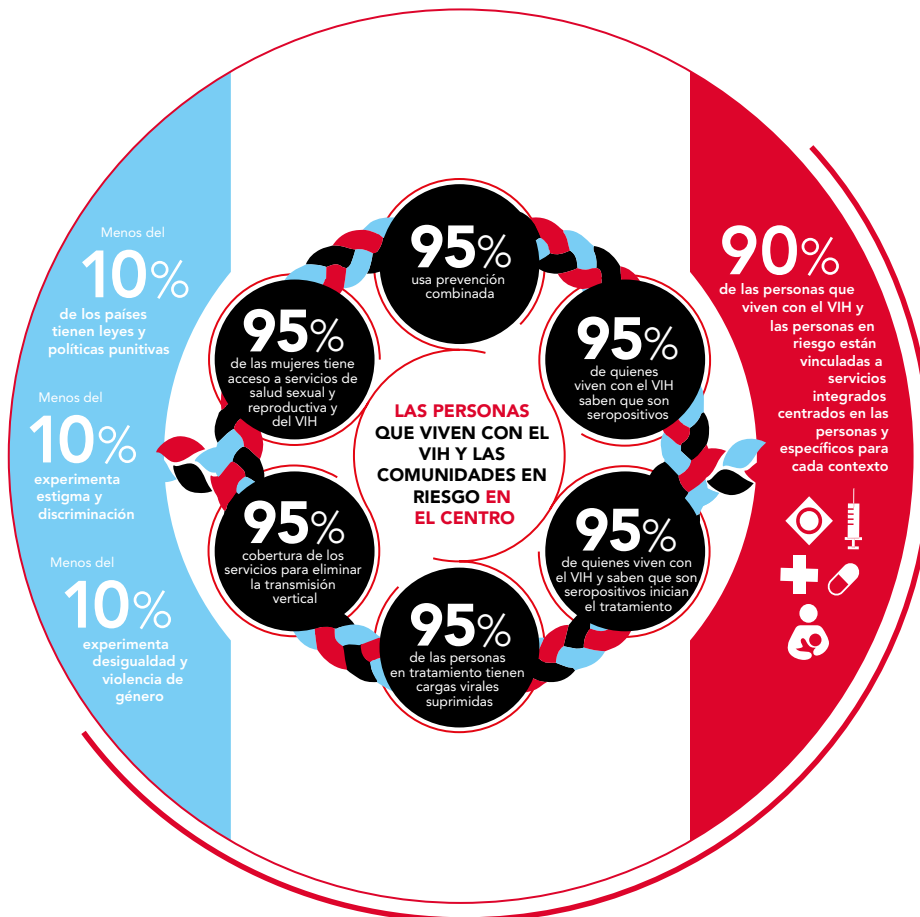
1. Servicios integrales para el VIH.
2. Integración de servicios centrados en las personas y específicos para cada contexto.
3. Eliminación de los impedimentos sociales y legales para crear un entorno propicio para los servicios relacionados con el VIH.

Estas tres áreas se entrelazan y refuerzan entre sí como las trenzas de una cuerda, y se combinan para crear un conjunto más fuerte que los elementos individuales (Figura 1). En el centro de estas metas se encuentran las personas que viven con el VIH y las personas con mayor riesgo de infección por el VIH. Las metas con respecto al sida para 2025 también se sitúan dentro de la agenda global más amplia de salud y desarrollo, y los elementos críticos de esa agenda abarcan las tres esferas de metas.

Las metas se han diseñado para reflejar expresamente la necesidad de desarrollar y prestar servicios que respondan a las necesidades y preferencias de las personas que a menudo son marginadas por la sociedad. En las esferas de la respuesta en que los progresos son lentos, las comunidades suelen ser el

FIGURA 1

Metas principales para 2025



ingrediente que falta para superar los cuellos de botella y acelerar el progreso: prestan servicios esenciales, llegan a los que a menudo reciben servicios deficientes de los centros de salud, promueven la rendición de cuentas, abogan por los cambios necesarios e informan los esfuerzos para que los servicios estén verdaderamente centrados en las personas. Para acortar la brecha es necesario que estas comunidades participen plenamente como líderes y socios clave en la respuesta al VIH, y que se invierta una cantidad suficiente de dinero en iniciativas dirigidas por la comunidad y se integren plenamente en los programas nacionales.

El logro de las metas para 2025 también exigirá una apertura a la innovación y el compromiso de acelerar el despliegue de los avances tecnológicos y de prestación

de servicios. Estas incluyen estrategias y tecnologías existentes, como los modelos diferenciados de pruebas de detección y administración de tratamiento del VIH y los regímenes de tratamiento optimizados, y las innovaciones que se vislumbran en el horizonte, como los regímenes de larga duración para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la terapia antirretroviral.

La elaboración de modelos epidemiológicos muestra que el logro de estas metas para 2025 pondría al mundo muy cerca de una reducción del 90% de las infecciones anuales para 2030 (utilizando 2010 como referencia) como se establece en los ODS. Se lograrían reducciones similares en el caso de las muertes por causas relacionadas con el sida (Figura 2).

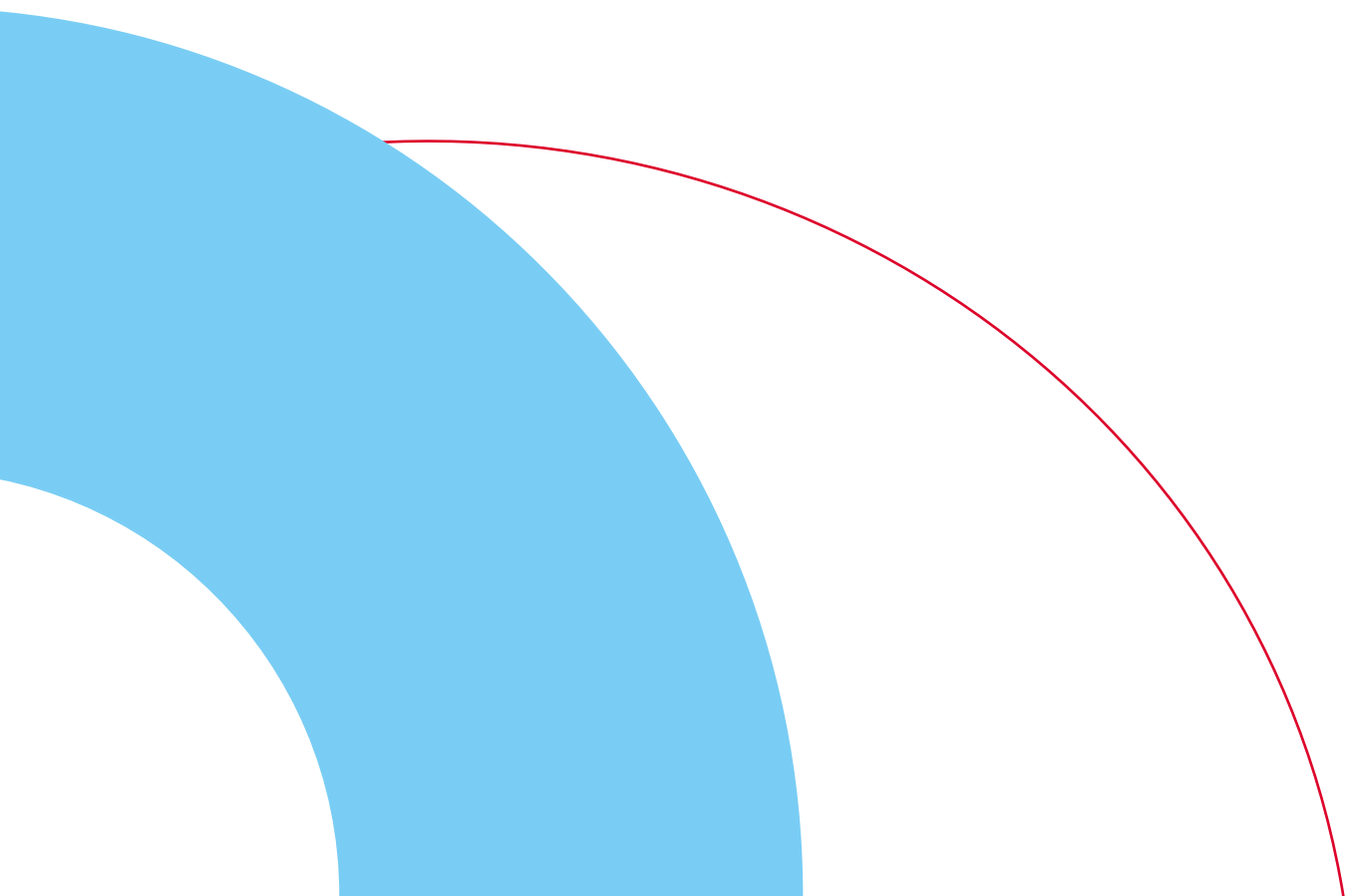
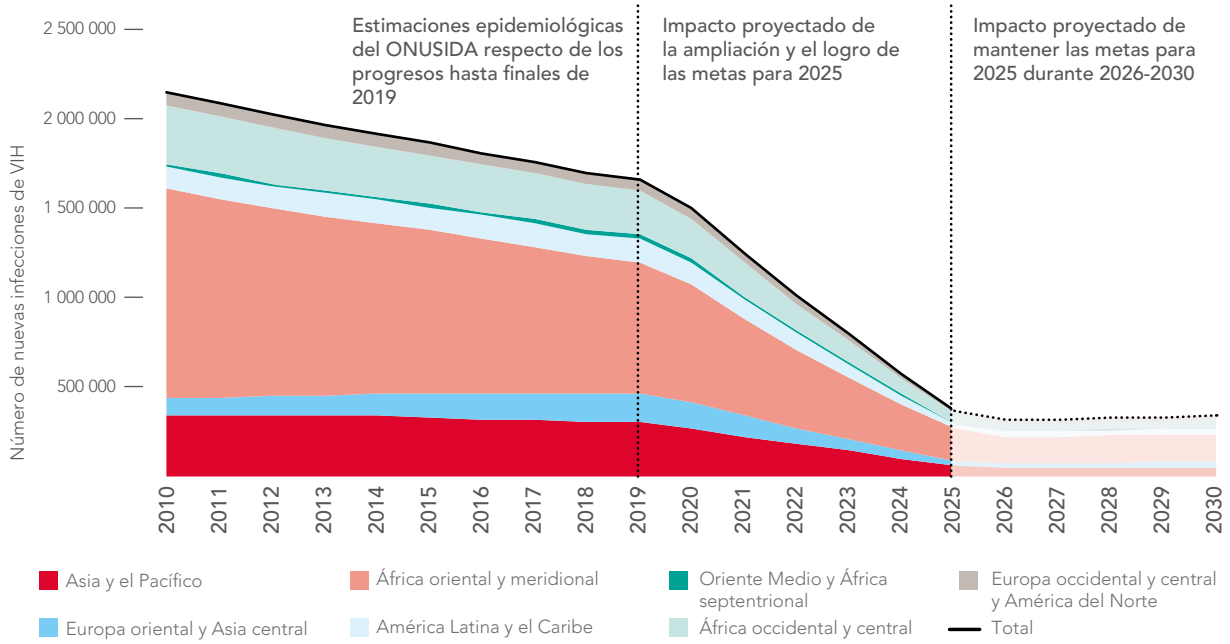


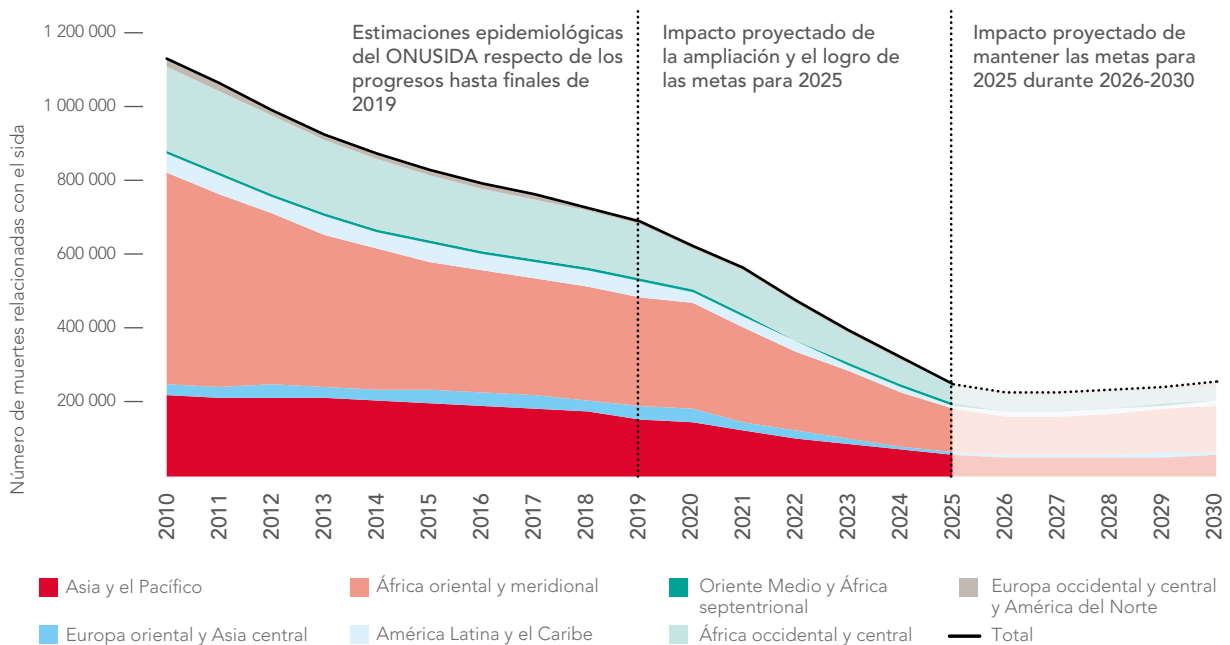
FIGURA 2

Efectos previstos de la consecución de las metas para 2025

Infecciones por VIH



Muertes relacionadas con el sida



Fuente: Análisis especial de Avenir Health utilizando las metas para 2025 y las estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) (véase el anexo sobre metodología)

COVID-19 como un desafío y una oportunidad históricos

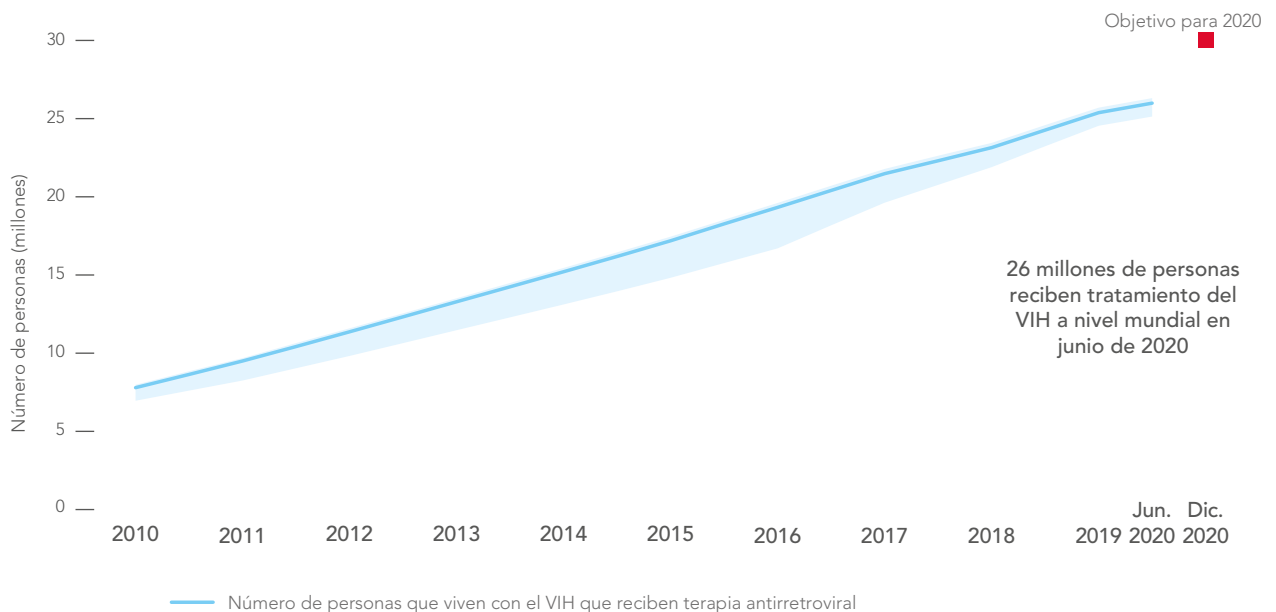
COVID-19 se ha extendido por todo el mundo a una velocidad aterradora, con olas de infecciones que se extienden por países, ciudades y comunidades. Esta nueva pandemia ha tenido efectos de gran alcance en los sistemas de salud y otros servicios públicos. Los servicios relacionados con el VIH se han interrumpido y las cadenas de suministro de productos básicos se han extendido.

Este impacto se refleja en la disminución del número mensual de nuevos diagnósticos de VIH e inicios de tratamiento. Menos personas están iniciando la terapia antirretroviral, lo que está frenando el aumento del número total de personas que viven con el VIH que están en tratamiento. Se estima que 26,0 millones [25,1—26,2 millones] de personas estaban en tratamiento a mediados de junio, lo que supone un

aumento de solo el 2,4% con respecto a la estimación de 25,4 millones a fines de 2019. En comparación, la cobertura del tratamiento aumentó en un 4,8% estimado entre enero y junio de 2019. En total, sería necesario que otros 4 millones de personas accedieran al tratamiento para alcanzar el objetivo de 30,0 millones para fines de 2020 (Figura 3).

FIGURA 3

Número de personas que viven con el VIH que tienen acceso a la terapia antirretroviral, a nivel mundial, 2000 a junio de 2020 y el objetivo para fines de 2020

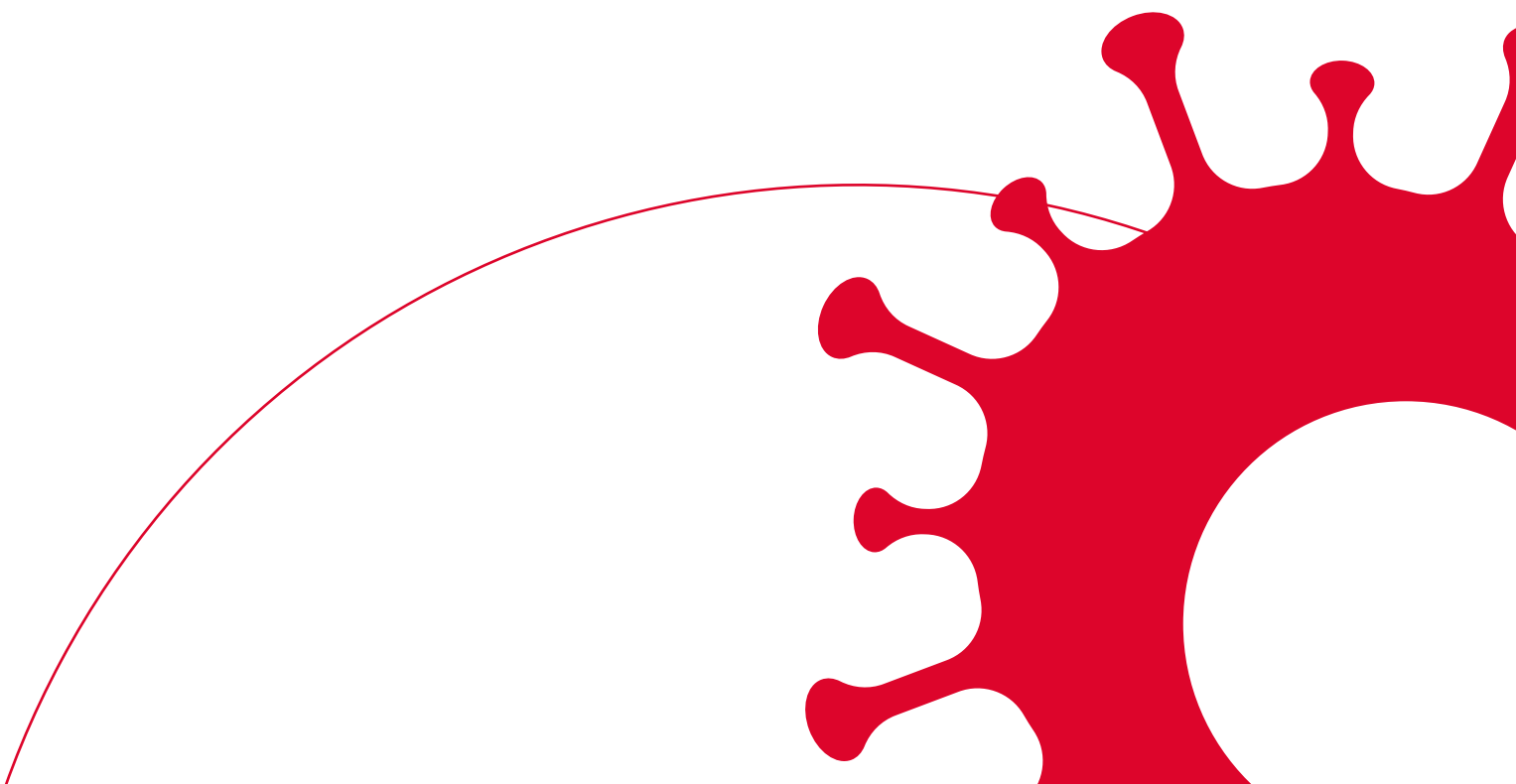


Fuente: Estimaciones del ONUSIDA para 2020; Monitoreo Global del SIDA del ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); herramienta de seguimiento de los servicios relacionados con el VIH del ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

El confinamiento y el distanciamiento físico han hecho que sea difícil, o incluso imposible, llevar a cabo encuentros cara a cara. Las bruscas y repentinas recesiones económicas han aumentado la pobreza y el hambre, y se teme que la disminución del espacio fiscal en muchos países limitará inevitablemente las inversiones nacionales en la respuesta al VIH en los próximos años.

Sin embargo, al mismo tiempo, la pandemia de la COVID-19 ha puesto de relieve la agilidad de la respuesta al VIH y los numerosos beneficios indirectos de las inversiones en sistemas de salud e infraestructura de desarrollo. Gracias a las innovaciones en materia de políticas y prestación de servicios, y especialmente a las innovaciones de las comunidades, la respuesta al VIH ha estado a la altura, en gran medida, del desafío planteado por la pandemia de COVID-19, y ha permitido asegurar la continuidad de los servicios frente a impedimentos extraordinarios. Es probable que la COVID-19 tenga efectos negativos concretos en la trayectoria de la respuesta al VIH. A pesar de esto, la capacidad de adaptación de los programas de VIH inspira confianza en que estos efectos negativos podrían ser, dada la inversión necesaria, de corta duración.

Las pandemias de VIH y de COVID-19 y sus respuestas ponen en evidencia la importancia de aumentar la capacidad de recuperación de las sociedades y los sistemas de salud, así como la importancia de abordar las desigualdades subyacentes. La velocidad con la que el virus que causa la COVID-19 se ha propagado por todo el mundo también ha sido un duro recordatorio de la creciente interconexión de las comunidades y los países en el siglo XXI. Ningún país puede derrotar estas pandemias por sí solo. Alimentar las pasiones nacionalistas, señalar con el dedo al exterior y acaparar avances médicos no puede derrotar a los virus que no reconocen nacionalidades ni respetan fronteras. Las lecciones de la historia muestran que desafíos de esta magnitud solo pueden ser derrotados forjando la solidaridad mundial, aceptando una responsabilidad compartida y movilizand una respuesta que no deje a nadie atrás.



02



Доступ к медикаментам

**ПОДДЕРЖАТЬ
НЕ НАКАЗЫВАТЬ**

Support,
don't
punish.

EL LEGADO DE LA ACCIÓN ACELERADA: ÉXITOS Y DEFICIENCIAS

Numerosos países han adoptado el enfoque de la acción acelerada y han reducido considerablemente las infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el sida. Sin embargo, sus logros se han visto contrarrestados por los muchos países que están haciendo poco o ningún progreso.

Un momento decisivo de la respuesta mundial al VIH se produjo en 2001, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas sentó las bases para establecer el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), y se dieron los primeros pasos hacia un acceso mucho mayor a las pruebas de detección del VIH, el tratamiento, la prevención y otros servicios. Las reuniones de alto nivel de la Asamblea General celebradas posteriormente en 2006 y 2011 mantuvieron ese momentum.

En 2016, la Asamblea General de las Naciones Unidas asumió 10 compromisos clave en la Declaración Política para poner fin a la epidemia del sida de 2016 para aumentar y anticipar las inversiones en un plazo de cinco años a fin de acelerar la ampliación de la cobertura de los servicios y establecer un impulso para poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública para 2030 (Figura 4). La elaboración de modelos epidemiológicos mostró que el cumplimiento de esos compromisos reduciría las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida a unas 500 000 por año para 2020, lo que representa una reducción de aproximadamente el 75% de la incidencia del VIH y de la mortalidad relacionada con el sida desde 2010. La respuesta mundial al VIH entró en esta nueva era de aceleración con considerable optimismo.

Numerosos países de múltiples regiones y contextos epidémicos han adoptado el enfoque de acción acelerada. Sin embargo, sus logros se han visto contrarrestados por los muchos países que están haciendo poco o ningún progreso. En regiones enteras, la respuesta está retrocediendo en lugar de avanzar, ya que las nuevas infecciones de 2010 a 2019 aumentaron en un 72% en Europa Oriental y Asia Central, en un 22% en Oriente Medio y África septentrional, y en un 21% en América Latina. La visión de la acción acelerada, de un mundo en una trayectoria clara para 2020 hacia la eliminación del sida como amenaza a la salud pública, no se hizo realidad. A nivel mundial, no se ha cumplido ninguno de los 10 compromisos. A 10 años de la fecha límite para poner fin a la epidemia, se necesita urgentemente corregir el curso.

FIGURA 4

Compromisos de acción acelerada para 2020

METAS 2020 FALLIDAS

HITOS DEL NIVEL DE IMPACTO

Reducir las nuevas infecciones por VIH a menos de 500 000 para 2020

Reducir las muertes relacionadas con el sida a menos de 500 000 para 2020

Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH para 2020

10 COMPROMISOS



1

Garantizar que 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento mediante el cumplimiento de las metas 90-90-90 para 2020.



2

Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para 2020 y, a su vez, garantizar que 1,6 millones de niños tengan acceso al tratamiento del VIH para 2018 y 1,4 millones para 2020.



3

Garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, incluyendo la profilaxis previa a la exposición, la circuncisión masculina médica voluntaria, la reducción de daños y los condones, a al menos el 90% de la población para 2020, especialmente las mujeres jóvenes y las adolescentes en países de alta prevalencia y las poblaciones clave: hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas trabajadoras sexuales y sus clientes, personas que se inyectan drogas y personas encarceladas o privadas de libertad.



4

Eliminar las desigualdades de género y acabar con todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave, para el año 2020.



5

Garantizar que el 90% de las personas jóvenes tengan las habilidades, los conocimientos y la capacidad que necesitan para protegerse del VIH y que tengan acceso a los sistemas de salud sexual y reproductiva para 2020, a fin de reducir el número de nuevas infecciones por VIH en adolescentes y mujeres jóvenes a menos de 100 000 al año.



6

Garantizar que el 75% de las personas que viven con el VIH o que estén en situación de riesgo o que se vean afectadas por el VIH se beneficien de protección social sensible con respecto al VIH para el año 2020.



7

Garantizar que como mínimo el 30% de todas las prestaciones de servicios estén dirigidas por la comunidad para el año 2020.



8

Garantizar que las inversiones en VIH aumenten a 26 000 millones de dólares estadounidenses para 2020, incluyendo una cuarta parte para la prevención del VIH y el 6% para los habilitadores sociales.



9

Empoderar a las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo por el VIH y que se ven afectadas por el VIH para que conozcan sus derechos y accedan a la justicia y a servicios legales para prevenir y dar respuesta a violaciones de derechos humanos.



10

Comprometerse a sacar al sida del aislamiento mediante sistemas centrados en las personas para mejorar la cobertura sanitaria universal, incluido el tratamiento de la tuberculosis, el cáncer de cuello uterino y la hepatitis B y C.

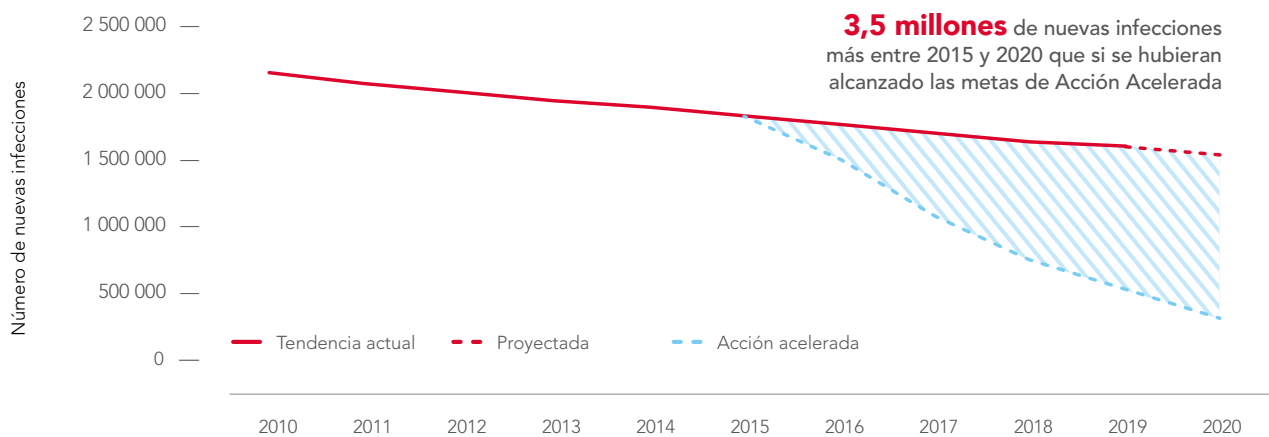
Hacia los tres ceros: avances importantes, pero insuficientes

Los resultados de la búsqueda para hacer realidad la visión de los tres ceros (cero nuevas infecciones por VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida) se han mezclado en los últimos años y están muy lejos de las aspiraciones mundiales. La incapacidad colectiva para invertir lo suficiente en respuestas al VIH

integrales, basadas en los derechos y centradas en la persona, tiene un precio terrible: de 2015 a 2020, hubo 3,5 millones más de infecciones por el VIH y 820 000 muertes más relacionadas con el sida que si el mundo estuviera en vías de alcanzar las metas de 2020 (Figuras 5 y 6).

FIGURA 5

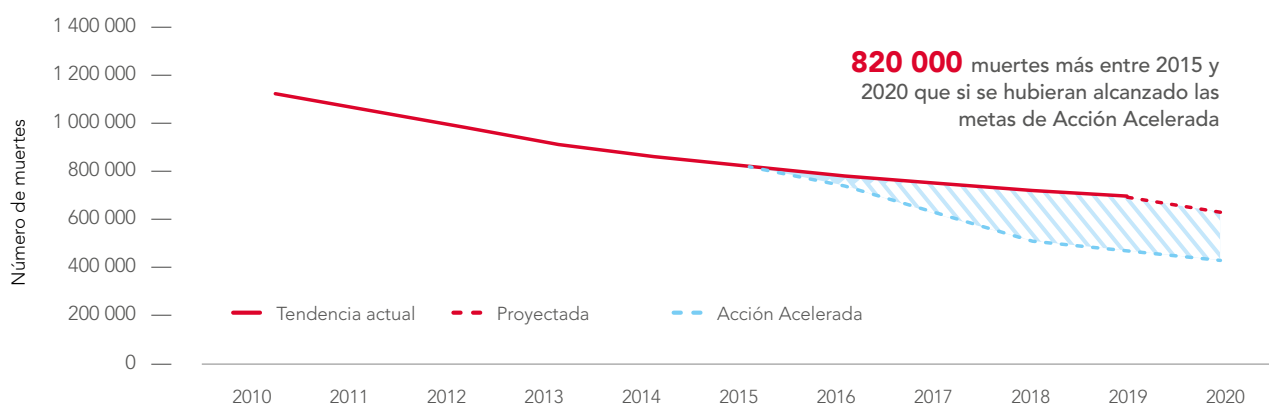
Nuevas infecciones por VIH proyectadas hasta 2020, y predicción modelada resultante de las intervenciones de acción acelerada, a nivel mundial, 2010-2020



Fuente: Análisis especial de Avenir Health utilizando las estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 6

Muertes relacionadas con el sida proyectadas hasta 2020, y predicción modelada resultante de las intervenciones de acción acelerada, a nivel mundial, 2010-2020



Fuente: Análisis especial de Avenir Health utilizando las estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los métodos para estimar la mortalidad relacionada con el sida han mejorado desde 2016. Por lo tanto, las estimaciones más recientes para la mortalidad relacionada con el sida (línea roja) son más bajas antes de 2016 que las estimaciones que se utilizaron para calcular las metas para 2020 (línea azul punteada).

Cero nuevas infecciones

Dos países (Singapur y Trinidad y Tobago) lograron reducir un 75% las nuevas infecciones entre 2010 y 2019, y un total de 22 países estaban en vías de lograr una reducción del 90% para 2030. Estos éxitos subrayan el impacto de la acción concertada.

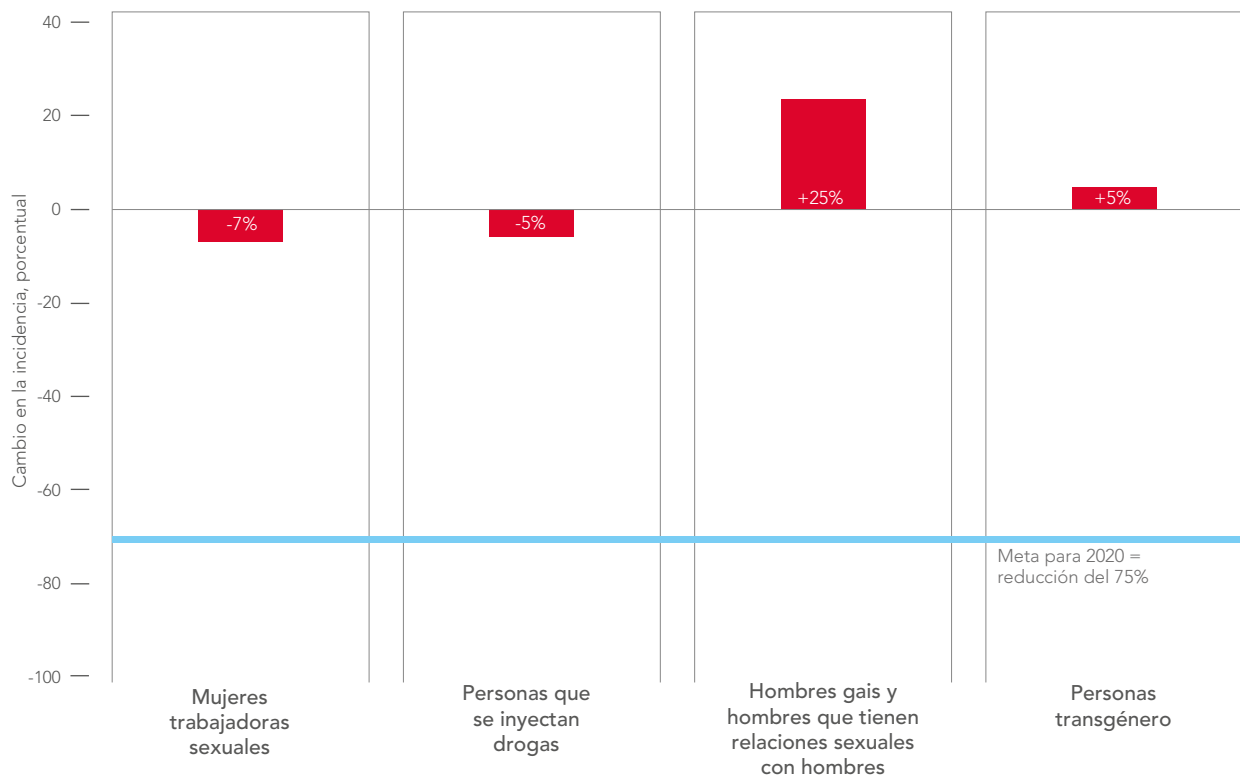
Sin embargo, a nivel mundial, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron solo un 23% de 2010 a 2019. Los 1,7 millones [1,2—2,2 millones] de nuevas infecciones que se produjeron en 2019 son más de tres veces superiores al objetivo mundial de menos de 500 000 nuevas infecciones en 2020. El número

de mujeres jóvenes infectadas en 2019 (280 000 [160 000—420 000]) fue casi tres veces mayor que el objetivo mundial de menos de 100 000 para 2020.

También hubo un estimado de 150 000 [94 000-240 000] nuevas infecciones por el VIH entre los niños (de 0 a 14 años) en 2019, en comparación con la meta de 2020 de menos de 20 000. Además, apenas se ha reducido el número de infecciones por el VIH entre las trabajadoras sexuales, las personas que se inyectan drogas y las mujeres transgénero, y las infecciones por el VIH entre los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentaron un 25% entre 2010 y 2019 (Figura 7). En 2019, las poblaciones clave (incluidos los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, las personas trabajadoras sexuales, las personas transgénero y las personas privadas de libertad) y sus parejas representaron el 62% de todas las nuevas infecciones en todo el mundo, incluida la mayor parte de las nuevas infecciones en todas las regiones, excepto en el África oriental y meridional.

FIGURA 7

Variación porcentual de la incidencia del VIH en las poblaciones clave de 2010 a 2019



Fuente: Análisis especial del ONUSIDA de los datos disponibles de poblaciones clave, 2020

Cero muertes relacionadas con el sida

La reducción continua y constante de las muertes por causas relacionadas con el sida representa el progreso más prometedor logrado en la última década. Un país (el Estado Plurinacional de Bolivia) logró una reducción del 75% de la mortalidad relacionada con el sida entre 2010 y 2019, y un total de 26 países estaban en vías de lograr una reducción del 90% para 2030. En general, la cantidad mundial de muertes relacionadas con el sida disminuyó en un 39% de 2010 a 2019. Es un progreso del que hay que enorgullecerse; no obstante, la cantidad de muertes relacionadas con el sida en 2019 (690 000 [500 000-970 000]) sigue superando con creces la meta de 2020 de reducir la mortalidad a menos de 500 000.

Cero discriminación

Si bien la respuesta al VIH ha avanzado mucho en la ampliación de los enfoques biomédicos, especialmente en lo que respecta a las pruebas y el tratamiento, el hecho de que no se aborden importantes cuestiones sociales y estructurales disminuye el alcance, el impacto y la sostenibilidad de los servicios de VIH. Las encuestas hechas entre la población indican que, si bien las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH están disminuyendo en algunos países, están aumentando en otros, y siguen siendo elevadas en un nivel inaceptable en todos los entornos en que se han realizado encuestas. Las encuestas realizadas a personas que viven con el VIH en 13 países confirman también que el estigma y la discriminación en los centros de atención de salud, en forma de rechazo de atención, actitudes despectivas, procedimientos coercitivos o violación de la confidencialidad, siguen siendo inquietantemente comunes (Figura 8).

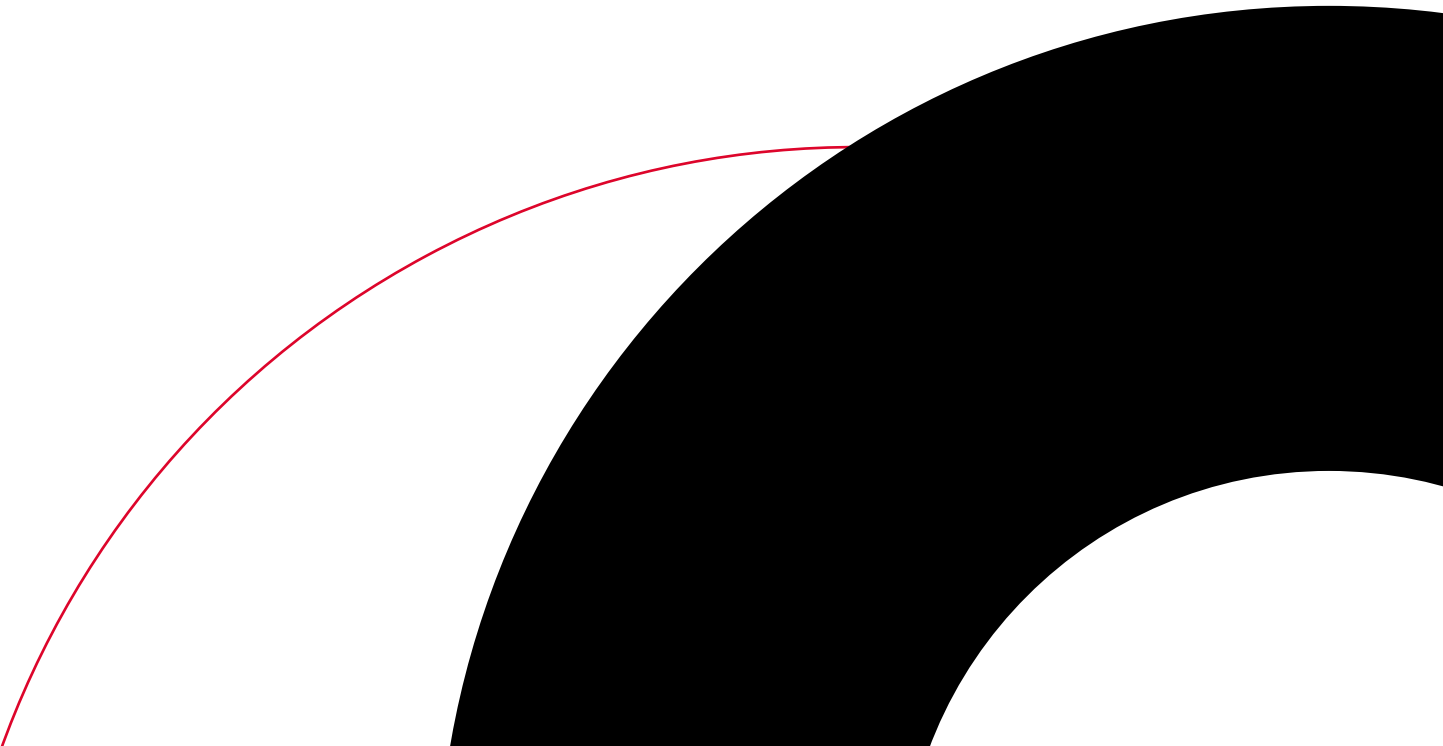
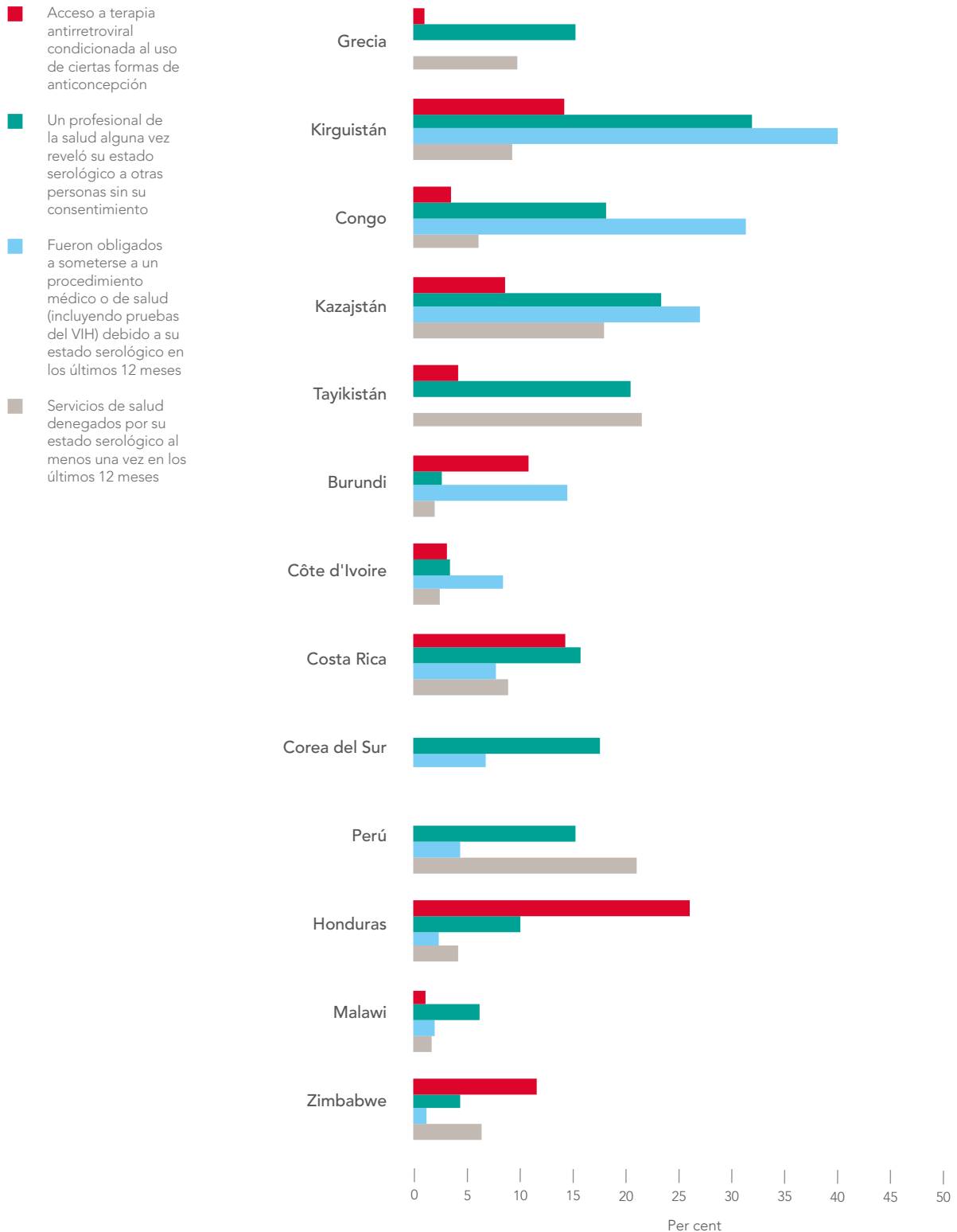


FIGURA 8

Porcentaje de personas que viven con el VIH que sufrieron diferentes formas de discriminación en los centros de atención de salud, países con datos disponibles, 2013–2018



Fuente: Encuestas del Índice de estigma a personas que viven con VIH, 2013–2018.



Si bien la respuesta al VIH ha avanzado mucho en la ampliación de los enfoques biomédicos, especialmente en lo que respecta a las pruebas y el tratamiento, el hecho de que no se aborden importantes cuestiones sociales y estructurales disminuye el alcance, el impacto y la sostenibilidad de los servicios del VIH

NO ALCANZAR LAS METAS DE ACCIÓN ACELERADA

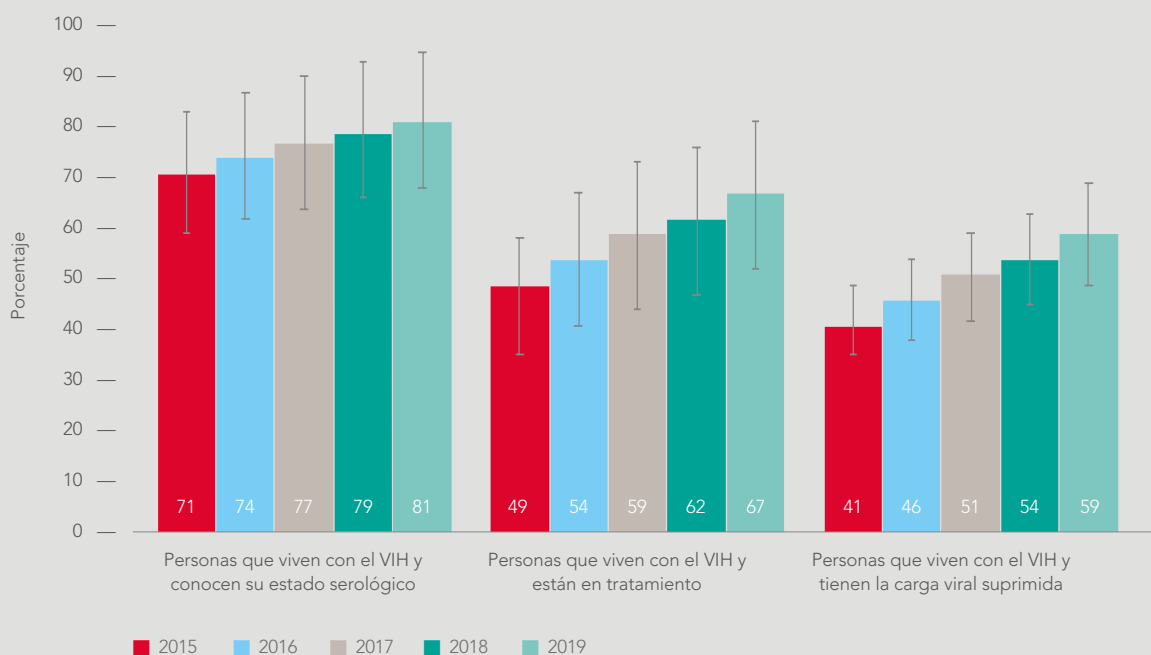
El progreso insuficiente hacia la visión de los tres ceros se debe a que el mundo no se ha mantenido encaminado para alcanzar ninguna de las metas de acción acelerada para 2020.

El progreso hacia las metas 90-90-90 de pruebas y tratamientos ha sido un punto relativamente positivo. A fines de 2019, el 81% de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico; entre los que conocían su estado, el 82% estaba en tratamiento y el 88% de los que estaban en tratamiento habían logrado la supresión viral. Sin embargo, las deficiencias en esta cascada de servicios se combinaron para dejar la proporción de todas las personas que viven con el VIH que fueron suprimidas viralmente en un 59% [49-69%] (Figura 9), muy por debajo del objetivo de supresión viral del 73% de las metas 90-90-90.

Las nuevas infecciones de VIH entre los niños se redujeron en más de la mitad entre 2010 y 2019, pero el progreso en la eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo ha sido lento desde 2016. Esto se debe en parte a los problemas relacionados con el diagnóstico de las mujeres infectadas en las últimas

FIGURA 9

Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, a nivel mundial, 2015–2019



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2020 (véase el anexo sobre metodología).

etapas del embarazo y durante el período de lactancia, y para retener en el tratamiento a las que han sido diagnosticadas durante todo el embarazo y la lactancia. La cobertura de tratamiento entre los niños que viven con el VIH (53% en 2019) se ha estabilizado a un nivel muy inferior a la cobertura de los adultos (68%).

No se ha avanzado lo suficiente en la prevención combinada de la infección por VIH entre los adultos. Un análisis realizado por la Coalición Mundial para la Prevención del VIH reveló que la cobertura en 2019 en los principales pilares de la prevención combinada era muy inferior al objetivo mundial del 90% (Tabla 1). El conocimiento integral de las personas jóvenes sobre el VIH también es notablemente inferior a la meta de acción acelerada del 90%.

TABLA 1

Principales deficiencias en el logro de las metas de cobertura de la prevención del VIH (28 países de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH, a menos que se indique lo contrario), 2018-2019

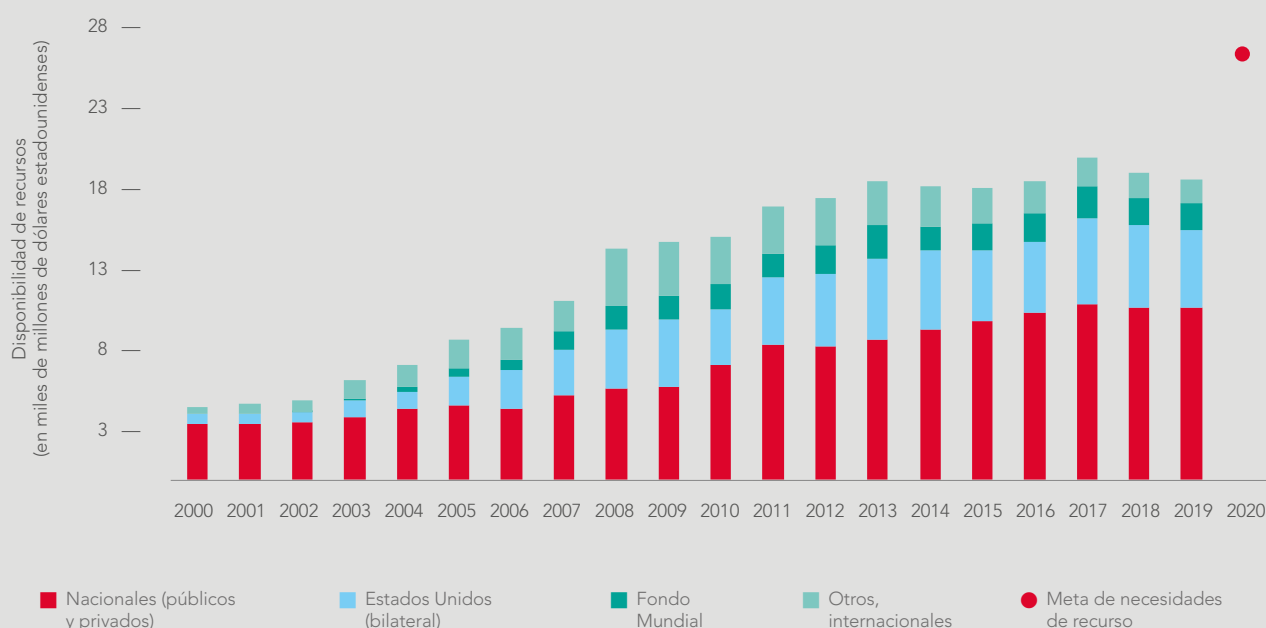
Compromisos para 2020 hechos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2016	Indicador (fecha de evaluación)	Progreso realizado a fines de 2019 (promedio de los países informantes).
El 90% de las adolescentes y las mujeres jóvenes en entornos de alta prevalencia tienen acceso a servicios de prevención integrales	Porcentaje de lugares de alta incidencia cubiertos con programas integrales para niñas adolescentes y mujeres jóvenes	41%
El 90% de las poblaciones clave de todo el mundo tiene acceso a servicios de prevención integrales	Porcentaje de poblaciones clave que declararon haber recibido al menos dos servicios de prevención en los últimos tres meses	Trabajadoras sexuales: 44% Hombres gais/HSH: 30% Personas que se inyectan drogas: 34%
En los países de ingresos bajos y medios se distribuyen 20 000 millones de condones al año	Porcentaje de la necesidad de distribución de condones satisfecha	59%
Otros 25 millones de hombres jóvenes fueron voluntariamente circuncidados por razones médicas en 14 países de África entre 2016 y 2020	Porcentaje alcanzado de la meta de circuncisión médica masculina voluntaria	15 millones de circuncisiones masculinas médicas voluntarias (acumulativas desde 2016)
3 millones de personas de alto riesgo acceden a la PrEP	Número de personas en la PrEP (datos mundiales)	590 000

Fuente: Datos del análisis especial de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH sobre el seguimiento mundial del sida, 2019 y 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>), y otros datos programáticos comunicados por los países a través de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH.

En 2019, se disponía de 18 600 millones de dólares estadounidenses (dólares estadounidenses constantes de 2016) para la respuesta al VIH, casi un 30% menos que los 26 200 millones de dólares estadounidenses que ONUSIDA estima necesarios para la respuesta mundial. Al igual que en otros aspectos de la respuesta, los esfuerzos de movilización de recursos experimentaron una marcada pérdida de impulso durante el período de la acción acelerada: los recursos totales para el VIH aumentaron en un 20% de 2010 a 2015, pero solo en un 3% de 2015 a 2019, incluyendo una disminución del 2% desde 2017 (Figura 10).

FIGURA 10

Disponibilidad de recursos y principales fuentes de financiación para el VIH en los países de ingresos bajos y medios, 2000–2019, con la meta de necesidades de recursos para 2020



Fuente: Estimaciones financieras del ONUSIDA, julio de 2020 (véase <http://hivfinanciam.unaids.org/hivfinanciamdashboards.html>).

Nota: Dólares en moneda constante a 2016.

La visión de acción acelerada de transformar las condiciones sociales y estructurales que afectan a la vulnerabilidad al VIH y a la captación de servicios también sigue sin alcanzarse. En 46 países en los que se realizaron encuestas entre 2014 y 2018, aproximadamente una de cada cinco mujeres y niñas adolescentes y jóvenes casadas o en pareja había sufrido violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en los 12 meses anteriores. Esto demuestra claramente el fracaso mundial para eliminar las desigualdades de género y poner fin a todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave para 2020.

El mundo tampoco logró alcanzar el objetivo de que el 75% de las personas que viven con el VIH, que corren el riesgo de contraerlo y que están afectadas por él, se beneficien de una protección social sensible con respecto al VIH. Solo 5 de los 21 países con una elevada carga de VIH que cuentan con estrategias de protección social que mencionan específicamente a las personas que viven con el VIH como principales beneficiarios informaron que habían logrado una cobertura mínima del 50% para al menos una prestación de protección social. Los informes de 90 países también revelan deficiencias en la asistencia legal para las personas que viven con el VIH y están afectadas por él.

La ambición mundial se hizo realidad en algunos países

Aunque el progreso general en la respuesta desde 2015 ha sido desalentador, numerosos países en diversas regiones y con diferentes niveles de desarrollo económico han acelerado con éxito sus respuestas al VIH.

En el África subsahariana, tanto Botswana como Eswatini han alcanzado las metas 90-90-90 (Eswatini superó los puntos de referencia 95-95-95), incluidos resultados comparables de pruebas en cascada tanto para mujeres como para hombres. En cumplimiento de los principios de responsabilidad compartida en la respuesta, los recursos internos de Botswana cubren actualmente casi dos tercios de los gastos relacionados con el VIH (el 63% en 2017, último año del que se dispone información). Zimbabwe ha alcanzado el objetivo mundial de supresión viral (el 73% de todas las personas que viven con el VIH), y las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida disminuyeron en un 44% y un 61%, respectivamente, de 2010 a 2019. Zimbabwe también ha movilizado importantes recursos internos mediante un fondo fiduciario nacional específico que ayuda a financiar el programa de tratamiento del VIH del país.

En Asia, Camboya está a punto de alcanzar las metas 90-90-90: ya supera el resultado de la supresión viral del 73%. Tailandia también ha acelerado su respuesta, alcanzando las metas 90-90-90 e invirtiendo en servicios dirigidos por la comunidad para las poblaciones marginadas. Como prueba del compromiso político de Tailandia en la lucha contra el VIH, los recursos nacionales cubrieron casi el 92% de los gastos relacionados con el VIH en 2019.

Varios países de altos ingresos están en vías de poner fin a la epidemia a nivel nacional. En Suiza, cada año se diagnostican menos de 500 personas con VIH, ya que el país tiene una tasa excepcionalmente alta de supresión viral (el 86% [56–100%] en 2019) y una rápida aceptación de la PrEP, especialmente entre los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En los Países Bajos, el 91% [82–99%] de las personas que viven con el VIH eran conscientes de su situación, el 85% [77–93%] de las personas que viven con el VIH estaban en terapia antirretroviral y el 83% [75–91%] estaban suprimidas viralmente.

Una respuesta al VIH centrada en las personas

Para enderezar el rumbo de la respuesta mundial, las lecciones aprendidas durante la era de la Acción Acelerada deben aplicarse de manera amplia y escalarse. Una de esas lecciones es la eficacia de las respuestas centradas en las personas. En lugar de esperar que las diversas personas y comunidades se adapten a un enfoque particular de prestación de servicios, los proveedores deben adaptar sus servicios para llegar a quienes más los necesitan. El enfoque es holístico y aborda los problemas más amplios a los que se enfrentan las personas que viven con el VIH y las personas con mayor riesgo de infección por el VIH.

Las comunidades entienden mejor sus propias necesidades y poseen la pasión y el conocimiento que impulsan la promoción, el desarrollo de políticas y el diseño de servicios de forma efectiva. También tienen la motivación para garantizar la rendición de cuentas. Cuando las comunidades lideran el diseño y la prestación de servicios relacionados con el VIH, esos servicios se acercan a quienes los necesitan, aumentan la conveniencia y minimizan las barreras al transporte. El liderazgo de la comunidad también permite asegurar que cada persona que accede a los servicios sea bienvenida, respetada, servida y escuchada.

Un creciente y convincente conjunto de evidencias demuestra la eficacia de las respuestas al VIH dirigidas por la comunidad y centradas en las personas. Las comunidades han desempeñado funciones de liderazgo en el desarrollo, la experimentación y la evaluación de modelos diferenciados de prestación de servicios para el VIH, que a su vez han tenido un efecto transformador en la prestación de servicios de tratamiento del VIH y han permitido que los programas adapten los enfoques a las necesidades de las personas y las comunidades (1-3).

Las organizaciones comunitarias son ideales para prestar servicios aceptables a sus pares. Desempeñan un papel fundamental para llegar a las poblaciones marginadas que a menudo no pueden acceder a los centros de salud convencionales. En Kenia, por ejemplo, HOYMAS,

una clínica hecha por y para hombres trabajadores sexuales, adopta un enfoque holístico y multifacético, proporciona prevención, tratamiento y atención del VIH a sus clientes y al mismo tiempo trabaja para influir en el entorno social mediante la promoción, la

sensibilización de la policía, la formación en asistencia legal y la movilización y capacitación de la comunidad.¹ En Bangkok, Tailandia, el Centro de Salud Comunitario de Tangerine está administrado por profesionales transgénero y sensibles a las cuestiones de género. El centro presta servicios holísticos, que afirman el género y se centran en las personas, a mujeres y hombres transgénero, una población que con frecuencia lucha por obtener una atención apropiada, sensible y de buena calidad (4). El enfoque de Tangerine, dirigido por la comunidad, ha mejorado los resultados de salud de sus clientes transgénero, incluidos niveles más altos de repetición de pruebas de VIH, al proporcionar servicios de salud de gran demanda además de los de VIH, como la terapia hormonal y la detección integral del cáncer y la hepatitis.

Las respuestas dirigidas por la comunidad también ayudan a abordar las desigualdades de género y otros factores sociales y estructurales que afectan la vulnerabilidad al VIH e influyen en el alcance y el éxito de las respuestas al VIH. Por ejemplo, SASA!, una iniciativa de movilización comunitaria que utiliza el activismo, la promoción, la comunicación y la capacitación para cambiar las normas de género de la comunidad, está asociada con una reducción significativa de la violencia o la agresión física, sexual y emocional por parte de las parejas íntimas (5).

Los enfoques dirigidos por la comunidad incluyen hacer responsables a los proveedores de servicios por estar centrados en las personas, con mecanismos de retroalimentación continuos para identificar dónde y por qué los servicios están fallando y cómo se pueden mejorar los resultados de los servicios. El monitoreo dirigido por la comunidad refuerza la base de evidencias sobre la que se pueden planificar, vigilar y mejorar las respuestas al VIH. Por ejemplo, un observatorio de tratamiento dirigido por la comunidad y establecido por la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento ha documentado los obstáculos a los servicios y los problemas de calidad para las personas que viven con el VIH, incluidas las mujeres embarazadas, las personas jóvenes, los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas trabajadoras sexuales (6). De igual modo, el Proyecto Ritshidze, desarrollado por personas que viven con el VIH y sus socios activistas, está llevando a cabo una vigilancia sistemática de los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis en más de 400 clínicas de Sudáfrica (7). El informe *The Global state of harm reduction* (El estado global de la reducción de daños), publicado desde 2006, es el único seguimiento independiente y dirigido por la sociedad civil de la respuesta mundial a las epidemias de VIH y hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas, mientras que los informes anuales de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA) vigilan la prevalencia de las leyes que penalizan las relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo.

¹ Para obtener más información, ingresar en <https://www.galck.org/hoymas>.

03



RESPUESTA Y APRENDIZAJE DE COVID-19

Las restricciones por COVID-19 se han recibido a menudo con la adopción acelerada de enfoques diferenciados y centrados en las personas que han demostrado ser más accesibles y aceptables para las personas que viven con el VIH y las personas con riesgo de infección por el VIH.

La COVID-19 ha impuesto profundos desafíos a todos los países y comunidades, incluso a las respuestas al VIH y a las personas más afectadas por la pandemia del VIH. ONUSIDA está trabajando con los países para rastrear las tendencias de uso de los servicios de VIH mes tras mes, y estos datos muestran que se han producido interrupciones en servicios clave en muchos países. Los informes de la sociedad civil y otros socios sugieren que las restricciones por COVID-19 están teniendo un impacto desproporcionado en los más vulnerables, incluidas las comunidades marginadas y estigmatizadas (8).

Pero aun cuando la COVID-19 ha interrumpido los servicios relacionados con el VIH, la pandemia ha puesto de relieve el carácter transformador de las inversiones en el VIH y el papel esencial que desempeñan las comunidades en la respuesta a las pandemias y en la creación de un desarrollo socioeconómico sostenible. Los desafíos creados por el confinamiento y otras restricciones por COVID-19 se han enfrentado a menudo con la adopción acelerada de enfoques diferenciados y centrados en las personas que han demostrado ser más accesibles y aceptables para las personas que viven con el VIH y las personas en riesgo de infección por el VIH. En muchos países, la cobertura de los servicios se ha recuperado rápidamente. Si bien ha expuesto vívidamente las marcadas desigualdades, COVID-19 también ha señalado formas de hacer que los sistemas de salud y otras instituciones públicas sean más justas, más inclusivas y más capaces de hacer frente a los desafíos del siglo XXI.

El impacto de la COVID-19 en las personas que viven con el VIH y están afectadas por él

Impacto en las personas que viven con el VIH

Mientras los gobiernos de todo el mundo se esforzaban por frenar la propagación de la COVID-19 a principios de 2020 y aliviar la presión sobre los abrumados sistemas de salud con medidas de distanciamiento físico y confinamiento, los modelos iniciales proyectaron que una interrupción de seis meses de la terapia antirretroviral podría causar más de 500 000 [471 000-673 000] muertes adicionales por causas relacionadas con el sida, incluida la tuberculosis, en el África subsahariana en 2020-2021 (9). La

garantización de la continuación del tratamiento para las personas que viven con el VIH se ha incluido en las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales en el contexto de COVID-19, y parece que la mayoría de los países están siguiendo este consejo (10).

De los 25 países que reportaron suficientes datos mensuales sobre el uso de servicios de tratamiento hasta septiembre de 2020, la mayoría no ha registrado ninguna disminución desde abril de 2020 en el número total de personas que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral. Si bien Haití ha logrado seguir ampliando la cobertura del tratamiento, se han registrado descensos preocupantes en el uso del tratamiento en República Dominicana, Guyana, Perú, Sierra Leona y Sudáfrica, país que tiene la mayor población mundial de personas que viven con el VIH (Figura 11). El número de personas en tratamiento en Botswana parecía estable entre abril y junio, sin embargo, la disminución reportada en julio podría reflejar las interrupciones que se produjeron en los meses anteriores.

Otro motivo de preocupación son las grandes y sostenidas disminuciones de las pruebas de detección del VIH reportadas en los 24 países que han presentado suficientes datos mensuales. Si bien seis de esos países habían repuntado a los niveles de prueba anteriores a

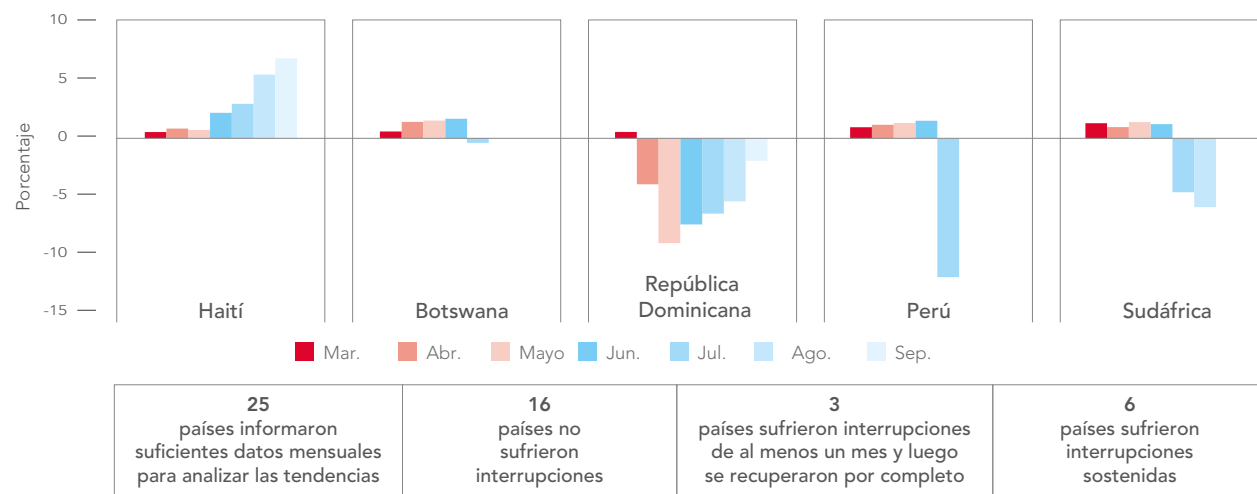
COVID-19 hasta septiembre, en muchos de los demás, incluidos los países del África oriental y meridional con grandes programas de pruebas de VIH, el número de pruebas de VIH que se realizan sigue siendo inferior a los niveles de enero y febrero (Figura 12).

Junto con la disminución de las pruebas, la pandemia de COVID-19 parece estar socavando los esfuerzos para iniciar el tratamiento en personas recién diagnosticadas. Todos menos uno de los 28 países (Jamaica es la excepción), que han reportado suficientes datos mensuales han notificado disminuciones en el número de personas que viven con el VIH que están iniciando el tratamiento. Estas disminuciones han sido particularmente profundas y sostenidas en República Dominicana, Kirguistán, Lesoto, Sierra Leona y Sudáfrica. Solo seis países han visto volver los inicios del tratamiento a los mismos niveles que en enero y febrero, incluida Nigeria, que reportó grandes aumentos en julio, agosto y septiembre (Figura 13).

Los servicios de pruebas y tratamiento para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo han experimentado interrupciones similares. De los 13 países que comunicaron datos mensuales suficientes, 6 experimentaron disminuciones del 25% o más en el número de mujeres embarazadas que se hicieron pruebas de detección del VIH. Lesoto y Uganda se encuentran entre los países que se recuperaron

FIGURA 11

Cambio en el número de personas que reciben terapia antirretroviral por mes, en comparación con la línea de base, países seleccionados, 2020



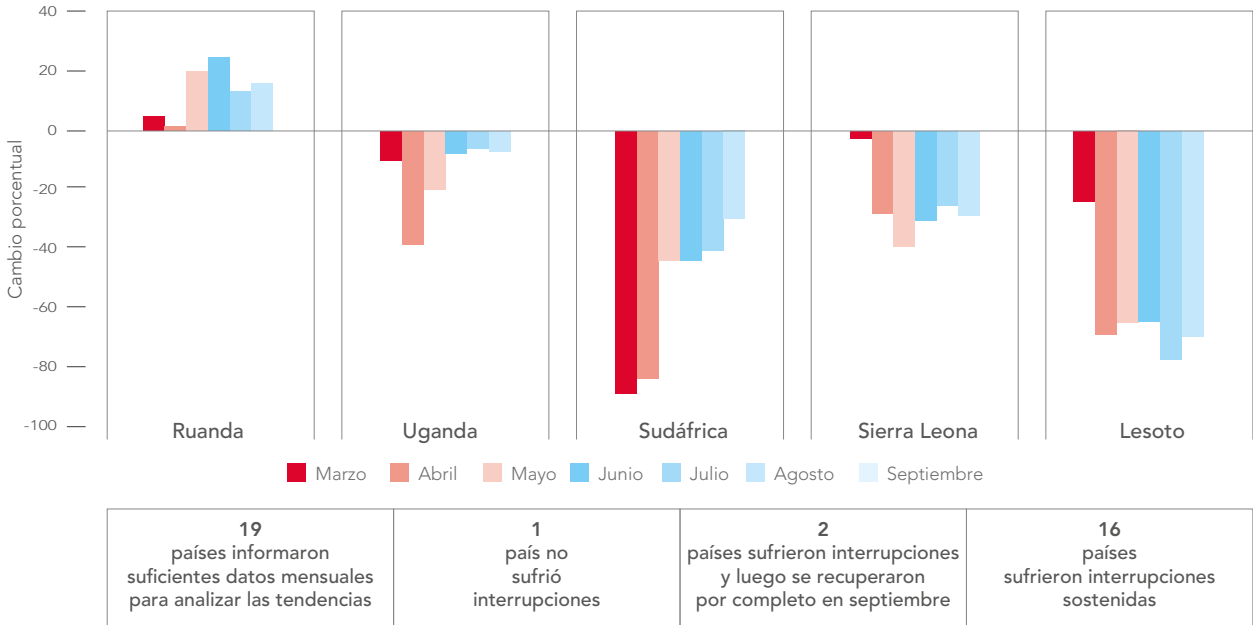
Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: La línea de base es el promedio de enero y febrero

Nota para los escritores sobre la interpretación: El impacto de la COVID en el número de tratamientos varía según el país con datos disponibles. En Sudáfrica, alrededor de 300 000 personas menos estaban en tratamiento en agosto respecto de enero. Las medidas de confinamiento en abril podrían explicar las caídas de julio para los países que usan una definición de pérdida en el seguimiento de 3 meses. Las personas que no regresan dentro de los 3 meses de una cita perdida en abril solo se contarán como fuera de tratamiento en julio. La mayoría de los países usa actualmente una definición de pérdida en el seguimiento de 3 meses

FIGURA 12

Cambio en el número de pruebas y resultados de VIH devueltos por mes, en comparación con la línea de base, países seleccionados, 2020



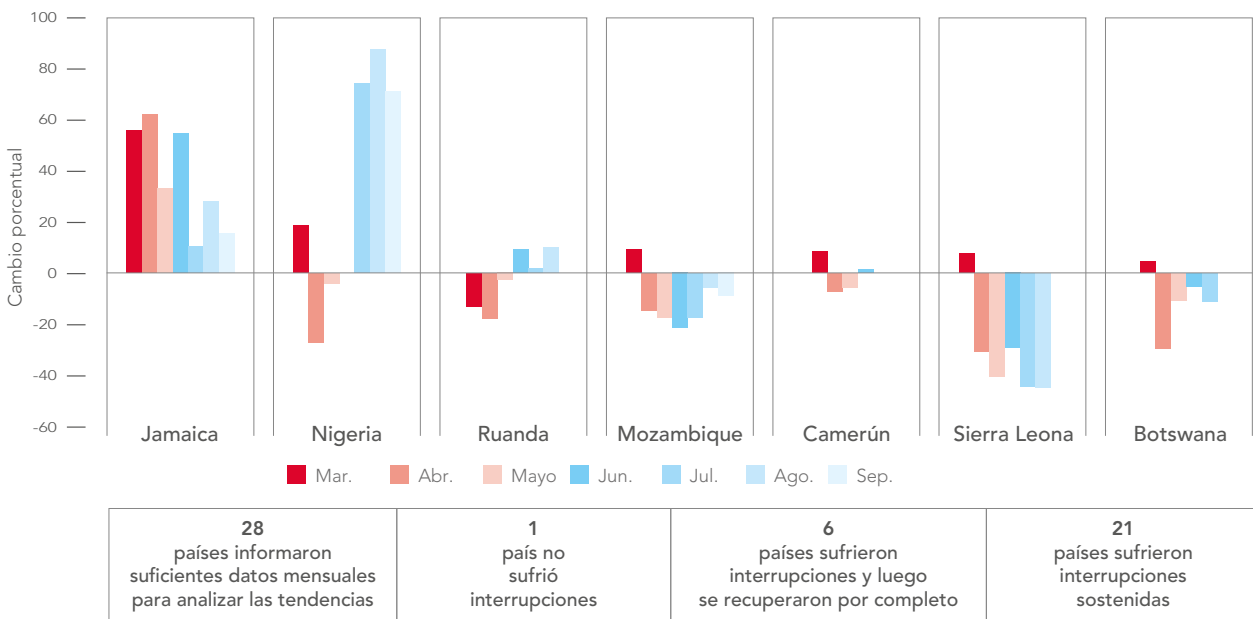
Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: La línea de base es el promedio de los informes de enero y febrero

Nota: Los países seleccionados cumplían los siguientes criterios: (a) proporcionó datos correspondientes a enero y febrero de 2020; (b) informó sobre al menos 50 personas que recibían servicios en enero; (c) tenía un mínimo del 50% de los centros presentando informes durante el mes; y (d) tenía al menos seis meses de datos.

FIGURA 13

Cambio en el número de personas que empiezan a recibir terapia antirretroviral por mes, en comparación con la línea de base, países seleccionados, 2020



Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: La línea de base es el promedio de enero y febrero

Nota: Los países seleccionados cumplían los siguientes criterios: (a) proporcionó datos correspondientes a enero y febrero de 2020; (b) informó sobre al menos 50 personas que recibían servicios en enero; (c) tenía un mínimo del 50% de los centros presentando informes durante el mes; y (d) tenía al menos seis meses de datos.

rápidamente de estas interrupciones en las pruebas, mientras que las interrupciones han sido más sostenidas en Camboya, Etiopía, Kenia y Sudáfrica (Figura 14). El número de mujeres embarazadas que comenzaron a recibir terapia antirretroviral disminuyó en un 25% o más en 5 de los 10 países que comunicaron datos mensuales suficientes. Estas disminuciones fueron agudas y de corta duración en Lesoto y Zimbabwe, mientras que se extendieron hasta septiembre en Kenia y Sudáfrica (Figura 15).

Los servicios de pruebas y tratamiento del VIH se ven aún más amenazados por las interrupciones asociadas a las medidas de control de COVID-19 que han afectado a la fabricación y el transporte de mercancías. Éstos tienen el potencial de generar escasez de medicamentos antirretrovirales o contribuir al aumento de precios de esos productos en el futuro (11). Una encuesta realizada por el Grupo Europeo de Tratamiento de Sida en 26 países de Europa y Asia central a finales de abril y principios de mayo de 2020 encontró evidencia de escasez de medicamentos para el VIH en siete países diferentes, incluida la escasez relacionada con el proceso de adquisición en la Federación de Rusia y Ucrania (12). La encuesta también encontró que a las personas que viven con el VIH en al menos ocho países se les pidió que cambiaran los regímenes de tratamiento

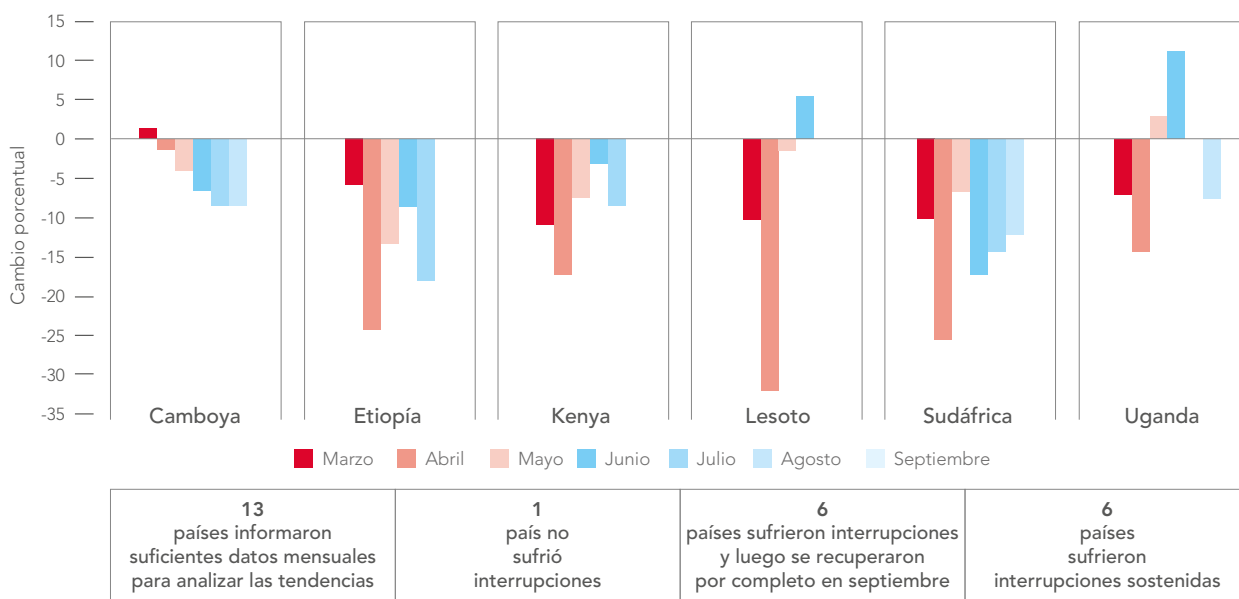
para permitir el uso de ciertas combinaciones antirretrovirales para tratar COVID-19.

Impacto en las mujeres y las niñas

COVID-19 está agravando las desigualdades de género y la violencia de género, lo que a su vez aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH (13, 14). En Europa y Asia central, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de perder sus empleos o empresas como resultado de COVID-19 (13). Al mismo tiempo, COVID-19 ha aumentado el cuidado no remunerado de las mujeres y la carga de trabajo doméstico (15). Se teme que el aumento del trabajo doméstico no remunerado asociado a la pandemia pueda alentar a algunas niñas a abandonar la escuela (16). La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estiman que para 2021, 47 millones de mujeres y niñas habrán sido empujadas a la pobreza como consecuencia de COVID-19 (15).

FIGURA 14

Cambio en el número de mujeres embarazadas que se someten a la prueba del VIH por mes, en comparación con la línea de base, países seleccionados, 2020



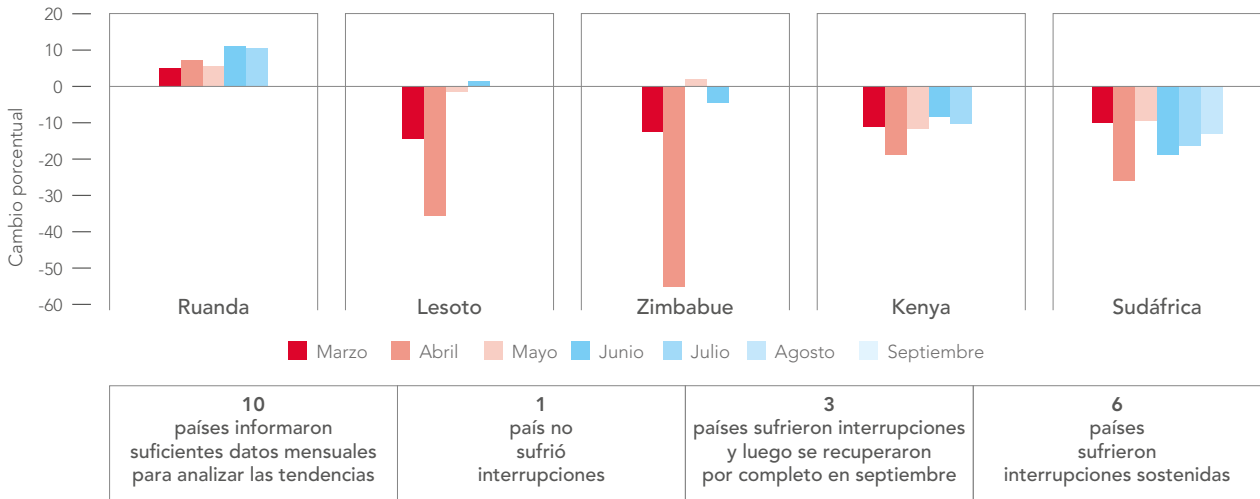
Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: La línea de base es el promedio de enero y febrero

Nota: Los países cumplían los siguientes criterios: (a) tenía datos de enero de 2020; (b) tenía más de 50 mujeres embarazadas en los datos de enero; (c) tenía más del 50% de los centros presentando informes o datos del 50% de los nacimientos estimados; y (d) tenía al menos seis meses de datos.

FIGURA 15

Cambio en el número de mujeres embarazadas que reciben terapia antirretroviral durante el embarazo por mes, en comparación con la línea de base, países seleccionados, 2020



Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: La línea de base es el promedio de los informes de enero y febrero.

Nota: Los países seleccionados cumplían los siguientes criterios: (a) proporcionó datos correspondientes a enero de 2020; (b) informó sobre al menos 50 mujeres embarazadas que vivían con el VIH en enero; (c) tuvo al menos

Desde el comienzo de la pandemia, ONU Mujeres ha documentado aumentos en la violencia doméstica en diversos países y regiones, con picos especialmente notables cuando se han establecido órdenes de permanencia en el hogar (17). En Kenia, por ejemplo, el reporte de país mensual a ONUSIDA muestra que el número de personas que solicitan servicios después de haber sufrido violencia sexual o de género ha aumentado de forma constante desde abril de 2020. En Asia y el Pacífico, las encuestas de evaluación rápida revelaron que las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios a las mujeres víctimas de la violencia han observado un aumento del número de víctimas que solicitan ayuda, a menudo con un notable incremento de la violencia perpetrada por los empleadores y otros miembros de la comunidad (18).

Las interrupciones en los servicios de salud también están teniendo graves repercusiones en la salud y el bienestar de mujeres y niñas. Según una rápida evaluación de género realizada por ONU Mujeres, al menos la mitad de las mujeres que necesitaban servicios de planificación familiar experimentaron grandes dificultades para acceder a ellos en 4 de los 10 países de Europa y Asia central (15). Las organizaciones no gubernamentales han corroborado los informes de interrupciones en los servicios de VIH, salud sexual y reproductiva y protección social en los países de África oriental y meridional, donde los sistemas de

salud son frágiles y están sometidos a tensiones, y las organizaciones de base de mujeres y niñas suelen acortar las brechas en los servicios oficiales ayudando a suministrar medicamentos antirretrovirales y otros tipos, toallas sanitarias, equipo de protección personal, información sobre COVID-19, alimentos y apoyo en efectivo a las personas y familias que lo necesitan (19). Es probable que estas brechas en los servicios para mujeres relacionadas con COVID-19 contribuyan a un aumento de embarazos no deseados y al empeoramiento de la salud de mujeres y niñas.

Impacto en las poblaciones clave y otras personas en riesgo de infección por el VIH

Las poblaciones clave con alto riesgo de infección por el VIH también se ven afectadas de manera desproporcionada por las medidas de contención de COVID-19. Un análisis de las experiencias de 16 países realizado por ONUSIDA encontró que las personas trabajadoras sexuales no solo se vieron privadas de sus medios de vida debido a las medidas de cierre, sino que en algunos casos se los excluyó de las medidas de apoyo económico (8). Este análisis permitió documentar más ejemplos de violencia y acoso contra hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.

Una encuesta mundial realizada entre lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) usando una aplicación de redes sociales en octubre y noviembre de 2020 reveló que el 20% no podía satisfacer sus necesidades básicas debido a la pérdida de ingresos. El 6% de las más de 12 600 personas participantes de la encuesta informaron un menor acceso a condones y/o lubricantes durante la crisis de COVID-19, y el 12% de los 1397 encuestados que habían tomado alguna vez PrEP ya no la usaban debido a COVID-19 (20).

Los reportes de países a ONUSIDA muestran cómo las respuestas a COVID-19 están afectando el acceso a los servicios del VIH para las poblaciones clave. El acceso a los servicios de prevención del VIH para los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por ejemplo, se redujo en la mayoría de los 13 países que presentaron suficientes datos mensuales, entre ellos Camboya, Honduras, Jamaica, Sudáfrica y Togo (Figura 16).² Sin embargo, Kenia declaró que esos servicios eran esenciales y, según reportó, el número de clientes que los utilizaban aumentó de marzo a julio.

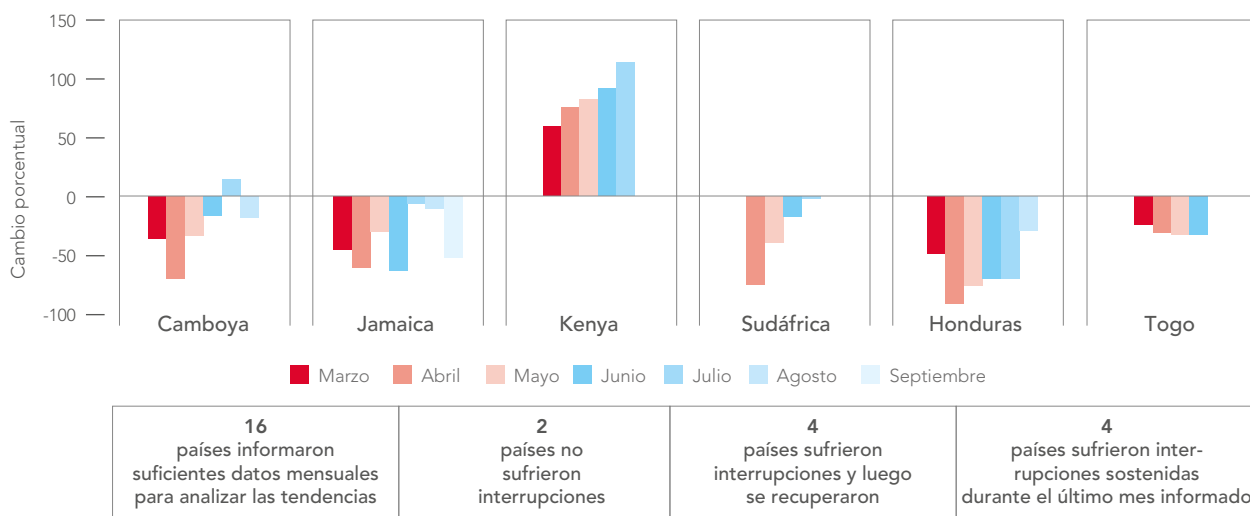
En una encuesta realizada por la Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual a 156 personas trabajadoras sexuales de 55 países diferentes se comprobó que la mayoría de las personas encuestadas de todas las regiones, excepto Europa, reportaron un acceso

reducido a los condones, lubricantes y pruebas y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (21 a 25). Las personas transgénero pueden ser especialmente vulnerables a los daños ocasionados por el confinamiento por COVID-19. Una encuesta realizada a más de 1020 mujeres transgénero en seis ciudades de los Estados Unidos de América antes de la pandemia reveló altos índices de pobreza (46%), desempleo (54%), inseguridad alimentaria (48%) y falta de vivienda (13% en los tres meses anteriores) (26). Aunque los datos sobre los efectos de la pandemia en las personas transgénero son limitados, se han expresado preocupaciones con respecto a los impactos económicos de los confinamientos y las posibles interrupciones en su acceso a la terapia hormonal y otros cuidados de afirmación de género (27).

Lo reportado por los países a ONUSIDA indica efectos relativamente modestos en la utilización de los servicios de reducción de daños. Una excepción notable es Indonesia, donde el acceso a los servicios disminuyó constantemente de marzo a junio (Figura 17). Una encuesta en línea realizada por la Red Internacional de Personas que usan drogas en mayo de 2020 reveló que el 65% de los encuestados informaron que en su zona se disponía de servicios de reducción de daños, lo que constituye una señal alentadora, pero una que sigue indicando un considerable margen de mejora (28).

FIGURA 16

Cambio porcentual entre hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres alcanzados por las iniciativas de VIH, países seleccionados, enero-septiembre de 2020]



Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.
Nota: La línea de base es el promedio de los informes de enero y febrero.
Nota: Los 6 países seleccionados se encontraban entre los 13 que cumplían los siguientes criterios: (a) proporcionó datos correspondientes a enero de 2020; (b) no hubo cambios significativos en el número de centros que presentaron informes; (c) proporcionó datos mensuales, no acumulativos; y (d) tuvo al menos seis meses de datos.

² Algunos países, entre ellos Perú y Sudáfrica, solo comunicaron datos de un número limitado de sitios.

La aceleración de los enfoques recomendados desde hace tiempo para la reducción de los daños, como el suministro de dosis de sustitución de opioides para llevar al hogar, parece deberse en parte a los esfuerzos por adaptarse a las condiciones de confinamiento. Según Harm Reduction International, 47 de los 84 países que ofrecen terapia de sustitución de opioides estaban proporcionando suministros ampliados para llevar al hogar a los clientes en 2020, y 23 países ofrecían entrega a domicilio o dosificación a través de farmacias o programas de divulgación para garantizar un acceso continuo (29). La Eurasian Harm Reduction Association también ha documentado un aumento de la oferta de terapias de sustitución de opioides para llevar al hogar, el suministro de mayores cantidades de equipo de inyección estéril y naloxona, un mayor uso del asesoramiento en línea y de los servicios ambulatorios móviles, y una mejor atención a las necesidades de alimentación y vivienda de los clientes (30).

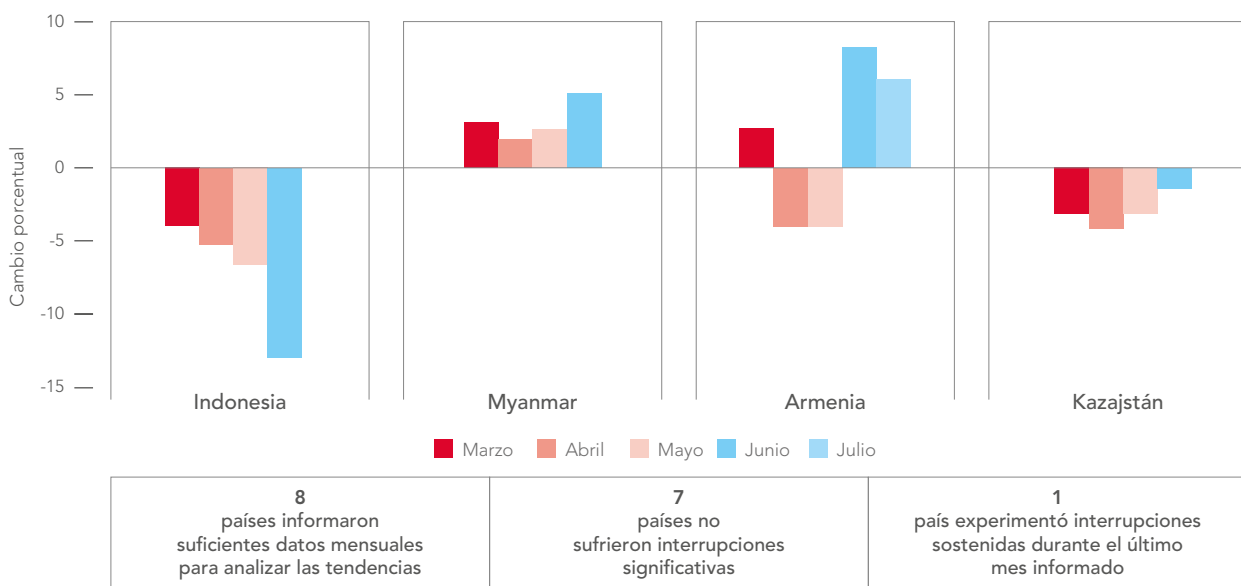
COVID-19 también ha socavado el acceso a otros programas de prevención. Varios países prioritarios para los programas de circuncisión médica masculina voluntaria reportaron a ONUSIDA que suspendieron sus programas entre abril y junio como parte de un esfuerzo por centrar el sistema de salud en los servicios esenciales, conforme a las pautas de la OMS (31). En Sudáfrica, el Centre for HIV–AIDS Prevention Studies

cambió su personal y suministros a la prueba de detección y análisis de COVID-19 (32). A fines de 2020, los servicios de circuncisión estaban volviendo a la normalidad en Botswana, Kenia, Ruanda y Sudáfrica. A medida que se reanuden los servicios, los países deberán centrar sus esfuerzos en los varones de 15 años o más para maximizar el impacto de la prevención del VIH (33).

Entre los 12 países que comunicaron mensualmente a ONUSIDA datos sobre el número de condones masculinos y femeninos que salieron de los almacenes para su posterior distribución, las tendencias de cuatro países indican que hubo interrupciones en los servicios para la programación de condones debido a la COVID-19. Sin embargo, ocho países informan tendencias estables o crecientes en la distribución de condones desde enero. De manera similar, entre los ocho países que reportaron suficientes datos mensuales a ONUSIDA sobre el número de usuarios de PrEP por primera vez, seis experimentaron interrupciones a corto plazo y luego se recuperaron, uno (Camboya) tuvo un aumento constante sin interrupciones, y uno (Lesotho) experimentó constantes interrupciones desde abril hasta septiembre.

FIGURA 17

Cambio porcentual en el uso de la terapia de sustitución de opiáceos por parte de las personas que se inyectan drogas, línea de base* frente a los meses posteriores, 2020]



Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: La línea de base es el promedio de los informes de enero y febrero.

Nota: Los países seleccionados cumplían los siguientes criterios: (a) proporcionó datos correspondientes a enero de 2020; (b) no hubo cambios significativos en el número de centros que presentaron informes; (c) proporcionó datos mensuales, no acumulativos; y (d) tuvo al menos seis meses de datos.

COVID-19 Y EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

Si bien el impacto de COVID-19 en los servicios de VIH es claro, hay menos comprensión sobre su efecto en el comportamiento sexual y los índices de transmisión sexual del VIH.

En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, donde las restricciones por COVID-19 desalientan las relaciones sexuales con una pareja ocasional, la mayoría de los 1386 hombres gais y bisexuales encuestados entre el 17 de abril y el 8 de mayo informaron que se abstuvieron de mantener relaciones sexuales ocasionales durante el confinamiento, y el 57% preveía que evitarían tener relaciones sexuales ocasionales por lo menos seis meses (34).

En la ciudad de Nueva York, las autoridades sanitarias publicaron directrices sobre cómo reducir los riesgos de transmisión del coronavirus durante las relaciones sexuales y desaconsejaron las relaciones sexuales con parejas ocasionales (35). Suiza fue uno de los tantos países que cerraron burdeles durante el confinamiento, y cuando volvieron a abrir, se establecieron restricciones para reducir el riesgo de infecciones por COVID-19 (36). La Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual realizó una encuesta entre sus miembros en 55 países y constató que las restricciones por COVID-19 limitaron el trabajo sexual; esto hizo que las personas trabajadoras sexuales experimentaran una grave pérdida de sus ingresos y provocó un aumento de la discriminación y el acoso y el hambre (37).

Estas acciones pueden señalar la posible reducción de los índices de transmisión del VIH en 2020. Sin embargo, también hay pruebas de que las personas adoptan comportamientos sexuales de mayor riesgo al tratar de aliviar la soledad y el estrés durante la pandemia. En la encuesta antes mencionada de hombres gais y bisexuales en el Reino Unido, el 24% informó haber tenido relaciones sexuales ocasionales durante el confinamiento, y el 5% informó haber tenido más de cinco parejas ocasionales (34).

El seguimiento de los diagnósticos de las infecciones de transmisión sexual (ITS) que presentan síntomas más rápidamente que el VIH puede utilizarse para estimar los cambios en el comportamiento sexual de riesgo. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 ha hecho que sea un reto interpretar las tendencias de las ITS. En algunas jurisdicciones, por ejemplo, se han informado disminuciones en los diagnósticos de ITS, pero puede que estas se deban a interrupciones en los servicios de atención de las infecciones de transmisión sexual o al deseo de las personas de evitar los servicios de atención de la salud de todo tipo durante la pandemia (38). Por lo tanto, en lugar de anunciar buenas noticias, la caída en los diagnósticos de las ITS puede ser un indicador de que muchas están sin diagnosticar y sin tratar.

En algunos países de ingresos bajos y medios, los funcionarios de salud se preparan para un aumento de nacimientos debido a las interrupciones del acceso a los anticonceptivos durante la pandemia (39). En la India, por ejemplo, se estima que COVID-19 interrumpió el acceso a los anticonceptivos de más de 25 millones de parejas (40). En cambio, COVID-19 podría dar lugar a lo que se conoce como «baby bust», una abrupta caída de los embarazos en los países de altos ingresos con mayor acceso a los anticonceptivos, ya que las mujeres deciden no tener hijos durante la pandemia y la recesión económica asociada. En un análisis se proyectó una reducción del número de nacimientos de 300 000 a 500 000 solo en Estados Unidos como consecuencia de COVID-19 (41).

Para obtener un panorama más claro de las repercusiones de la pandemia en los comportamientos sexuales, se prevé realizar varios estudios en entornos de alta y baja prevalencia del VIH.

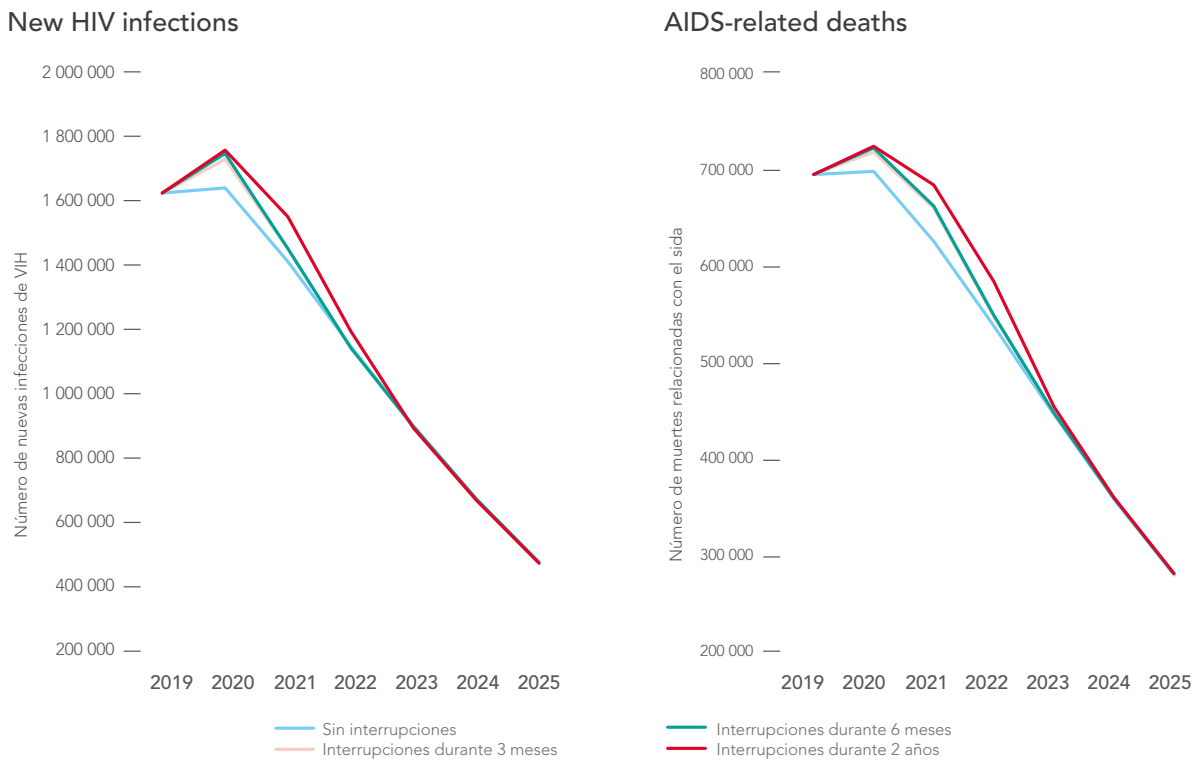
Modelación y proyección del impacto de COVID-19 en la respuesta al VIH

Los datos reportados hasta ahora por los países a ONUSIDA se han utilizado para proyectar el posible impacto a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en la respuesta al VIH. Se han elaborado modelos de varios escenarios con diferentes duraciones de interrupción del servicio. Una suposición importante en todos los escenarios es que la actual línea de investigación generará una o más vacunas contra COVID-19 seguras y eficaces, y que el mundo tendrá éxito en el despliegue de las vacunas a nivel mundial. No obstante, estas proyecciones advierten que las interrupciones relacionadas con COVID-19 pueden provocar entre 123

000 y 293 000 infecciones adicionales de VIH y entre 69 000 y 148 000 muertes adicionales relacionadas con el sida en todo el mundo. En términos más positivos, estas proyecciones muestran que la vacunación a gran escala debería permitir que los servicios de VIH se recuperen rápidamente y vuelvan a la normalidad, lo que hace que los efectos de la pandemia de COVID-19 en la respuesta al VIH sean relativamente efímeros (Figura 18). Utilizando estas proyecciones, ONUSIDA y sus socios han llegado a la conclusión de que la pandemia de COVID-19 no debería ser una razón para adoptar metas de respuesta al VIH más bajas para 2025 o para retrasar el plazo de 2030 para poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública.

FIGURA 18

Cambios proyectados en las tendencias de la infección por VIH y las muertes relacionadas con el sida debido a las interrupciones de los servicios relacionadas con COVID-19, a nivel mundial, 2019-2025



	Nuevas infecciones adicionales de VIH	Muertes adicionales relacionadas con el sida
Interrupción de tres meses	123 000	69 000
Interrupción de seis meses	142 000	79 000
Interrupción de dos años	293 000	148 000

Fuente: Análisis especial de Avenir Health utilizando datos de la herramienta de seguimiento de los servicios de VIH del ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020 y estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). Véase el anexo sobre metodología.

Nota: Se han modelado varios escenarios con diferentes duraciones de interrupciones de servicios (3 meses, 6 meses y 2 años). Basándonos en una revisión de ONUSIDA sobre el impacto de la COVID-19 en los servicios de VIH, supusimos que durante una interrupción: (a) la tasa de incremento en la cobertura de la terapia antirretroviral sería la mitad de la tasa previa a la COVID-19; (b) no habría CMMV; (c) el 20% de la población experimentaría una interrupción completa de los servicios para prevenir la transmisión vertical; y (d) no habría ampliación de la PrEP.

Mitigación del impacto de COVID-19 mediante la prestación de servicios diferenciados

COVID-19 ha catalizado la aplicación acelerada de innovaciones que son previas a la pandemia, pero que anteriormente han tenido problemas para ganar terreno. Por ejemplo, varios países, entre ellos Burundi, Eswatini, Guatemala y Myanmar, han ampliado la autoprueba del VIH como alternativa a las pruebas realizadas en los centros de salud. En respuesta a las órdenes obligatorias de quedarse en casa en Polonia, Project Test comenzó a ofrecer asesoramiento sobre el VIH por teléfono, seguido de la entrega por correo de un kit de prueba sin cargo (42).

Además de los servicios de prueba diferenciados, los métodos diferenciados de prestación de servicios de tratamiento también han demostrado ser esenciales para mantener el acceso a los servicios durante la pandemia. Las comunidades han desempeñado un papel fundamental en la ampliación de los enfoques de servicios diferenciados, al entregar medicamentos en los hogares de las personas que viven con el VIH en lugares tan diversos como Nepal, la República de

Moldova y Sierra Leona. En una encuesta de ONUSIDA realizada entre 225 organizaciones dirigidas por la comunidad de 73 países se comprobó que los grupos comunitarios se movilizaron rápidamente en respuesta

a la pandemia para mantener el acceso a los servicios, incluso utilizando el teléfono o el correo electrónico para brindar asesoramiento personal y supervisar el tratamiento y el estado de salud.

El suministro de varios meses de medicamentos antirretrovirales a las personas que viven con el VIH ha sido fundamental para aliviar el impacto del confinamiento. Aunque la OMS recomendó por primera vez cambiar a prescripción y a dispensación de medicamentos antirretrovirales para varios meses en 2016, la adopción del enfoque fue lenta antes de la pandemia de COVID-19, en parte debido a los problemas relacionados con la adaptación de los sistemas de gestión de adquisiciones y suministros. Sin embargo, en respuesta a COVID-19, varios países que habían adoptado anteriormente la recomendación de la OMS aceleraron la dispensación de varios meses, entre ellos Malawi, República Unida de Tanzania, Tailandia, Vietnam y Zimbabwe. Otros países han adoptado temporalmente políticas de dispensación más liberales para las personas estables en el tratamiento del VIH, entre ellos Burundi, Etiopía, Mozambique, Papúa Nueva Guinea, República Dominicana y Sudáfrica. El análisis realizado por ONUSIDA de los datos sobre el tratamiento en 46 países reveló que, para mediados de 2020, la aplicación acelerada de la dispensación de varios meses había reducido a más de la mitad el número de visitas a las clínicas.

AMOR SOBRE RUEDAS

En Filipinas se están utilizando bicicletas eléctricas para garantizar la continuidad de los servicios de VIH a las poblaciones clave durante la pandemia de COVID-19. La iniciativa «Love on Wheels» (Amor sobre ruedas) fue lanzada por la organización no gubernamental Project Red Ribbon, en asociación con Manila Social Hygiene Clinic y Treatment Hub at the Manila Social Hygiene Clinic, y en colaboración con ONUSIDA y Department of Health–Metro Manila Center for Health and Development. Project Red Ribbon movilizó recursos para comprar bicicletas eléctricas y de otro tipo, que luego donaron a Manila Social Hygiene Clinic para prestar servicios móviles de VIH a poblaciones clave de difícil acceso (43).



La respuesta al VIH demuestra claramente la importancia de involucrar a las comunidades afectadas en todas las etapas de las respuestas de salud pública, combatir todas las formas de estigma y discriminación, apoyar y proteger a los trabajadores de la salud y garantizar el acceso gratuito y asequible a los instrumentos de diagnóstico, prevención y tratamiento, prestando especial atención a las necesidades de los más vulnerables y de los más difíciles de alcanzar. Además de preservar los servicios de salud, las respuestas

deben abordar otros factores que afectan a la salud y a la utilización de los servicios, entre ellos el empleo, la desinformación y la falta de instrumentos e infraestructura de saneamiento. Las restricciones para proteger la salud pública deben ser limitadas en el tiempo, proporcionadas, necesarias y fundamentadas en pruebas. La respuesta al VIH pone de relieve el valor crítico de la solidaridad internacional, incluida la necesidad de que los países se apoyen mutuamente para garantizar que ningún país quede rezagado.

PRESERVAR EL ACCESO AL TRATAMIENTO DEL VIH DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA REPÚBLICA UNIDA DE TANZANIA

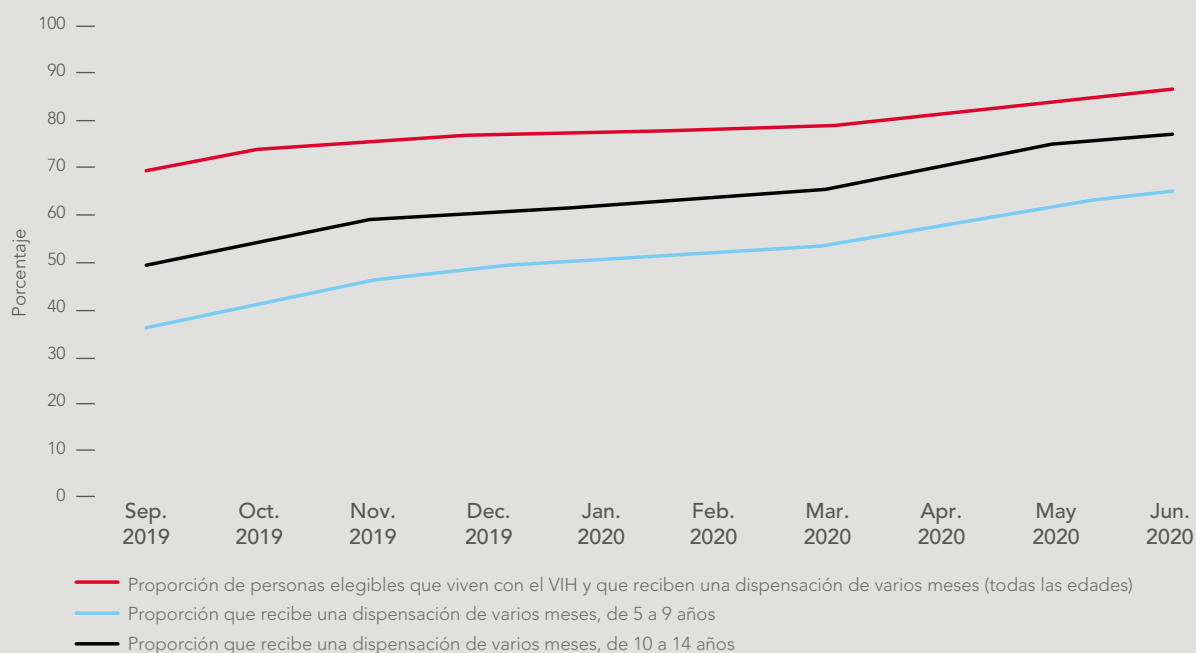
Cuando COVID-19 llegó a la República Unida de Tanzania, las rápidas medidas adoptadas por el Ministerio de Salud, Desarrollo Comunitario, Cuestiones de Género, Ancianos e Infancia y sus asociados mantuvieron los servicios esenciales para el VIH y redujeron al mínimo los efectos del brote de COVID-19 en la respuesta al VIH en el territorio continental de Tanzania.

Se creó un grupo de trabajo dirigido por el ministerio para coordinar a los principales interesados y comunicar la orientación científica y programática a los centros de salud. Se informó periódicamente sobre determinados indicadores para vigilar de cerca el impacto de COVID-19 en los servicios relacionados con el VIH. A medida que se fue acumulando conocimientos, se difundió información sobre enfoques innovadores y buenas prácticas a los centros de salud para su adopción.

Mantener el acceso al tratamiento ha sido una prioridad. Las autoridades sanitarias nacionales y los asociados se movilizaron rápidamente para ampliar la dispensación de varios meses de medicamentos antirretrovirales durante tres o seis meses a las personas que viven con el VIH. La ampliación de la dispensación de varios meses, incluida la dispensación a nivel comunitario mediante clínicas móviles y motocicletas, se aceleró entre febrero y junio de 2020 (Figura 19) (44).

FIGURA 19

Ampliación de la dispensación de la terapia antirretroviral por el VIH durante 3 meses, todas las edades y niños, Tanzania continental, 2019–2020

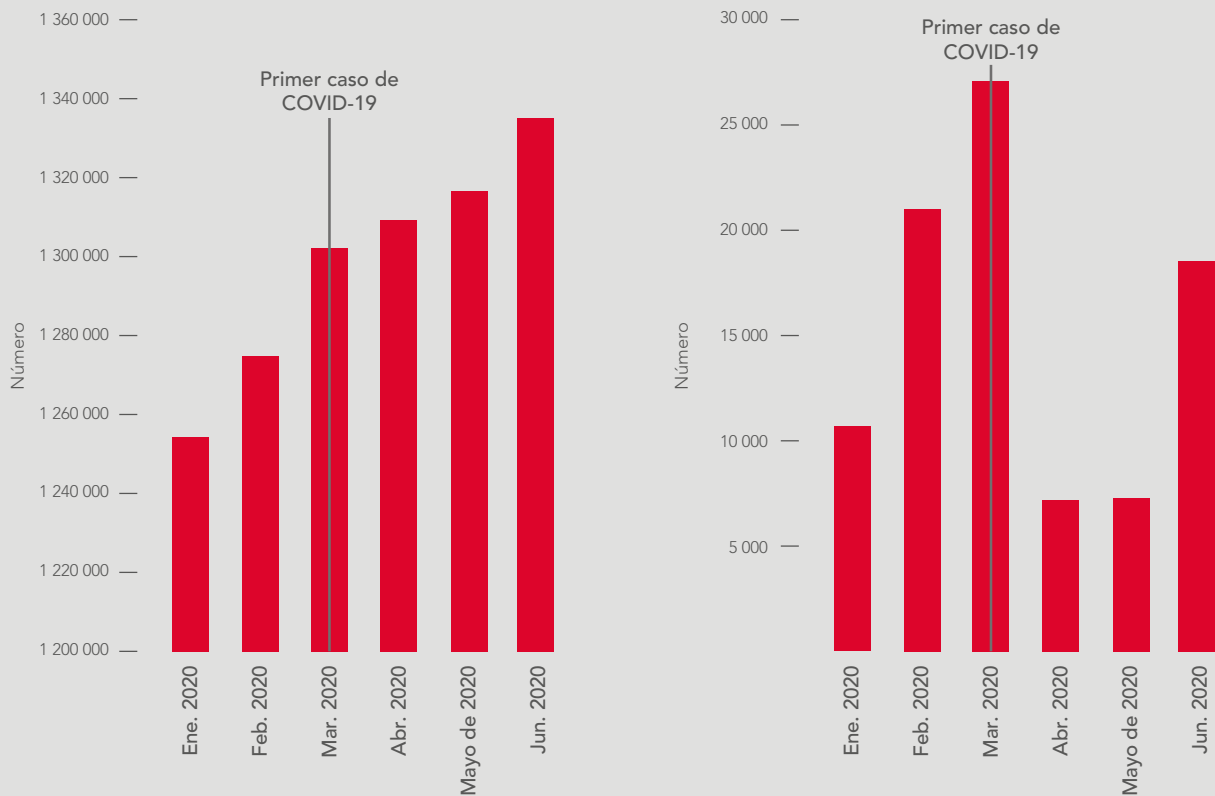


A pesar de los numerosos desafíos creados por COVID-19, estas medidas ayudaron a mantener el porcentaje de personas que viven con el VIH retenidas en la atención durante un período de 12 meses en más del 90%, similar a los dos trimestres anteriores (44). El número de nuevos diagnósticos de VIH y de personas que iniciaron la terapia antirretroviral cada mes disminuyó, pero estaba empezando a recuperarse en junio de 2020. Sin embargo, el crecimiento del número de personas que reciben terapia antirretroviral se ha mantenido a lo largo de la pandemia de COVID-19 (Figura 20).

FIGURA 20

Número de personas que reciben terapia antirretroviral por mes, todas las edades, Tanzania continental, enero–junio de 2020

Aumento neto en el número de personas que reciben terapia antirretroviral por mes, todas las edades, Tanzania continental, enero–junio de 2020



Fuente: Informe T3 2020 del POART del PEPFAR para Tanzania. Asamblea sobre implementación del PEPFAR. PEPFAR; 22 de octubre de 2020.

Mobilización de la respuesta al VIH para luchar contra COVID-19

A medida que el nuevo coronavirus comenzó a propagarse por todo el mundo, se movilizaron contra la COVID-19 los mecanismos internacionales y nacionales establecidos inicialmente para responder a la pandemia del VIH. El Fondo Mundial ha puesto a disposición de los países más de 1000 millones de dólares estadounidenses para fortalecer la respuesta a COVID-19 y mitigar el impacto de la pandemia en los programas de lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria. La Unión Africana y el nuevo PACT (Asociación para acelerar las pruebas de COVID-19 en África) del Centro Africano para el Control y la Prevención de Enfermedades están trabajando con ONUSIDA para aprovechar los vínculos comunitarios de la respuesta al VIH con el fin de apoyar el diagnóstico y la localización de contratos para COVID-19.

Los líderes de las respuestas nacionales al VIH están desempeñando un papel activo en las respuestas nacionales a COVID-19. Esto ha incluido el despliegue de directores de programas de VIH para dirigir los principales elementos de la respuesta a COVID-19 y la readaptación de los servicios de VIH para el tratamiento de los casos de COVID-19. Los sistemas de laboratorio que se reforzaron para diagnosticar y gestionar el tratamiento de las personas que viven con el VIH, la tuberculosis y la hepatitis han demostrado ser muy valiosos para la respuesta a COVID-19.

Las comunidades que son protagonistas de la respuesta al VIH también se han intensificado para abordar el problema de la COVID-19. Las organizaciones comunitarias encuestadas por ONUSIDA en 2020 informaron de la entrega de máscaras, jabón y desinfectante en sus comunidades, y algunas informaron de la intensificación de los esfuerzos por hacer frente a los efectos sociales de la pandemia, incluida la violencia de género y la inseguridad alimentaria. En Sudáfrica, 28 000 trabajadores de la salud de la comunidad que se ocupan del VIH han realizado pruebas de detección de síntomas de COVID-19 y han remitido a los pacientes a pruebas en 993 comunidades de alta densidad (45). Aunque algunas organizaciones comunitarias informaron que habían logrado movilizar recursos financieros para la labor relacionada con COVID-19, otras dijeron que tenían dificultades para asumir las responsabilidades adicionales. Los grupos comunitarios informan que siguen teniendo dificultades para obtener suficiente equipo de protección personal para sus trabajadores.

Respuestas dirigidas por la comunidad a COVID-19: una inversión sólida

En el *Marco de la ONU para la respuesta socioeconómica inmediata ante COVID-19* se establece que «las comunidades serán las más afectadas por el impacto socioeconómico de COVID-19. También tienen la clave para aplanar la curva, responder a la pandemia y asegurar una recuperación a largo plazo. Necesitarán inversiones» (46).

ONUSIDA ha estimado las inversiones necesarias para una respuesta integral y dirigida por la comunidad a la COVID-19 en entornos de alta densidad, como los asentamientos informales que albergan a más de 1500 millones de personas, así como los campamentos temporales para refugiados y desplazados internos. El paquete de servicios incluye lo siguiente:

- Una evaluación de las necesidades de la comunidad local.
- Actividades para prevenir la transmisión (incluida la reducción de las infecciones secundarias entre los contactos estrechos y los proveedores de cuidados).
- Detección, aislamiento y tratamiento de los casos (incluido el tratamiento comunitario para los casos leves y asintomáticos y el transporte a los centros de salud para los casos más graves).
- Comunicación de información precisa por parte de líderes comunitarios de confianza.
- Esfuerzos para promover la resistencia y la sostenibilidad de las respuestas de la comunidad.

ONUSIDA estima que este programa de dos años de duración costaría 6,08 dólares estadounidenses por persona, por mes (sin incluir los costos indirectos, que se estiman entre un 2—20% adicional), y que la mayoría de los costos se destinarían a la prevención de las infecciones y al tratamiento de los casos leves y moderados. A un costo anual de 81 dólares estadounidenses por persona, este enfoque centrado en la comunidad es mucho más barato que el costo anual del tratamiento de un caso de COVID-19.

La importancia de sistemas de salud pública robustos

La experiencia con COVID-19 pone de relieve la importancia de un sistema de salud que funcione bien, cuente con recursos suficientes y sea ágil y resistente, con capacidad para hacer un seguimiento de casos y muertes en tiempo real, y para responder a las fluctuaciones de la demanda y prestar asesoramiento sanitario fiable y coherente y servicios centrados en las personas. En los casos en que los países han movilizado una respuesta de salud pública rápida y basada en la ciencia, como en Japón, Nueva Zelanda y Vietnam, la transmisión se ha controlado y se ha vuelto a una cierta normalidad en la vida pública (47).

Sin embargo, en la mayoría de los casos, COVID-19 ha expuesto los extraordinarios costos humanos y económicos de la falta de inversión en salud. En los países en que el acceso a la salud no está universalmente garantizado, la pandemia ha empeorado las desigualdades sanitarias subyacentes y ha contribuido a muertes y sufrimientos innecesarios (48). Un legado a largo plazo de la lucha colectiva contra la COVID-19 debería ser una acción acelerada para hacer de la cobertura sanitaria universal una realidad mundial.

La COVID-19 también pone de relieve la necesidad de inversiones sólidas y sostenidas en la arquitectura de la salud mundial, que, a pesar de las limitaciones de financiación, ha demostrado su valor durante esta emergencia sanitaria mundial. La OMS ha alertado a la comunidad mundial sobre el curso de la propagación de la pandemia y ha proporcionado asesoramiento científico esencial y orientación sobre diagnósticos, tratamientos y medidas de control de la enfermedad. También ha colaborado con los interesados para fortalecer las tecnologías y sistemas esenciales. El Fondo Mundial ha proporcionado una financiación esencial para apoyar las respuestas a COVID-19 en los países de ingresos bajos y medios. Gavi, la Alianza para las Vacunas, está trabajando para evitar la interrupción de los esfuerzos de inmunización durante la pandemia y para apoyar los esfuerzos nacionales para responder a COVID-19. ONUSIDA ha dado un paso adelante para asegurar que las respuestas a COVID-19 incorporen las lecciones aprendidas de la respuesta al VIH. Para agilizar la disponibilidad y la aceptación de los productos básicos de la COVID-19, ONUSIDA recomienda que los países hagan lo siguiente:

- Mejoren la precisión de sus previsiones de demanda.
- Tomen medidas reglamentarias para agilizar la exportación e importación de productos sanitarios.
- Consideren la posibilidad de conceder exenciones fiscales para mitigar los posibles aumentos de los precios de los medicamentos antirretrovirales y otros productos sanitarios.
- Aseguren una comunicación transparente y oportuna entre los países, los compradores y los proveedores.
- Fortalezcan los sistemas de distribución y de gestión de la cadena de suministro en los países.

UN LLAMADO CONCERTADO PARA UNA VACUNA POPULAR

Reconociendo que la mejor oportunidad del mundo para mantenerse a salvo de COVID-19 radica en las vacunas y los tratamientos disponibles para todos, ONUSIDA se ha unido a Oxfam y otros socios en un movimiento mundial a favor de una vacuna popular. Con el apoyo de organizaciones humanitarias de salud, líderes mundiales pasados y presentes, expertos en salud, líderes religiosos y economistas, el movimiento a favor de una vacuna popular tiene por objeto impedir los monopolios en la producción de vacunas y tratamientos condicionando la financiación de la investigación y el desarrollo al acuerdo de las instituciones de investigación y las empresas farmacéuticas de compartir libremente toda la información, los datos, el material biológico, los conocimientos técnicos y la propiedad intelectual.

Los precios deben ser transparentes y estar orientados únicamente al costo de la investigación, el desarrollo y la fabricación. Las vacunas deberían repartirse equitativamente en todo el mundo, en parte mediante la donación de las dosis obtenidas por los países ricos a la iniciativa COVAX, coordinada por la OMS, Gavi y la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias. Las vacunas deberían proporcionarse gratuitamente a todas las personas, y todas las decisiones relacionadas con la vacunación contra la COVID-19 deberían garantizar la plena participación de los gobiernos de los países en desarrollo y de la sociedad civil. El Grupo de Acceso Mancomunado a Tecnología contra la COVID-19 de la OMS está facilitando el intercambio de conocimientos, propiedad intelectual y datos para fortalecer los esfuerzos colectivos encaminados a promover la ciencia, el desarrollo de la tecnología y la amplia distribución de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones sobre la base del derecho a la salud (49).



04

METAS RELACIONADAS CON EL SIDA PARA 2025

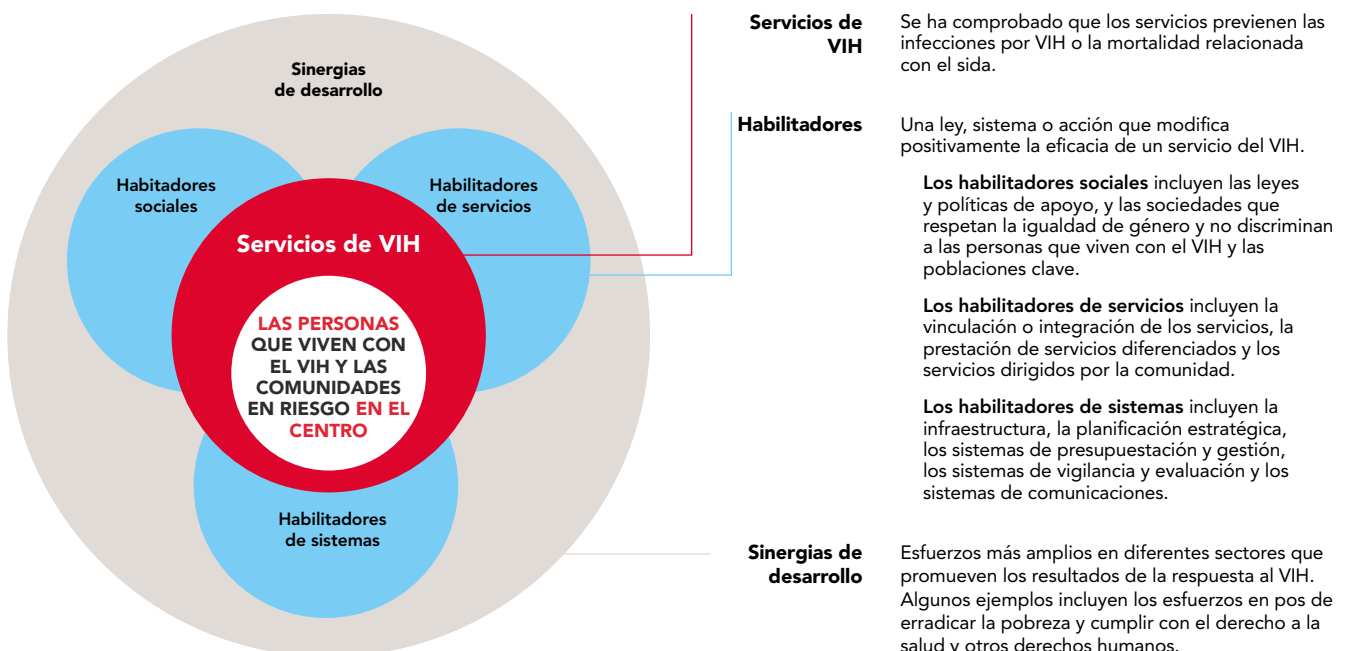
Se ha situado a las personas que viven con el VIH y las comunidades de riesgo en el centro de las metas propuestas para 2025.

A medida que la era de la Acción Acelerada se acerca a su fin, un esfuerzo mundial para trazar el curso futuro de la respuesta al VIH ha desarrollado un conjunto de metas provisionales para 2025 que pretenden volver a centrar al mundo en el objetivo del VIH para 2030 dentro de los ODS. Con la participación de una amplia gama de interesados durante más de dos años, el proceso de fijación de metas documentó las deficiencias y los problemas que han hecho que el mundo no alcance sus metas para 2020. El proceso también incluyó una revisión extensa de la evidencia disponible sobre los enfoques que han reducido efectivamente las infecciones por VIH y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el sida.

El marco de inversión que ha servido de base para el desarrollo de respuestas al VIH basadas en evidencia durante casi 10 años se adaptó para servir de marco para las metas de 2025 (Figura 21). En el centro de este marco están las personas que viven con el VIH y las comunidades de riesgo que requieren un conjunto integral de servicios para prevenir las infecciones por el VIH, diagnosticar nuevas infecciones por el VIH y tratar a las personas que viven con el VIH. La combinación de servicios necesarios difiere de una subpoblación a otra.

FIGURA 21

Marco de inversiones para la elaboración de las metas relacionadas con el sida para 2025



La experiencia ha demostrado que la mera prestación de estos servicios relacionados con el VIH es insuficiente para alcanzar los niveles de cobertura necesarios para controlar las epidemias nacionales y subnacionales. Hay un creciente conjunto de pruebas que demuestran que una cobertura alta y un impacto completo requieren tres habilitadores críticos:

Habilitadores sociales: leyes, políticas y campañas de educación pública habilitadoras que disipen el estigma y la discriminación que aún rodean al VIH, habiliten a las mujeres y las niñas para que reclamen sus derechos de salud sexual y reproductiva y pongan fin a la marginación de las personas con mayor riesgo de infección por el VIH. Incluye la capacitación en materia de lucha contra el estigma para los trabajadores de la salud y la policía.

Habilitadores de servicios: estrategias que atraen a las personas a los servicios o llevan esos servicios a las personas que los necesitan. Entre esos habilitadores figuran la vinculación o integración de los servicios,

la prestación de servicios diferenciados y los servicios dirigidos por la comunidad.

Habilitadores de sistemas: la infraestructura y los sistemas que son fundamentales para prestar servicios de manera eficiente, incluidas las instalaciones, el equipo y los sistemas para la planificación estratégica, la presupuestación, la gestión de los recursos humanos, la supervisión y la evaluación, y las comunicaciones.

Las metas para 2025 hacen mucho más hincapié en la eliminación de los impedimentos sociales y legales para la prestación de servicios y en la vinculación o integración de la prestación de servicios del VIH con otros servicios que las personas que viven con el VIH y las comunidades en situación de riesgo necesitan para mantenerse saludables y crear medios de vida sostenibles. El logro de las metas para los habilitadores sociales y la prestación de servicios integrados es fundamental para alcanzar la elevada cobertura que se exige en las metas de los servicios relacionados con el VIH.

TABLA 2

Metas principales para 2025

Servicios de VIH			Integración	Habilitadores sociales		
Metas 95-95-95 de análisis y tratamiento alcanzados en todas las subpoblaciones y grupos etarios.	El 95% de las mujeres en edad de procrear tienen sus necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva cubiertas; el 95% de las mujeres embarazadas y en período de lactancia que viven con el VIH tienen cargas virales suprimidas; y el 95% de los niños expuestos al VIH se someterán a pruebas para 2025.	El 95% de las personas con riesgo de infección por el VIH utilizan opciones de prevención combinadas adecuadas, prioritarias, centradas en la persona y eficaces.	Adopción de enfoques integrados centrados en las personas y específicos para cada contexto que apoyen el logro de las metas de 2025 en materia de VIH y que den como resultado que al menos el 90% de las personas que viven con el VIH y las personas con mayor riesgo de infección por el VIH estén vinculadas a servicios para otras enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, violencia sexual y de género, salud mental y otros servicios que necesiten para su salud y bienestar general.	Metas 10-10-10 para eliminar los impedimentos sociales y legales en pos de un entorno propicio que limitan el acceso o la utilización de los servicios relacionados con el VIH.		
				Menos del 10% de los países cuentan con entornos legales y normativos punitivos que deniegan o limitan el acceso a los servicios.	Menos del 10% de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave experimentan estigma y discriminación.	Menos del 10% de las mujeres, niñas, personas que viven con el VIH y poblaciones clave experimentan desigualdad y violencia de género.
				Alcanzar los ODS que son críticos para la respuesta al VIH (es decir, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 16 y 17) para 2030.		

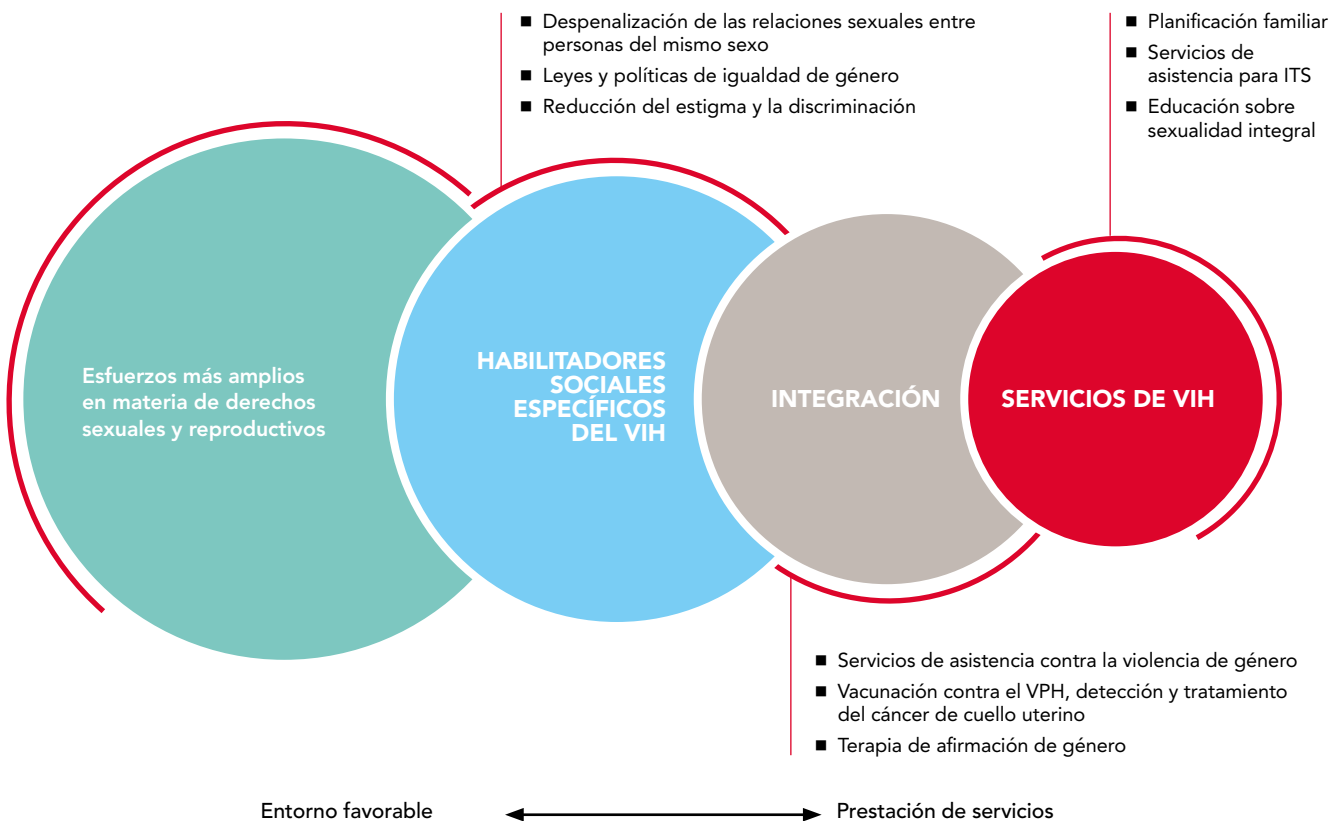
En el marco de inversiones y metas para 2025 también se reconoce que la respuesta al VIH se enmarca en un esfuerzo más amplio por poner fin a la pobreza, hacer realidad el derecho a la salud y otros derechos humanos, y alcanzar los demás objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los marcos y conceptos para el logro de los ODS se extienden a las metas para 2025. Por ejemplo, la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para empoderar a las mujeres y las adolescentes, cumplir con sus derechos humanos, garantizar su salud y bienestar y crear sociedades y economías con igualdad de género. Las inversiones en salud y derechos sexuales y reproductivos producen enormes beneficios sociales y económicos para las mujeres en toda su diversidad, y para sus familias y sociedades, y producen dividendos a través de las generaciones (50). También son fundamentales para la respuesta al VIH, y hay elementos de salud y derechos sexuales y reproductivos que aparecen en las metas de

los servicios relacionados con el VIH, las metas de integración y las metas de habilitadores sociales (Figura 22).

Se han elaborado modelos para proyectar el impacto que el logro de estas metas tendría en la trayectoria de la epidemia, con reducciones drásticas a cerca de 370 000 infecciones por el VIH y 250 000 muertes relacionadas con el sida en 2025, y poniendo al mundo en el buen camino para alcanzar el objetivo final de acabar con la epidemia en todos los entornos y para todas las poblaciones para 2030 (ver la Figura 2 en la página XX). ONUSIDA y sus socios están trabajando actualmente para estimar los recursos económicos que se necesitarán para garantizar el logro de esos objetivos.

FIGURA 22

La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el marco de las metas de lucha contra el sida para 2025



Seis 95s para servicios integrales de VIH

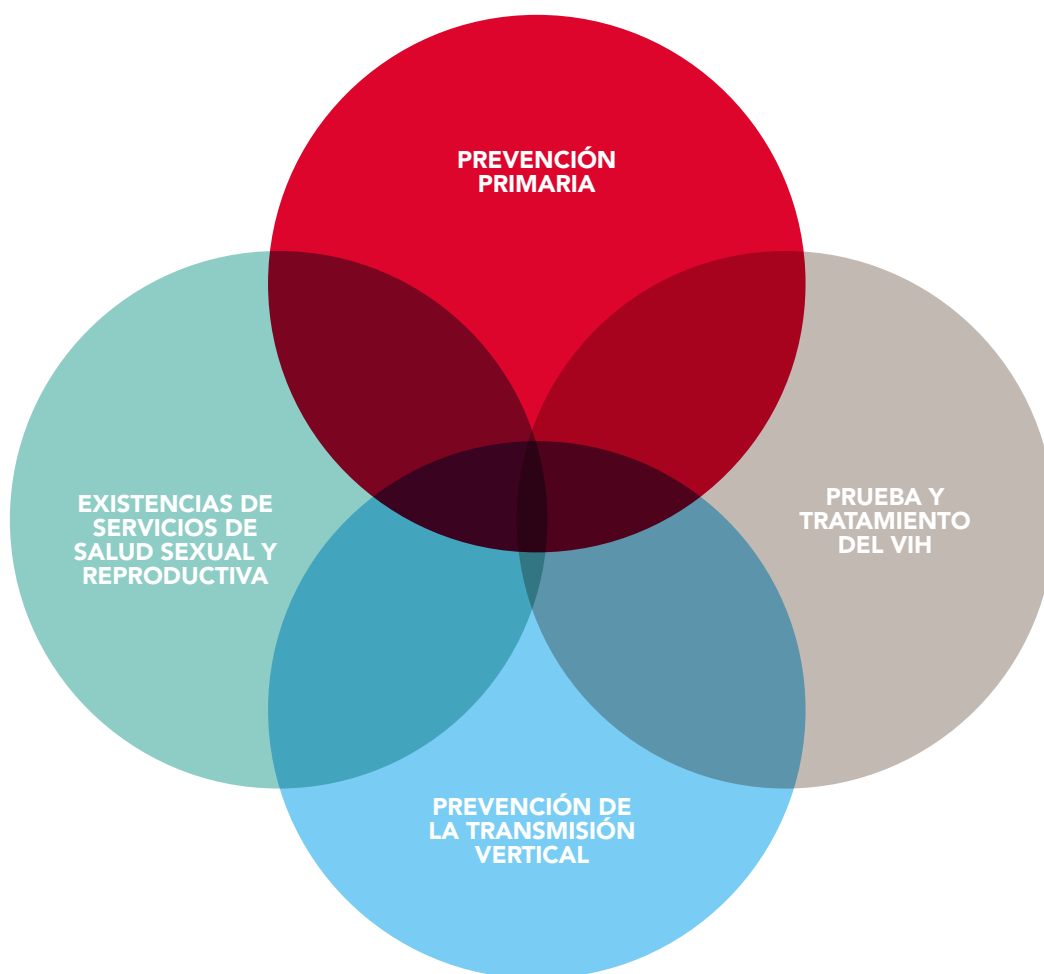
Los servicios integrales y de alta calidad para el VIH son el núcleo de la respuesta al VIH. Las metas de servicios de VIH para 2025 se clasifican en categorías, pero en realidad hay una considerable superposición entre ellos.

Esto refleja el hecho de que no hay divisiones claras entre la prevención, las pruebas y el tratamiento del VIH, la prevención de la transmisión vertical y los servicios de salud sexual y reproductiva (Figura 23).

FIGURA 23

Las áreas de servicio del VIH tienen una superposición considerable

No hay divisiones claras entre la prevención, las pruebas y el tratamiento del VIH, la prevención de la transmisión vertical y los servicios de salud sexual y reproductiva



Metas de pruebas y tratamientos del VIH

Metas de pruebas y tratamientos 95-95-95 alcanzadas entre las personas que viven con el VIH en todas las subpoblaciones y grupos de edad para 2025.

La disminución constante de las muertes relacionadas con el sida (un descenso del 39% de 2010 a 2019) demuestra los beneficios transformadores del tratamiento del VIH para la salud y el bienestar de las personas que viven con el VIH. La experiencia también ha demostrado que existe una relación dosis-respuesta entre el tratamiento antirretroviral y la incidencia del VIH, y que una mayor cobertura antirretroviral reduce el índice de nuevas infecciones. En 2018 y 2019, cuatro ensayos clínicos determinaron que la rápida ampliación de las pruebas del VIH centradas en la comunidad y la prestación de tratamiento para alcanzar las metas 90-90-90 redujo la incidencia del VIH en un 30% en diversos entornos de seis países africanos diferentes (51–54).

Dado que las metas 90-90-90 fueron el elemento más exitoso de la agenda de Acción acelerada, las nuevas metas de pruebas y tratamientos para 2025 mantienen el mismo enfoque general, pero adoptan las metas más ambiciosas del 95%. También aclaran la necesidad de alcanzar esas metas dentro de cada subpoblación de personas que viven con el VIH.

La mayor atención que se presta a las subpoblaciones de personas que viven con el VIH refleja la actual heterogeneidad de la cobertura de las pruebas y los tratamientos en esas poblaciones, lo que socava el efecto preventivo del tratamiento a nivel de la población. Por ejemplo, a nivel mundial y en todas las regiones, las mujeres tienen resultados superiores en toda la cascada de pruebas y tratamientos en comparación con los hombres, ya que el 54% de los hombres que viven con el VIH han suprimido la carga viral en 2019, en comparación con el 65% de las mujeres que viven con el VIH. Asimismo, las personas jóvenes tienen menos probabilidades que las personas adultas mayores de conocer su estado serológico y de acceder al tratamiento, y la cobertura del tratamiento del VIH entre los niños que viven con el VIH (53% en 2019) está muy por debajo de la cobertura de los adultos (68% en 2019). Muchas poblaciones clave también tienen resultados más deficientes en toda la cascada 90–90–90, debido, en parte, a los efectos del estigma y la discriminación y otros factores estructurales, aunque se necesitan datos más sólidos para cuantificar y aclarar

las deficiencias y los obstáculos en materia de pruebas y tratamientos en las poblaciones clave.

Los estudios longitudinales realizados en Sudáfrica han demostrado el impacto de las diferencias en la cobertura de tratamiento entre hombres y mujeres. Por ejemplo, una mayor cobertura de tratamiento entre las mujeres se traduce en una menor morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las mujeres, pero cuando se trata de prevenir las infecciones por el VIH, parece que los hombres se benefician más del mayor compromiso de las mujeres con el sistema de atención de salud y del impacto de los programas locales de circuncisión médica masculina voluntaria (55). Por consiguiente, los bajos índices de cobertura del tratamiento y supresión viral entre los hombres no solo amenazan su propia salud, sino que también exponen a las mujeres, especialmente a las adolescentes y las mujeres jóvenes, a un mayor riesgo de infección por el VIH. Un estudio similar realizado en Uganda muestra que a medida que aumenta el índice de cobertura del tratamiento y de supresión viral entre los hombres, el riesgo de las mujeres de contraer el VIH tiende a disminuir, especialmente si también se utilizan más ampliamente otros servicios de prevención combinada (56).

Estrategias diferenciadas de pruebas y tratamientos que se basan en la participación de la comunidad: En lugar de depender desde hace mucho tiempo de los ensayos generalizados realizados en instalaciones, las respuestas hacen cada vez más hincapié en modelos de ensayo diferenciados, incluidos diversos enfoques basados en instalaciones y comunidades que pueden centrarse en las comunidades de mayor riesgo y adaptarse a las necesidades individuales y comunitarias. En las comunidades rurales de Kenia y Uganda, por ejemplo, el uso de múltiples estrategias comunitarias para la realización de pruebas de detección del VIH aumentó el conocimiento de la población sobre el estado del VIH del 57% al 94% en dos años (51). Los modelos diferenciados de administración de tratamiento incluyen la dispensación de varios meses y modelos de atención comunitarios, como la administración de tratamiento antirretroviral en la comunidad y los clubes de adhesión (2, 3).

La pandemia de COVID-19 ha creado barreras adicionales para la adopción de los servicios de VIH y otros servicios sanitarios y sociales. Los países que contaban con estrategias diferenciadas de prestación

de servicios han podido sortear mejor estas nuevas barreras, y otros han acelerado sus esfuerzos por aumentar las opciones de servicios dirigidos y basados en la comunidad.

Esfuerzos focalizados para mejorar la retención en la atención y aumentar los índices de supresión viral: La deserción del tratamiento es una deficiencia importante en la cascada de pruebas y tratamientos de muchos programas de tratamiento (57). Según un meta análisis de 2018 sobre los programas de tratamiento del VIH en África subsahariana, el 22% de los pacientes que se perdieron en el seguimiento habían muerto (58). Se ha demostrado que el apoyo activo para la adherencia, el monitoreo de la comunidad y el proveedor de aquellos que se perdieron durante el seguimiento, y las estrategias para volver a participar que son específicas del contexto y centradas en las personas reducen el desgaste del programa y aumentan las tasas de supresión viral (59–62).

Estrategias innovadoras para llegar a las subpoblaciones que a menudo quedan relegadas: Para lograr excelentes resultados a lo largo de la cascada de pruebas y tratamientos entre las personas jóvenes y los hombres, un ensayo reciente de pruebas y tratamientos centró

los servicios de prueba y divulgación en áreas de alto tráfico frecuentadas por hombres o personas jóvenes (54). Otro utilizó centros comunitarios para llegar a los hombres desatendidos (52). En un ensayo realizado en Kenia y Uganda se aplicó el asesoramiento integral en materia de salud y sexualidad masculina para que los servicios fueran más atractivos para los hombres, y en un estudio realizado en Sudáfrica se modificaron los horarios de divulgación para aumentar la probabilidad de que participaran más hombres (51, 53). En Zimbabue, un programa a gran escala diseñado específicamente para mujeres trabajadoras sexuales aumentó a más del doble la cobertura del tratamiento contra el VIH entre las trabajadoras sexuales de 2011 a 2016, al pasar del 28% al 67% (63).

Innovaciones tecnológicas para mejorar la calidad y la durabilidad de los tratamientos: Los recientes ensayos de ATLAS y FLAIR demuestran que la inyección mensual de los medicamentos cabotegravir y rilpivirina son tan eficaces como la terapia oral diaria, y ofrecen un enfoque de tratamiento que puede ser más simple y conveniente que la dosis diaria oral (64, 65). Además, se sigue investigando de manera exhaustiva los nuevos medicamentos antirretrovirales, incluidos los de otras clases.

TABLA 3

Metas detalladas de pruebas y tratamientos

Niños (de 0 a 14 años)	Adolescentes mujeres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años)	Adolescentes varones y hombres jóvenes (de 15 a 24 años)	Mujeres adultas (a partir de los 25 años)	Hombres adultos (a partir de 25 años)	Personas en movimiento (p. ej., migrantes, refugiados, etc.)
Hombres gays y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas transgénero	Personas trabajadoras sexuales	Personas que se inyectan drogas	Personas encarceladas y otras personas privadas de libertad	
El 95% de las personas de la subpoblación que viven con el VIH saben que son seropositivos					
El 95% de las personas de la subpoblación que viven con el VIH y que conocen su estado de VIH están en terapia antirretroviral					
El 95% de las personas de la subpoblación que están en terapia antirretroviral tienen cargas virales suprimidas					

Satisfacer las necesidades de servicios sexuales y reproductivos y eliminar la transmisión vertical del VIH

- *El 95% de las mujeres en edad reproductiva tienen sus necesidades de servicios de salud sexual y reproductiva cubiertas.*
- *El 95% de las mujeres embarazadas y en período de lactancia que viven con el VIH tienen cargas virales suprimidas.*
- *El 95% de los niños expuestos al VIH se harán la prueba para 2025.*

Las metas para 2025 dan prioridad a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres que viven con el VIH y las mujeres con un riesgo elevado de infección por el VIH, y revitalizan el impulso mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños y garantizar que los niños que viven con el VIH tengan acceso oportuno a los servicios de tratamiento que salvan vidas.

Los esfuerzos por aumentar la cobertura de la terapia antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con el VIH durante el último decenio (la cobertura alcanzó el 84% en 2019) han impulsado la reducción de la transmisión del VIH a sus hijos. Sin embargo, estos logros son insuficientes por sí solos, ya que un número considerable de niños siguen adquiriendo el VIH. Esto se debe principalmente a que no se siguen prestando a las mujeres que viven con el VIH y a las mujeres con alto riesgo de contraerlo los servicios de VIH que necesitan durante el embarazo y la lactancia.

Abordar los retos de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva: Los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para prevenir la adquisición del VIH por relaciones sexuales y la transmisión del VIH de madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. El ensayo de ECHO en tres países subrayó los enormes desafíos que enfrentan las mujeres en edad reproductiva en entornos de alta carga de VIH, con una incidencia anual entre las participantes del ensayo que oscila de 3,31 por cada 100 mujeres años a 4,19, a pesar de que a estas mujeres se les ofrecieron regularmente opciones de prevención del VIH durante el ensayo (66).

Es necesario introducir cambios para atender mejor a las adolescentes y las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH que tienen acceso a la anticoncepción:

- Las adolescentes y las mujeres deberían tener más opciones de anticonceptivos disponibles en todos los tipos de entornos de prestación de servicios, incluidas las clínicas de planificación familiar y las clínicas de atención primaria de salud.
- Las adolescentes y las mujeres que acceden a los servicios de anticoncepción, especialmente en los países con una elevada carga de VIH, deberían tener un acceso fácil y asequible a los servicios de prevención y tratamiento y a pruebas integradas de calidad para el VIH y las ITS que respondan a los derechos y preferencias de las niñas adolescentes y las mujeres.
- Las recomendaciones actualizadas de la OMS sobre la elegibilidad de los anticonceptivos para las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH deberían difundirse ampliamente y seguirse.
- Los derechos de las adolescentes y las mujeres a una información completa e imparcial deben garantizarse en todos los entornos de atención de la salud y en la comunidad.
- Los servicios de anticoncepción, VIH e ITS deben ser parte de una respuesta de salud más amplia que incluya servicios de atención primaria de salud y de salud y derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la cobertura universal de salud. (67).

Pruebas frecuentes de mujeres embarazadas y lactantes en entornos de alta carga de VIH: En los entornos de alta carga de VIH, el riesgo de que las mujeres adquieran el VIH aumenta durante el embarazo (68). Los datos comunicados a ONUSIDA por los 21 países seleccionados para la eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo indican que el 31% de los niños expuestos al VIH nacieron de madres que lo adquirieron durante el embarazo y la lactancia. Entre las seroconversiones que se produjeron en los 21 países seleccionados en 2019, las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) representaron el 43%.

Los servicios intensificados de prevención del VIH, que incluyen, entre otros, la PrEP, pueden ayudar a reducir la cantidad de mujeres que adquieren el VIH durante el embarazo o la lactancia. Realizar pruebas con mayor frecuencia, incluso durante el tercer trimestre y en el período posparto, puede revelar seroconversiones recientes y garantizar el inicio rápido de la terapia antirretroviral para mejorar la salud de la madre y prevenir la transmisión del VIH a su hijo.

Estrategias de pruebas intensivas y diferenciadas para niños: Un número considerable de niños que viven con el VIH, no reciben tratamiento debido a la combinación de una baja cobertura de los servicios de diagnóstico temprano del lactante y la aplicación inadecuada de múltiples estrategias de testeo (seguimiento de contactos con la familia, el hogar y la comunidad) para encontrar a los niños mayores que adquirieron el VIH

durante la lactancia materna después de los dos meses de edad o a los que pueden haberse perdido por los esfuerzos de diagnóstico temprano del lactante. Las plataformas de diagnóstico temprano de lactantes en los puntos de atención, que pueden reducir el tiempo de entrega de los resultados de las pruebas de una mediana de 55 días (para el diagnóstico temprano tradicional de lactantes) a un día, deberían ampliarse rápidamente (69). Cuando esto no sea factible, se deben reducir los plazos de entrega de los resultados de los diagnósticos tempranos de los lactantes de un laboratorio centralizado mediante la mejora de la toma de muestras y el uso de tecnologías móviles. En el caso de los niños mayores que no son atendidos por los servicios de diagnóstico temprano del lactante, se necesitan urgentemente estrategias de pruebas familiares (70).

TABLA 4

Metas detalladas para los servicios sexuales y reproductivos y la eliminación de la transmisión vertical del VIH

Población	Objetivo
Mujeres en edad reproductiva en entornos de alta prevalencia del VIH, dentro de las poblaciones clave y que viven con el VIH	El 95% tiene sus necesidades de prevención del VIH y de servicios de salud sexual y reproductiva satisfechas
Mujeres embarazadas y lactantes	El 95% de las mujeres embarazadas se someten a pruebas de VIH, sífilis y antígeno de superficie de la hepatitis B al menos una vez y lo antes posible. En los entornos de alta carga de VIH, las mujeres embarazadas y lactantes cuya situación de VIH se desconoce o que previamente dieron resultados negativos en las pruebas de VIH deben volver a hacerse las pruebas durante la última etapa del embarazo (tercer trimestre) y en el período posterior al parto.
Mujeres embarazadas y lactantes que viven con el VIH	El 90% de las mujeres que viven con el VIH reciben terapia antirretroviral antes de su embarazo actual
	Todas las mujeres embarazadas que viven con el VIH son diagnosticadas y están en terapia antirretroviral, y el 95% logra la supresión viral antes del parto
	Todas las mujeres lactantes que viven con el VIH son diagnosticadas y están en terapia antirretroviral, y el 95% logra la supresión viral (que se medirá a los 6-12 meses)
Niños (de 0 a 14 años)	El 95% de los bebés expuestos al VIH reciben una prueba virológica y los padres proporcionaron los resultados a los 2 meses de edad
	El 95% de los bebés expuestos al VIH reciben una prueba virológica y los padres proporcionaron los resultados después del período de lactancia
	Se han alcanzado las metas 95-95-95 de pruebas y tratamiento entre los niños que viven con el VIH

Opciones de prevención combinada apropiadas, prioritarias, centradas en la persona y efectivas

El 95% de las personas con riesgo de infección por el VIH utilizan opciones de prevención combinadas adecuadas, prioritarias, centradas en la persona y efectivas para 2025.

La dinámica de la transmisión del VIH difiere enormemente entre las regiones y los países y dentro de ellos. También varían según los modos de transmisión, y dentro de los grupos de población y entre ellos. La prevención efectiva del VIH requiere un enfoque de combinación granular que se diferencie según el lugar, el grupo de población y el riesgo de contraer el VIH.

En la prevención combinada se reconoce que es necesario proporcionar a las personas una variedad de instrumentos múltiples para prevenir la infección por el VIH, incluidos enfoques conductuales y biomédicos, para garantizar que al menos uno se ajuste a sus necesidades actuales. Esas opciones no son fijas: el instrumento más adecuado variará según la situación concreta.

Estas herramientas también deben estar centradas en la persona. Los instrumentos y enfoques más efectivos son diferentes en cada subpoblación. Por ejemplo, la educación integral en sexualidad es un componente fundamental de la prevención del VIH para las personas adolescentes y jóvenes, y el hecho de mantener a las niñas en la escuela y empoderarlas económicamente también se ha vinculado a la reducción del riesgo de VIH. Los condones son una opción barata y eficaz para muchas subpoblaciones con riesgo de infección por el VIH, pero para las personas trabajadoras sexuales, la triple prevención que ofrecen los condones contra el VIH, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados no tiene rival entre todas las opciones de prevención de la transmisión sexual. Se ha demostrado que los programas de circuncisión médica masculina voluntaria son sumamente efectivos en entornos con una alta prevalencia del VIH y bajas tasas de circuncisión, y la reducción integral de los daños, incluido el equipo de inyección estéril y la terapia de sustitución de opiáceos, es la base de la prevención del

VIH entre las personas que se inyectan drogas. El mayor acceso a la PrEP ha dado lugar a mejoras significativas en el impacto de los programas de prevención combinada del VIH entre los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Las preferencias también difieren dentro de las subpoblaciones. Por ejemplo, un joven gay que tiene múltiples parejas sexuales puede preferir usar PrEP, otro puede preferir condones y lubricante, y un tercero puede tener relaciones sexuales sin condón con una pareja seropositiva de la que se ha confirmado que ha suprimido su carga viral a niveles indetectables. La eficacia de ofrecer una variedad de opciones ha quedado demostrada en Nueva Gales del Sur (Australia), donde más de un tercio de los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres han informado que utilizan la profilaxis pre exposición, mientras que casi un cuarto practica el uso sistemático de condones con parejas ocasionales (71, 72). Las metas para 2025 en materia de prevención combinada se organizan en paquetes de servicios específicos para la población que tienen por objeto ofrecer a las personas de mayor riesgo la posibilidad de elegir las opciones de prevención que mejor funcionan en circunstancias concretas.

Las subpoblaciones pueden superponerse. Por ejemplo, las personas trabajadoras sexuales y las personas transgénero que se inyectan drogas requieren servicios de reducción de daños. Por el contrario, las personas que se inyectan drogas y que se dedican al trabajo sexual requieren servicios de detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

Las metas para 2025 también reconocen que las personas de diferentes entornos geográficos y sociales, así como las que tienen diferentes atributos de comportamiento, tienen diferentes niveles de riesgo. Los estratos de riesgo de adquisición del VIH se han definido para orientar la priorización de recursos e intervenciones para que los programas de prevención del VIH puedan maximizar su impacto (Tabla 5). Por ejemplo, el suministro en gran escala de PrEP a mujeres jóvenes en entornos de baja prevalencia del VIH sería costoso y evitaría relativamente pocas infecciones. Sin embargo, en los distritos de mayor prevalencia del VIH del este y sur de África y dentro de grandes

comunidades urbanas de hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres en Europa y América del Norte, la PrEP ha sido una importante adición al arsenal de prevención del VIH.

Una necesidad urgente de elevar el apoyo político y la financiación para la prevención del VIH: El hecho de que hasta la fecha no se haya ampliado el acceso al tratamiento para lograr una rápida reducción de la incidencia del VIH ha puesto de relieve la importancia fundamental de la prevención primaria del VIH. La puesta en marcha de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH en 2017 centró una atención renovada en las metas de prevención del VIH, y los 28 países seleccionados han elaborado metas nacionales de prevención en consonancia con la *hoja de ruta 2020 para la prevención del VIH* de la Coalición. Sin embargo, sigue faltando apoyo político para la prevención del VIH debido a numerosos factores, entre ellos la complejidad inherente a la prevención del VIH, las dificultades para medir el impacto (demostrando que algo, la infección por el VIH, no ocurrió), la falta de comodidad al abordar las cuestiones de sexualidad y el consumo de drogas (especialmente entre las personas jóvenes), y el hecho de que las necesidades de prevención suelen ser mayores entre las poblaciones socialmente marginadas y políticamente desfavorecidas. El apoyo político insuficiente a la prevención del VIH se refleja en los datos de financiación de la respuesta al VIH. De 2012 a 2017, la asistencia internacional para el desarrollo

destinada a la prevención del VIH disminuyó en un 44% (73). La supervisión del gasto nacional en prevención por parte de ONUSIDA también indica que muchos países gastan gran parte de sus recursos finitos de prevención en enfoques distintos de los cinco pilares de la prevención fundamentada en pruebas a los que da prioridad la Coalición Mundial para la Prevención del VIH (74).

Combinar sinérgicamente los enfoques de prevención fundamentados en evidencias: La prevención efectiva del VIH implica un enfoque combinado que ofrece múltiples opciones de prevención a las personas que corren el riesgo de contraer el VIH. Los datos de Rakai, Uganda, demuestran que el efecto sobre la incidencia del VIH se magnifica cuando se combina el tratamiento del VIH a mayor escala con un mayor acceso a los servicios de prevención del VIH basados en la evidencia (75). Los esfuerzos para alcanzar las metas de pruebas y tratamiento 95–95–95 deben combinarse con esfuerzos sólidos para ampliar la promoción del condón, la educación integral en sexualidad, los programas de circuncisión médica masculina voluntaria, PrEP y reducción de daños.

Aprovechamiento de las innovaciones: Las investigaciones siguen generando nuevos instrumentos y enfoques para la prevención del VIH. En dos estudios se ha comprobado que el anillo vaginal de dapivirina reduce el riesgo de que las mujeres adquieran el VIH en más de una cuarta parte (76, 77). La Agencia Europea de Medicamentos ha respaldado el anillo y está haciendo una rápida transición a su aplicación (78). En dos estudios se ha demostrado que el cabotegravir inyectable de acción prolongada para la PrEP es superior a la PrEP oral en la prevención de nuevas infecciones por el VIH, y uno de ellos se centró en las mujeres del África subsahariana y el otro en los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero en África, Asia, América Latina y Estados Unidos (79, 80). Continúan los esfuerzos por diseñar y evaluar vacunas preventivas contra el VIH, aunque se prevé que aún faltan varios años para obtener una vacuna preventiva contra el VIH como muy pronto.

TABLA 5

Umbral para la priorización de los métodos de prevención del VIH a las personas con mayor riesgo de infección

	Criterio	Muy alto	Alto	Bajo a moderado	
Personas trabajadoras sexuales	Prevalencia del VIH en nacionales adultos (de 15 a 49 años)	>3%	>0,3%	<0,3%	
Privados de libertad	Prevalencia del VIH en nacionales adultos (de 15 a 49 años)	>10%	>1%	<1%	
Hombres gays y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Análisis de ONUSIDA por país/región	Proporción de las poblaciones cuya incidencia se estima que es superior al 3%	Proporción de poblaciones cuya incidencia se estima entre el 0,3 y el 3%	Proporción de poblaciones cuya incidencia se estima que es <0,3%	
Personas transgénero	Similar a hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres por la falta de datos	Proporción de las poblaciones cuya incidencia se estima que es superior al 3%	Proporción de poblaciones cuya incidencia se estima entre el 0,3 y el 3%	Proporción de poblaciones cuya incidencia se estima que es <0,3%	
Personas que se inyectan drogas	Análisis de ONUSIDA por país/región	Poca cobertura de programas de agujas y jeringas y de terapia de sustitución de opiáceos	Cierta cobertura de programas de agujas y jeringas y de terapia de sustitución de opiáceos	Alta cobertura de programas de agujas y jeringas con agujas y jeringas adecuadas por cada persona que se inyecta drogas; se dispone de una terapia de sustitución de opioides	
	Criterio	Muy alto	Moderado	Bajo	
Niñas adolescentes y mujeres jóvenes	Combinación de [incidencia nacional o subnacional en mujeres de 15 a 24 años] Y [comportamiento informado de EDS u otro (>2 parejas; o ITS informada en los 12 meses anteriores)]	1 - 3% de incidencia Y comportamiento informado de alto riesgo	>3% de incidencia	0.3 - <1% de incidencia y comportamiento informado de alto riesgo O 1 - 3% de incidencia y comportamiento informado de bajo riesgo	<0,3% de incidencia O 0.3 - <1% de incidencia y comportamiento informado de bajo riesgo
Niños adolescentes y hombres jóvenes	Combinación de [incidencia nacional o subnacional en hombres de 15 a 24 años] Y [comportamiento informado de EDS u otro (>2 parejas; o ITS informada en los 12 meses anteriores)]	1 - 3% de incidencia Y comportamiento informado de alto riesgo	>3% de incidencia	0.3 - <1% de incidencia y comportamiento informado de alto riesgo O 1 - 3% de incidencia y comportamiento informado de bajo riesgo	<0,3% de incidencia O 0.3 - <1% de incidencia y comportamiento informado de bajo riesgo
Adultos (a partir de 25 años)	Combinación de [incidencia nacional o subnacional de 25 a 49 años] Y [comportamiento informado de EDS u otro (>2 parejas; o ITS informada en los 12 meses anteriores)]	1 - 3% de incidencia Y comportamiento informado de alto riesgo	>3% de incidencia	0.3 - <1% de incidencia y comportamiento informado de alto riesgo O 1 - 3% de incidencia y comportamiento informado de bajo riesgo	<0,3% de incidencia O 0.3 - <1% de incidencia y comportamiento informado de bajo riesgo
Asociaciones serodiscordantes	Número estimado de parejas regulares seronegativas de una persona que acaba de empezar el tratamiento	La estratificación del riesgo depende de las elecciones que se hagan dentro de la pareja: elección del momento y el régimen de la terapia antirretroviral para la pareja seropositiva, elección de las pautas de comportamiento (por ejemplo, condones o frecuencia de las relaciones sexuales) y elección de PrEP.			

TABLA 6

Metas detalladas de prevención del VIH para las poblaciones clave

	Personas trabajadoras sexuales	Hombres gais y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Personas encarceladas y otras personas privadas de libertad
Uso de condones/lubricantes en la última relación sexual por parte de aquellos que no están usando PrEP con una pareja no habitual cuyo estado de carga viral de VIH no se sabe que sea indetectable (incluye a aquellos que se sabe que son VIH-negativos)	--	95%	95%	95%	--
Uso de condones/lubricantes en la última relación sexual con un cliente o pareja no habitual	90%	--	--	--	90%
Uso de la PrEP (por categoría de riesgo)					
■ Muy alto	80%	50%	15%	50%	15%
■ Alto	15%	15%	5%	15%	5%
■ Moderado y bajo	0%	0%	0%	0%	0%
Agujas y jeringas estériles	--	--	90%	--	90%
La terapia de sustitución de opiáceos entre las personas que son dependientes de los opiáceos	--	--	50%	--	--
Pruebas de detección y tratamiento para la STI	80%	80%	--	80%	--
Acceso regular a un sistema de salud apropiado o a servicios dirigidos por la comunidad	90%	90%	90%	90%	100%
Acceso a la profilaxis posterior a la exposición como parte del paquete de evaluación de riesgos y apoyo	90%	90%	90%	90%	90%

TABLA 7

Metas detalladas de prevención del VIH para la población general

POBLACIÓN GENERAL		Riesgo por estrato o geografía			
		Muy alto	Moderado	Bajo	
Todas las edades y géneros	Uso de condones/lubricantes en la última relación sexual por parte de aquellos que no están usando PrEP con una pareja no habitual cuyo estado de carga viral de VIH no se sabe que sea indetectable (incluye a aquellos que se sabe que son VIH-negativos)	95%	70%	50%	
	Uso de la PrEP (por categoría de riesgo)	50%	5%	0%	
	Pruebas de detección y tratamiento para la STI	80%	10%	10%	
Adolescentes y jóvenes	Educación integral en sexualidad en las escuelas, de acuerdo con la orientación técnica internacional de las Naciones Unidas	90%	90%	90%	
		Estratos basados solo en la geografía			
		Muy alto (>3%)	Alto (1-3%)	Moderado (0,3-1%)	Bajo (<0.3%)
Todas las edades y géneros	Acceso a la profilaxis posterior a la exposición (PEP) (exposición no ocupacional) como parte del paquete de evaluación de riesgos y apoyo	90%	50%	5%	0%
	Acceso a la PEP (nosocomial) como parte del paquete de evaluación de riesgos y apoyo	90%	80%	70%	50%
Niñas adolescentes y mujeres jóvenes	Empoderamiento económico	20%	20%	0%	0%
Niños adolescentes y hombres	CMMV	90% en 15 países prioritarios			
Personas con parejas serodiscordantes	Uso de condones/lubricantes en la última relación sexual por parte de aquellos que no están usando PrEP con una pareja no habitual cuyo estado de carga viral de VIH no se sabe	95%			
	PrEP hasta que la pareja positiva haya suprimido la carga viral	30%			
	Profilaxis posterior a la exposición	100% después de una exposición de alto riesgo			

Eliminación de las barreras sociales y legales a los servicios del VIH

Los altos niveles de cobertura de los servicios relacionados con el VIH que se exigen para las metas 2025 solo pueden lograrse en un entorno en el que las personas que viven con el VIH y las personas con riesgo de infección por el VIH se sientan seguras para utilizar esos servicios. Lamentablemente, en la actualidad no es así en muchos países. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH, la desigualdad de género y la penalización del consumo de drogas, el trabajo sexual y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo son poderosos obstáculos para los servicios relacionados con el VIH. En las metas para 2025 se hace hincapié en que los países deben invertir en esfuerzos concretos para eliminar esos impedimentos y establecer un entorno propicio libre de barreras sociales, políticas, legales y económicas (81).

Las metas de esta sección se enmarcan como impedimentos para centrar la atención mundial en la realidad del estigma y la discriminación basados en el estado serológico respecto al VIH, las leyes y políticas punitivas o perjudiciales, las desigualdades (basadas en el género, la raza, la economía y la educación) y el acceso limitado a la justicia para las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y las poblaciones vulnerables (es decir, las mujeres, las adolescentes, los migrantes, los refugiados y las personas encarceladas). Las metas exigen una eliminación más rápida de estos impedimentos. Los valores de estas metas (es decir, menos del 10%) pueden parecer numéricamente inferiores a las metas de servicios para el VIH que exigen una cobertura del 95%, pero las líneas de base de los habilitadores sociales suelen ser más bajas y el cambio social suele ser un proceso más lento que la ampliación programática. No obstante, el logro de esas metas es fundamental para avanzar en toda la gama de ambiciosas metas para 2025 y para hacer realidad la visión de cero nuevas infecciones, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida.

Medición del impacto del entorno social y legal: Se realizaron dos análisis de los efectos negativos de los impedimentos sociales y legales para el proceso de fijación de metas para 2025. Comprobaron que esos impedimentos contribuyen a las nuevas infecciones por el VIH y a la mortalidad relacionada con el sida al limitar el acceso a los servicios y disminuir la eficacia de los programas de lucha contra el VIH.

Un análisis se centró en los estudios disponibles que han medido cuantitativamente el impacto negativo que el estigma y la discriminación, la penalización del trabajo sexual, el consumo de drogas y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo tendrían en los esfuerzos de prevención, pruebas y tratamiento del VIH (82-88). El análisis sugiere que la falta de progreso en todos los habilitadores sociales socavaría los esfuerzos por alcanzar las metas en materia de pruebas de detección, tratamiento y supresión viral del VIH, lo que resultaría en 1,7 millones adicionales de muertes relacionadas con el sida entre 2021 y 2030, y esa falta de progreso en los habilitadores sociales socavaría los esfuerzos por alcanzar las metas de prevención del VIH, lo que resultaría en 2,5 millones de nuevas infecciones por el VIH en el mismo período (Figura 24) (89).

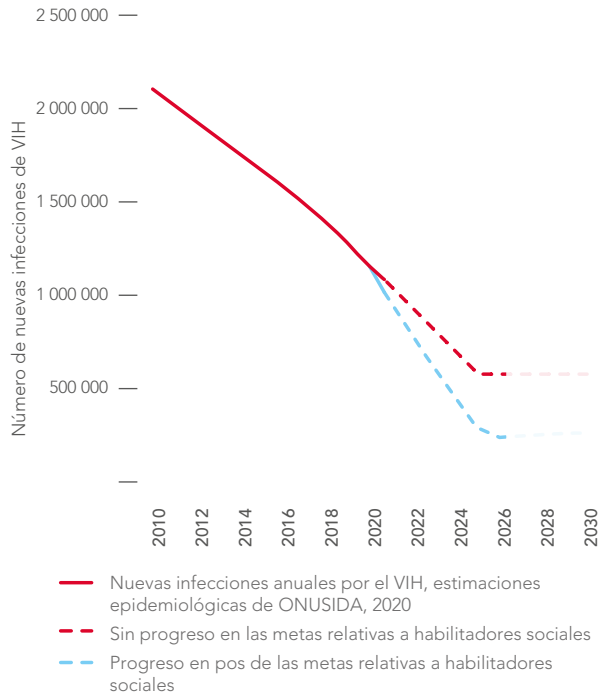
El segundo fue un análisis estadístico multivariado de datos transversales y longitudinales de 138 países. Se comprobó que los países con entornos sociales y legales más propicios tenían correlaciones positivas más fuertes entre la cobertura de los servicios relacionados con el VIH y los efectos del VIH. Por ejemplo, a medida que aumenta el uso de condones por parte de los hombres en las últimas relaciones sexuales de alto riesgo, los países con entornos sociales favorables muestran disminuciones más fuertes y pronunciadas de la incidencia del VIH desde 2010 (Figura 25).³ Dado que se prevé que el uso de condones alcance niveles más altos que los promedios actuales, se espera que las reducciones de la incidencia del VIH sean mucho mayores en los países con los entornos más favorables (el cuartil superior), lo que se refleja en la mayor pendiente de estos países.⁴

³ En este análisis, el uso de condones en la última relación sexual de alto riesgo se definió como el porcentaje de hombres que declararon haber usado un condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no conyugal y no cohabitante entre todos los hombres que declararon haber tenido relaciones sexuales con una pareja no conyugal y no cohabitante.

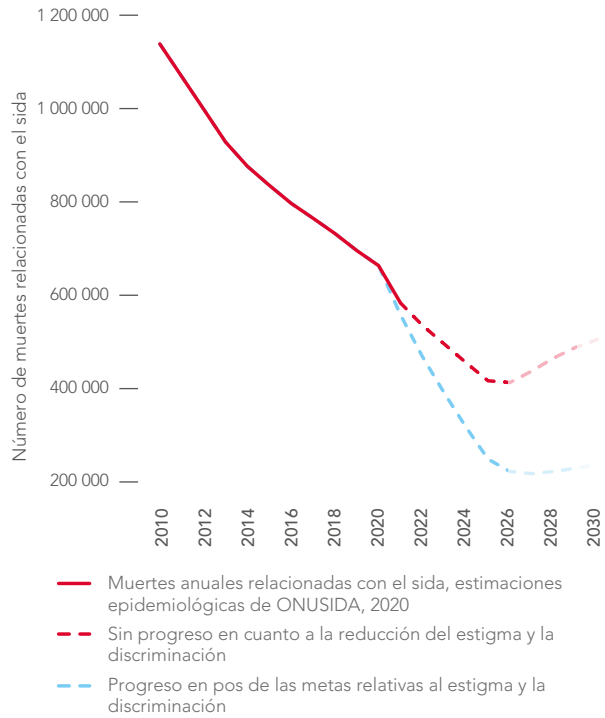
⁴ A niveles bajos de utilización de condones (menos del 40%), se produjo un aumento porcentual mayor de la incidencia del VIH en los últimos 10 años en los países con mejores entornos sociales propicios porque esos países tenían una incidencia de referencia más baja.

FIGURA 24

Infecciones por VIH proyectadas hasta 2020 y predicciones modeladas relacionadas con el progreso de los habilitadores sociales, 2021–2030



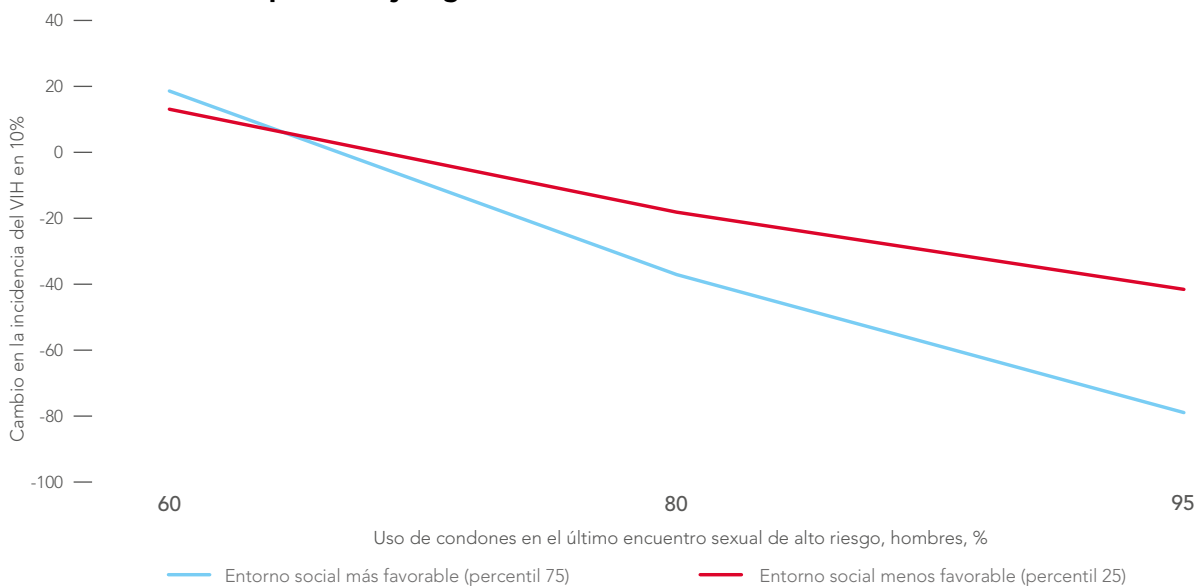
Muertes relacionadas con el sida proyectadas hasta 2020 y predicciones modeladas relacionadas con el progreso de los habilitadores sociales, 2021–2030



Fuente: Análisis especial de Avenir Health utilizando datos de la herramienta de seguimiento de los servicios de VIH del ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020; y estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). Véase el anexo sobre metodología.

FIGURA 25

Reducción relativa de los índices de incidencia del VIH (por 1000) en los últimos 10 años por el uso de condones por parte de los hombres en el último encuentro sexual de alto riesgo, países con entornos sociales positivos y negativos, 2010-2019



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA utilizando modelos de ecuaciones estructurales; véase el anexo de metodología.

Nota: El nivel del entorno de facilitación social es un indicador compuesto basado en cuatro grupos de entornos de facilitación social: (1) sociedades con igualdad de género; (2) sociedades libres de estigma y discriminación; (3) mejora del acceso a la justicia y derogación de las leyes punitivas; y (4) acción conjunta con el sector de desarrollo más amplio. La estimación se realizó aplicando un análisis de regresión con datos de panel multivariado con modelización de ecuaciones estructurales para el análisis estadístico de construcciones no observadas.

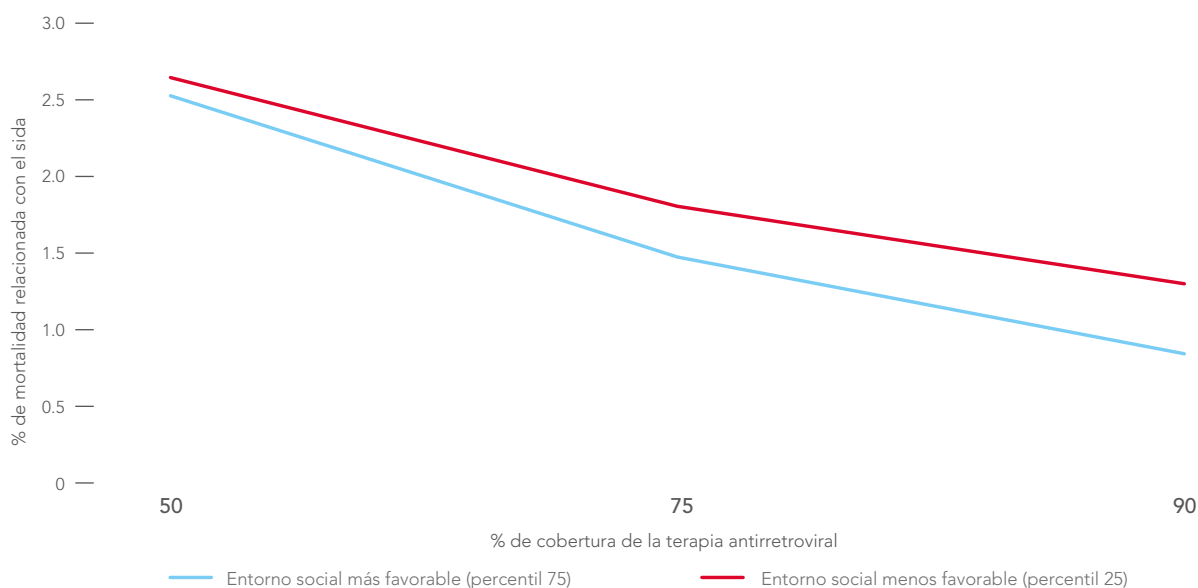
Del mismo modo, las mayores disminuciones de la mortalidad relacionada con el sida entre las personas que viven con el VIH se producen cuando la cobertura de la terapia antirretroviral aumenta en los países con los entornos sociales más favorables, en comparación con los países con los entornos sociales más desfavorables (Figura 26). En cuanto al tratamiento del VIH, no hay una diferencia significativa en los niveles de mortalidad relacionada con el sida a niveles de cobertura bajos, pero a medida que la cobertura del tratamiento aumenta hasta el nivel de las metas para 2025, hay índices de mortalidad más bajos en los países con los

entornos sociales más favorables: 0,9% de mortalidad relacionada con el sida entre las personas que viven con el VIH, en comparación con una mortalidad 1,4%—55% más alta, en países con entornos sociales desfavorables.

La coherencia entre ambos análisis de los efectos del estigma y la discriminación, la penalización y la violencia basada en el género ha puesto de relieve el valor de establecer metas ambiciosas para los habilitadores sociales e invertir recursos en el logro de las metas.

FIGURA 26

Mortalidad relacionada con el sida entre personas que viven con el VIH en comparación con la cobertura de la terapia antirretroviral en países con entornos sociales favorables y desfavorables, 2017—2019



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA utilizando modelos de ecuaciones estructurales; véase el anexo de metodología.

Nota: El nivel del entorno de facilitación social es un indicador compuesto basado en cuatro grupos de entornos de facilitación social: (1) sociedades con igualdad de género; (2) sociedades libres de estigma y discriminación; (3) mejora del acceso a la justicia y derogación de las leyes punitivas; y (4) acción conjunta con el sector de desarrollo más amplio. La estimación se realizó aplicando un análisis de regresión con datos de panel multivariado con modelización de ecuaciones estructurales para el análisis estadístico de construcciones no observadas.

Menos del 10% de los países cuentan con entornos legales y normativos punitivos que niegan el acceso a la justicia.

- **Menos del 10% de los países penalizan el trabajo sexual, la posesión de pequeñas cantidades de drogas, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y la transmisión, exposición o no revelación del estatus de VIH para 2025.**
- **Menos del 10% de los países carecen de mecanismos para que las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave puedan denunciar los abusos y la discriminación y buscar reparación para 2025.**
- **Menos del 10% de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave carecen de acceso a servicios legales para 2025.**
- **Más del 90% de las personas que viven con el VIH y que han sufrido abusos de sus derechos han solicitado una reparación para 2025.**

Esta área meta tiene como objetivo aprovechar y acelerar el impulso alentador hacia la reforma legal y el acceso a la justicia en numerosos países y regiones, aplicando las lecciones aprendidas de manera más amplia para armonizar los marcos legales y normativos con los fundamentos de derechos humanos de una respuesta efectiva al VIH.

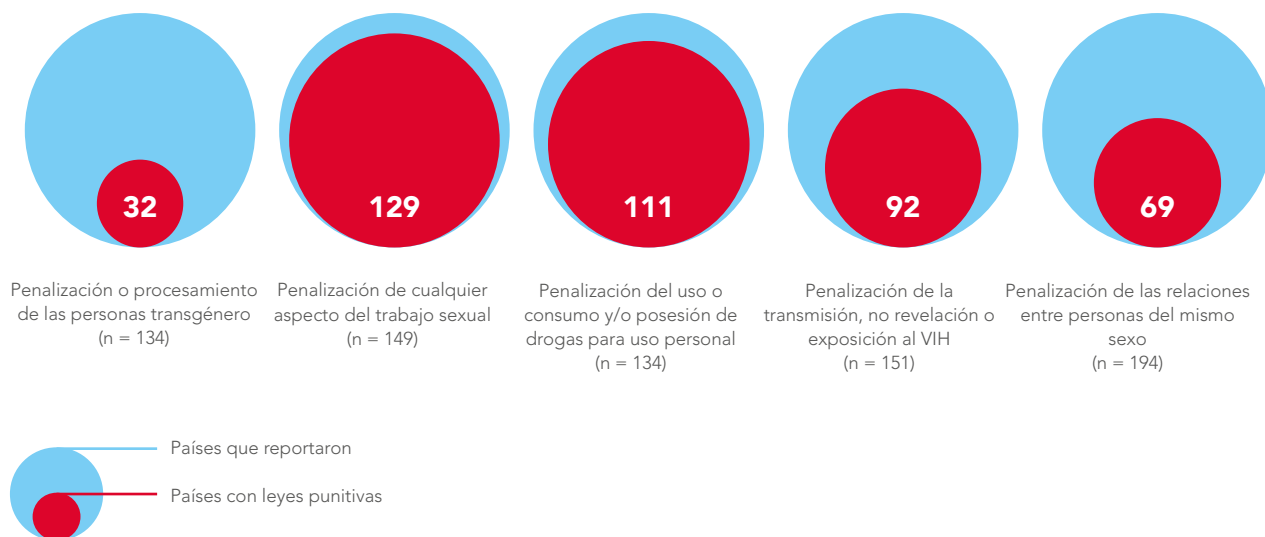
Los efectos de la penalización en las personas afectadas por el VIH: Las sanciones penales severas para las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se asocian con un riesgo 4,7 veces mayor de infección por el VIH en comparación con los entornos que carecen de tales sanciones (90). Según un análisis de 75 países, la existencia de leyes que marginan o penalizan a las personas LGBTI también se asocia con una adopción sustancialmente menor de los servicios de pruebas de VIH (91). En 10 países del África subsahariana, las leyes represivas relativas al trabajo sexual están vinculadas con el aumento de la prevalencia del VIH (92). Según un examen sistemático realizado en 2017, más del 80% de los estudios pertinentes correlacionan la penalización del consumo de drogas con un mayor riesgo de VIH (93).

Comprender el proceso de despenalización: La despenalización es un proceso a largo plazo que se desarrolla de forma progresiva en el tiempo, ofreciendo la posibilidad de éxitos provisionales antes de la eliminación definitiva de las sanciones penales. La despenalización en sí misma no es el final de este proceso, sino más bien un paso intermedio y crítico hacia el objetivo final de crear entornos que sean justos, equitativos y que permitan una respuesta efectiva y centrada en las personas.

Aprovechar los éxitos para acortar la brecha legal y normativa: Las leyes punitivas, discriminatorias y científicamente poco sólidas son la norma en todo el mundo y tienen consecuencias especialmente graves para las poblaciones clave, pero las experiencias recientes han puesto de relieve la viabilidad de la despenalización y otras formas de reforma legal. Desde 2016, Chile, Pakistán y Uruguay han reconocido oficialmente la identidad de género e introducido protecciones legales para las personas transgénero. Senegal ha legalizado el trabajo sexual. A nivel mundial, el número de países y territorios que aplican restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia o la residencia disminuyó a 48 en 2019. Países como Antigua y Barbuda, Belice, Colombia, México, Sudáfrica y varios estados de los Estados Unidos han flexibilizado leyes sobre drogas de larga data. El número de países que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo ha seguido disminuyendo en los últimos años, y Botswana y la India han eliminado prohibiciones anteriores. Desde 2016, Colombia y México han eliminado o flexibilizado sus leyes de penalización del VIH, mientras que Belarús, Canadá y la República Democrática del Congo redujeron las situaciones en que se puede enjuiciar o condenar a las personas que viven con el VIH.

FIGURA 27

Países con leyes discriminatorias y punitivas, a nivel mundial, 2019



Sources: UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2017 and 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>); supplemented by additional sources (see references in Annex).

Aprender de los éxitos recientes en la reducción de las leyes punitivas: Se necesitan más esfuerzos concertados para saber cómo se ha producido la reforma legal y para comprender cómo aplicar y adaptar estos enfoques a otros entornos. Si se extraen con más efectividad los ejemplos nacionales que han tenido éxito, se podrán identificar los mensajes óptimos, las estrategias eficaces para cultivar nuevos paladines y socios de coalición, y las formas de sinergia con los cambios sociales más amplios a fin de fomentar la reforma legal. En particular, los países que han promulgado recientemente una reforma legal pueden alentar a los países vecinos a adoptar medidas similares.

Menos del 10% de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave experimentan estigma y discriminación

- **Menos del 10% de las personas que viven con el VIH informan que han interiorizado el estigma para 2025.**
- **Menos del 10% de las personas que viven con el VIH declaran haber sufrido estigmatización y discriminación en los ámbitos de la atención de la salud y la comunidad para 2025.**
- **Menos del 10% de las poblaciones clave (es decir, los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas trabajadoras sexuales, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas) declaran haber sufrido estigmatización y discriminación para 2025.**
- **Menos del 10% de la población general informa actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH para 2025.**
- **Menos del 10% de los trabajadores de la salud informan actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH para 2025.**
- **Menos del 10% de los trabajadores de la salud informan actitudes negativas hacia las poblaciones clave para 2025.**
- **Menos del 10% de los agentes del orden público informan actitudes negativas hacia las poblaciones clave para 2025.**

Casi cuatro décadas después de que se documentara por primera vez el sida, el estigma y la discriminación siguen ralentizando o bloqueando por completo el progreso hacia el fin de la epidemia. En 25 de los 36 países que disponen de datos de encuestas recientes sobre un índice compuesto de actitudes discriminatorias, más de la mitad de las personas de 15 a 49 años mostraron actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH (Figura 28). Si bien las actitudes discriminatorias han disminuido sistemáticamente en algunos países, sobre todo en África oriental y meridional, en otros están aumentando.

Este nuevo objetivo pretende reducir drásticamente la prevalencia del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Teniendo en cuenta la creciente carga del VIH en las poblaciones clave y los efectos perniciosos del estigma y la discriminación en los esfuerzos por atender las necesidades relacionadas con el VIH de

las poblaciones clave, esta esfera de actuación incluye metas más detalladas y específicas para cada población.

La alarmante prevalencia de la discriminación en el ámbito de la atención de salud: Entre los 13 países que han comunicado datos recientes sobre la discriminación en los centros de atención de salud, hasta el 21% de las personas encuestadas que vivían con el VIH en Perú y Tayikistán dijeron que se les había negado servicios de salud por lo menos una vez en los 12 meses anteriores (94).

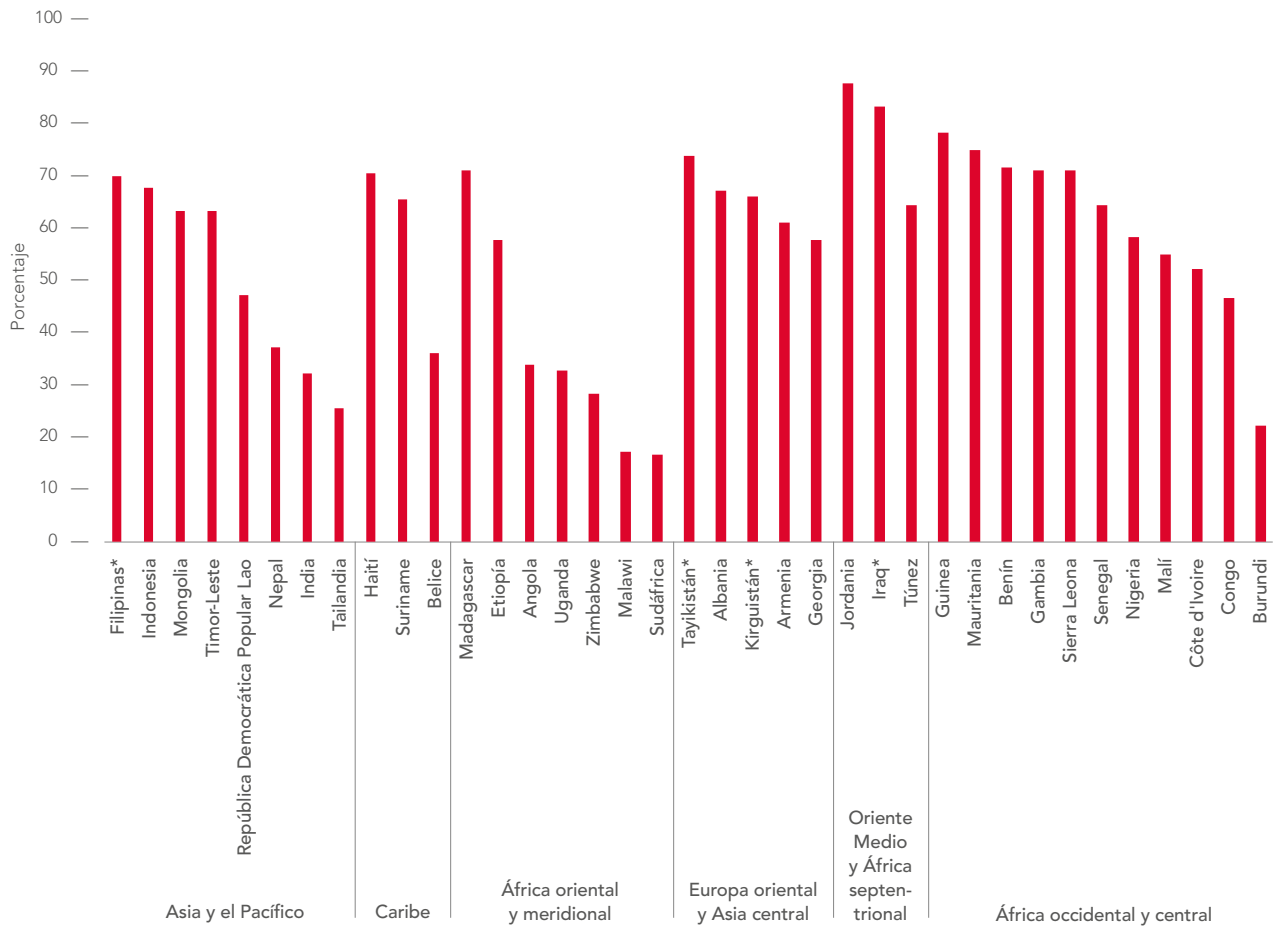
La asignación de recursos y la ampliación de las iniciativas en materia de derechos humanos y lucha contra el estigma fundamentadas en evidencias: En un examen sistemático encargado por ONUSIDA sobre las repercusiones de las iniciativas en materia de derechos humanos en los resultados del VIH se determinó que la mayoría de los estudios (el 83%) indicaban un efecto positivo. La Iniciativa «Derribando barreras» del Fondo Mundial ha canalizado nuevos recursos importantes (más de 78 millones de dólares estadounidenses en 2017-2019) para reducir las barreras de derechos humanos a los servicios relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria en 20 países (95).

Apoyar y empoderar a las comunidades para luchar contra el estigma y la discriminación: Mediante la vigilancia dirigida por la comunidad, la promoción y los programas para garantizar el acceso a la justicia, las comunidades son agentes fundamentales para ajustar las respuestas al VIH a los principios de derechos humanos. El Apoyo. La iniciativa «No castigues», movilizadora en al menos 200 ciudades de 86 países en 2020, es una iniciativa mundial de base que promueve la reducción del daño y las políticas sobre drogas basadas en los derechos humanos (96).

Aprovechar la nueva visibilidad de los esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación: La Red mundial de personas que viven con el VIH (GNP+), la delegación de organizaciones no gubernamentales de la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA, ONUSIDA, ONU Mujeres y el PNUD se unieron para poner en marcha la Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH (Alianza Mundial). En 2020, la Alianza Mundial comenzó a aplicarse en los países y se asoció con los gobiernos y las comunidades a nivel nacional para adoptar medidas fundamentadas en pruebas contra el estigma y la discriminación.

FIGURA 28

Porcentaje de personas entre 15 y 49 años que denuncian actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH, países con datos disponibles, 2014–2019



*Los datos son únicamente para mujeres de entre 15 y 49 años.

Fuente: Encuestas hechas entre la población, 2014-2019.

Nota: Las actitudes discriminatorias se miden según las respuestas "No" a cualquiera de dos preguntas: (1) ¿Le compraría vegetales frescos a un comerciante o proveedor si supiera que esa persona tiene VIH?; y (2) ¿Cree que los niños que viven con el VIH deberían poder asistir a la escuela con niños con VIH negativo?

Menos del 10% de las mujeres, las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave experimentan desigualdad y violencia de género

- *Menos del 10% de las mujeres y niñas experimentan violencia física o sexual por parte de su pareja para el 2025.*
- *Menos del 10% de las poblaciones clave (es decir, los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas trabajadoras sexuales, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas) experimentan violencia física o sexual para 2025.*
- *Menos del 10% de las personas que viven con el VIH experimentan violencia física o sexual para 2025.*
- *Menos del 10% de las personas apoyan las normas de género no equitativas para 2025.*
- *Para 2025, más del 90% de los servicios relacionados con el VIH tendrán en cuenta las cuestiones de género.*

En esta esfera se hace hincapié en la importancia de poner fin a la violencia contra las mujeres, las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave. La violencia de género no es más que una manifestación de la desigualdad de género, que reduce la capacidad de las mujeres y las niñas para protegerse del VIH. Perpetúa una distribución de género de las responsabilidades de cuidado y disminuye las oportunidades educativas y de empleo de las mujeres y las niñas. La nueva meta también reconoce la forma en que las normas desiguales de género contribuyen a la vulnerabilidad de las poblaciones clave.

La prevalencia inaceptablemente alta de la violencia contra las mujeres, las niñas y las poblaciones clave: Casi una de cada tres mujeres en todo el mundo ha experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja, violencia sexual por parte de personas que no son su pareja o ambas cosas en su vida (97). La experiencia de la violencia sexual suele comenzar a una edad temprana: se estima que unas 120 millones de niñas han sufrido alguna forma de contacto sexual

forzado antes de los 20 años (98). En aproximadamente la mitad de los países que disponen de datos desglosados por edad, un mayor porcentaje de niñas adolescentes (de 15 a 19 años) había sufrido violencia en la pareja en los últimos 12 meses, en comparación con las mujeres adultas en general (99). Las poblaciones clave son víctimas frecuentes de discriminación y abuso, y más de la mitad de las personas trabajadoras sexuales de ocho de los 36 países sobre los que se dispone de datos recientes declaran haber sufrido violencia. En 4 de los 17 países que disponen de datos de encuestas, más del 20% de los hombres gais y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres informaron que habían sido objeto de violencia, y en el limitado número de países que disponen de datos pertinentes también se han notificado altos índices de violencia contra las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas.

Los efectos de la violencia en el riesgo de VIH y los resultados de la salud: La experiencia de la violencia en la pareja en entornos de alta prevalencia del VIH aumenta el riesgo de que las mujeres adquieran el VIH (97). Las mujeres que viven con el VIH y que han sido víctimas de la violencia también tienen un acceso y una adherencia al tratamiento reducidos, un recuento de CD4 más bajo y una carga viral más alta (100).

Enfoques multisectoriales para aumentar la igualdad de género y reducir la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas: Se ha demostrado que las transferencias de dinero en efectivo ayudan a las niñas a permanecer en la escuela, aumentan el uso de los servicios de salud, retrasan la iniciación sexual, reducen el matrimonio precoz y los embarazos en la adolescencia y disminuyen el riesgo de que las niñas adquieran el VIH (101, 102). Según datos de Botswana, cada año adicional de escolaridad secundaria redujo el riesgo de las jóvenes de contraer el VIH en un 8,1% (103). La participación de los líderes religiosos en los enfoques transformadores del género en la República Democrática del Congo y de los hombres en la salud reproductiva y materna en Ruanda se ha asociado con la reducción de la violencia sexual, el mejoramiento del uso de anticonceptivos, el aumento de la salud prenatal de las mujeres y la división más equitativa del trabajo en los hogares (104, 105).

LABORATORIO DE POLÍTICAS DEL VIH

El sistema mundial para la vigilancia del sida, gestionado por ONUSIDA, recopila una gran cantidad de datos sobre leyes y políticas relacionadas con el VIH. Para maximizar el uso de estos datos, ONUSIDA ha unido sus fuerzas con la Georgetown University, el O'Neill Institute for National and Global Health Law, GNP+ y Talus Analytics para poner en marcha el Laboratorio de Políticas sobre el VIH (<http://www.hivpolicylab.org>).

El Laboratorio de Políticas sobre el VIH es una herramienta de visualización y comparación de datos que hace un seguimiento de las políticas nacionales a través de 33 indicadores diferentes en 194 países, lo que permite a los usuarios obtener una evaluación del entorno político fundamentada en pruebas. Los indicadores seguidos por el Laboratorio de Políticas sobre el VIH se dividen en cuatro categorías: clínicos y de tratamiento, de pruebas y prevención, estructurales y de sistemas de salud.

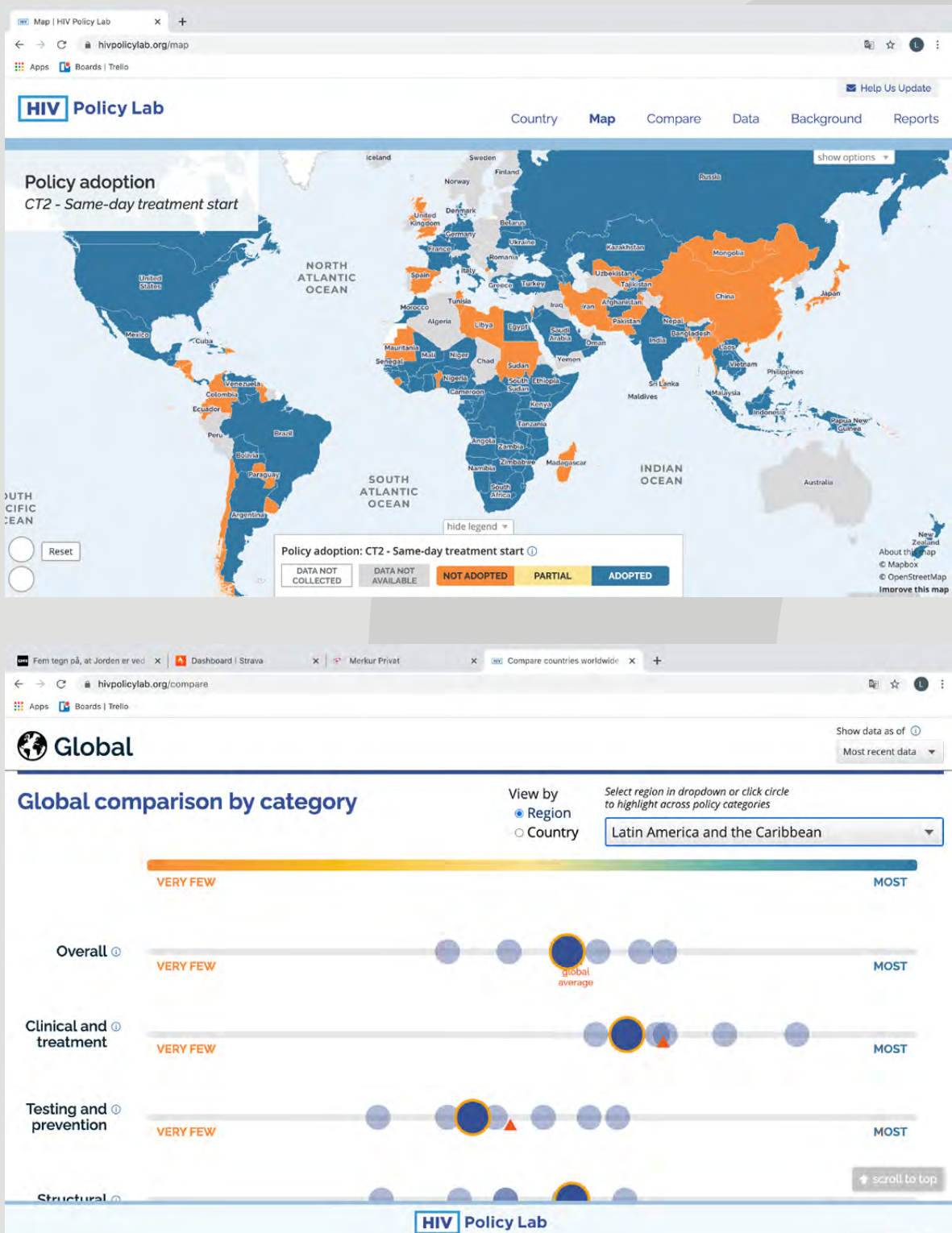
El instrumento tiene por objeto apoyar los esfuerzos de los grupos de la sociedad civil por promover cambios legales y de políticas en los países y exigir a sus gobiernos que rindan cuentas. Los propios gobiernos también pueden utilizar el instrumento para orientar sus esfuerzos en el cumplimiento de sus compromisos y para comparar sus progresos con los de los países de su región o los que tienen una situación económica y epidemiológica similar. Los asociados regionales y mundiales pueden utilizar la herramienta para identificar las buenas prácticas y ampliar esas experiencias para promover el programa mundial de reforma de leyes y políticas, de manera que permitan la elaboración de respuestas sólidas al VIH.

En la categoría clínicos y de tratamiento, los usuarios del Laboratorio de Políticas sobre el VIH pueden saber si un país ha adoptado las políticas recomendadas sobre la iniciación del tratamiento, la iniciación en el mismo día, la prestación de servicios diferenciados, las pruebas de carga viral, el diagnóstico y el tratamiento pediátrico, el acceso a la atención de la salud para los migrantes y el diagnóstico de la tuberculosis. El Laboratorio de Políticas sobre el VIH informa a los usuarios si un país determinado permite la auto prueba del VIH, prohíbe la prueba obligatoria del VIH, permite la programación de la reducción de daños, exige una educación integral en sexualidad en las escuelas primarias y secundarias, penaliza la exposición o la transmisión del VIH, impone tasas a los usuarios por los servicios de salud o prohíbe la discriminación basada en la orientación sexual, la identidad de género o el estado serológico respecto del VIH.

Además de comprender el entorno normativo de un país específico, los usuarios del Laboratorio de Políticas sobre el VIH pueden ver cómo se compara el país con otros. Los códigos de colores se utilizan para identificar si el país ha aplicado ninguna, pocas, muchas, la mayoría o todas las políticas en cualquiera de las cuatro categorías de políticas, como se recomienda en la orientación normativa internacional.

FIGURA 29

Ilustraciones de la presentación de datos en el sitio web del Laboratorio de Políticas para el VIH



Enfoques integrados centrados en las personas y específicos para cada contexto

Adopción de enfoques integrados centrados en las personas y específicos para cada contexto, que apoyen el logro de las metas relativas al VIH para 2025 y que den como resultado que al menos el 90% de las personas que viven con el VIH y las personas con mayor riesgo de infección por el VIH estén vinculadas a servicios para otras enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, violencia sexual y de género, salud mental y los demás servicios que necesitan para su salud y bienestar general.

Más que una enfermedad o la capacidad de los centros de salud, deben ser las personas las que orienten el diseño, la prestación y la evaluación de los servicios de salud. Una forma de hacer que los sistemas de salud estén más centrados en las personas es mediante la integración de los servicios, con el objetivo de proporcionar servicios adaptados a las personas, situados en el mismo lugar o bien coordinados, que sean óptimamente convenientes, sin fisuras y fáciles de navegar. La integración de la salud tiene por objeto mejorar los resultados de los programas de salud en cuatro dimensiones: eficiencia, efectividad, equidad y capacidad de respuesta.

Priorizar las iniciativas de alto valor que ofrecen beneficios indirectos: Los enfoques integrados que producen beneficios no solo para el VIH, sino también para otras prioridades de salud tienen el potencial de generar beneficios de salud de base amplia y permiten la mancomunación de los presupuestos entre sectores.

Evidencia relativa a los beneficios de la integración de los servicios: En un examen sistemático y un meta análisis recientes se determinó que la integración del VIH con otros servicios de salud (como la atención de la salud materno-infantil, la atención de la tuberculosis, la atención primaria de la salud, la planificación familiar y los servicios de salud sexual y reproductiva) puede aumentar la aceptación del VIH y otros servicios de salud, mejorar la retención de las personas que viven con el VIH en la atención, lograr una adhesión al tratamiento y una supresión viral equivalentes o

mejores, generar beneficios de salud indirectos y reducir la mortalidad relacionada y no relacionada con el sida (106). Los resultados del estudio fueron desiguales en cuanto a si los servicios integrados eran más o menos costosos que los no integrados, pero los resultados indican que la integración del VIH con otros servicios de salud es rentable (106).

Decidir cuándo y cómo integrar los servicios: No hay una opción entre los enfoques de servicios totalmente integrados y fragmentados. Los diferentes enfoques de la integración de los servicios pueden tener efectos tanto positivos como negativos, y hay oportunidades de integración que no llegan a ser plenamente integradas. En todos los casos, la decisión de cuándo, cómo y en qué grado integrar los servicios debe basarse en un análisis y una comprensión minuciosos del entorno del sistema de salud y de las necesidades de las personas que necesitan servicios de salud en un determinado entorno. Incluso en un sistema más integrado, la especialización seguirá siendo un elemento importante. Para ser eficaces, los enfoques integrados requieren esfuerzos concertados para fortalecer los sistemas de salud, incluida la garantía de que los marcos de políticas de salud apoyen la integración de los servicios de manera que estén centrados en las personas. Se debe dar prioridad a la vigilancia de los resultados de la salud y a la agilidad para cambiar de rumbo según sea necesario en respuesta a los problemas o las oportunidades. Para fundamentar las decisiones relativas al momento y la forma de la integración, se necesita mejor información sobre el costo, la efectividad en función de los costos y la sostenibilidad fiscal de los programas integrados en entornos con recursos limitados.

Integración de enfoques para poblaciones específicas: La atención y el apoyo efectivos al VIH deben ser amplios y holísticos, ya que las personas que viven con el VIH o corren un riesgo considerable de contraerlo suelen tener problemas de salud distintos del VIH. La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH, y en 2018 morirán de tuberculosis casi 250 000 personas seropositivas (107). En comparación con las mujeres seronegativas, las mujeres que viven con el VIH tienen aproximadamente cinco veces más probabilidades de

desarrollar cáncer de cuello uterino (108). Las personas con problemas de salud mental tienen de cuatro a diez veces más probabilidades que las que no los tienen de contraer el VIH, y las personas que viven con el VIH corren un riesgo elevado de desarrollar problemas de salud mental (109). Los supervivientes de la violencia sexual y las personas que se han enfrentado a catástrofes humanitarias se encuentran entre las poblaciones que tienen más probabilidades de sufrir traumas emocionales junto con problemas de salud. Un enfoque integral que destaque todos los aspectos de la salud -física, mental y emocional- es fundamental para obtener resultados satisfactorios.

A medida que las personas que viven con el VIH envejecen, especialmente dados los beneficios de la terapia antirretroviral para prolongar la vida, es cada vez más probable que experimenten enfermedades comunes del envejecimiento y otras enfermedades no transmisibles. Un estudio reciente, por ejemplo, determinó que el 62% de los kenianos que viven con el VIH tienen por lo menos una enfermedad no transmisible (110).

Los niños y niñas adolescentes pueden beneficiarse de los servicios orientados a las personas jóvenes, que ofrecen una amplia gama de servicios centrados en la juventud. En el caso de las mujeres, la introducción de tecnologías de atención para las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) como parte de un enfoque de pruebas y tratamientos sería poco costosa y fácil de aplicar junto con los servicios del VIH. En el caso de los hombres, la realización de pruebas de VIH junto con la detección de enfermedades no transmisibles ofrece una estrategia potencial para mejorar la cobertura de las pruebas. Se pueden ofrecer paquetes de servicios de integración diseñados específicamente para atender las necesidades sanitarias de poblaciones clave, especialmente en lugares de servicio con capacidad demostrada para prestar servicios sin prejuicios y adaptados a la comunidad.

Aprovechar el progreso hacia la cobertura universal de salud: Aunque la financiación de los servicios de salud es teóricamente distinta de la forma en que se organizan y prestan los servicios de salud, se espera que el progreso realizado para reunir a toda una población bajo una

única cobertura que se financie públicamente aumente el impulso en favor de enfoques más integrados de la atención primaria de salud. En demasiados países, las tasas a los usuarios impiden el acceso a los servicios de VIH, aumentan las desigualdades, empobrecen a hogares enteros afectados por el VIH y aumentan la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el sida. Se necesitarán esfuerzos específicos para asegurar que el avance hacia la cobertura sanitaria universal refleje los atributos fundamentales de la respuesta al VIH (incluida la participación de la comunidad, la gobernanza inclusiva, la responsabilidad por los resultados y el compromiso con los derechos humanos y la igualdad de género), que todos los servicios que se presten en un centro o en un entorno comunitario estén libres de estigma y discriminación, y que los paquetes de servicios incluyan servicios esenciales de diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH.

Acceso de los migrantes a los servicios: Muchos migrantes se enfrentan a una lucha ardua para acceder a los servicios de salud y del VIH. Es necesario que haya una legislación concertada que cree un entorno propicio para que los migrantes tengan acceso a los servicios, independientemente de su situación en el país. La legislación aprobada por Portugal para allanar el camino para que los migrantes regulares e irregulares tengan acceso a servicios de salud completos proporciona un modelo de trabajo de prestación de servicios que puede reproducirse en otros lugares.

TABLA 8

Metas detalladas para la integración

Población	Objetivo
Personas que viven con el VIH	El 90% de los pacientes que ingresan en los servicios de atención del VIH o la tuberculosis son remitidos a un centro integrado, ubicado o vinculado para que se les practique la prueba y el tratamiento de la tuberculosis y el VIH, según el protocolo nacional. El 90% de las personas que viven con el VIH reciben tratamiento preventivo contra la tuberculosis. El 90% tiene acceso a servicios integrados o vinculados para el tratamiento del VIH y las enfermedades cardiovasculares, el cáncer cervicouterino, la salud mental, el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes, la educación sobre el asesoramiento para un estilo de vida saludable, el asesoramiento para dejar de fumar y el ejercicio físico.
Niños (de 0 a 14 años)	El 95% de los recién nacidos y lactantes expuestos al VIH tienen acceso a servicios integrados de atención materna y neonatal, incluida la prevención de la triple transmisión vertical del VIH, la sífilis y la hepatitis B.
Niños adolescentes y hombres jóvenes (de 15 a 24 años)	El 90% de los adolescentes varones (a partir de los 15 años) y los hombres (de 25 a 59 años) tienen acceso a programas de CMMV integrados con un paquete mínimo de servicios ⁵ y a la detección de enfermedades múltiples ⁶ en el marco de una prestación de servicios de atención de la salud adaptada a los hombres en 15 países prioritarios.
Hombres adultos (a partir de 25 años)	
Niñas en edad escolar (de 9 a 14 años)	El 90% de las niñas en edad escolar de los países prioritarios tienen acceso a la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), así como a la detección o el tratamiento de la esquistosomiasis genital femenina (<i>S. haematobium</i>) en las zonas donde es endémica. ⁷
Adolescentes mujeres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años)	El 90% tiene acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que integran la prevención, las pruebas y el tratamiento del VIH. Esos servicios integrados pueden incluir, según corresponda para satisfacer las necesidades de salud de la población local, la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino y las infecciones de transmisión sexual, la detección o el tratamiento de la esquistosomiasis genital femenina (<i>S. haematobium</i>), los programas de violencia en la pareja, los programas de violencia sexual y de género que incluyen la profilaxis posterior a la exposición (PEP), la anticoncepción de emergencia y los primeros auxilios psicológicos. ⁸
Mujeres adultas (a partir de los 25 años)	
Mujeres embarazadas y lactantes	El 95% tiene acceso a una atención materna y neonatal que integra o se vincula a servicios integrales de VIH, incluso para la prevención de la triple transmisión vertical del VIH, la sífilis y la hepatitis B.
Hombres gais y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	El 90% tiene acceso a servicios de VIH integrados con (o vinculados a) programas de ETS, salud mental y violencia en la pareja, y programas de violencia sexual y de género que incluyen la profilaxis posterior a la exposición y primeros auxilios psicológicos.
Personas trabajadoras sexuales	El 90% tiene acceso a servicios de VIH integrados con (o vinculados a) programas de ITS, salud mental y violencia en la pareja, y programas de violencia sexual y de género que incluyen la profilaxis posterior a la exposición y primeros auxilios psicológicos.
Personas transgénero	El 90% de las personas transgénero tienen acceso a servicios de VIH integrados con (o vinculados a) programas de ITS, salud mental, terapia de afirmación de género y violencia en la pareja, y programas de violencia sexual y de género que incluyen la profilaxis posterior a la exposición, la anticoncepción de emergencia y los primeros auxilios psicológicos.
Personas que se inyectan drogas	El 90% tiene acceso a servicios integrales de reducción de daños que integran (o están vinculados a) los servicios para la hepatitis C, el VIH y los servicios de salud mental.
Personas encarceladas y otras personas privadas de libertad	El 90% tiene acceso a servicios integrados para la tuberculosis, la hepatitis C y el VIH.
Personas en movimiento (por ejemplo, migrantes, refugiados o personas en situaciones humanitarias)	El 90% tiene acceso a servicios integrados para la tuberculosis, la hepatitis C y el VIH, además de programas para combatir la violencia en la pareja y programas para combatir la violencia sexual y de género que incluyen la profilaxis posterior a la exposición, la anticoncepción de emergencia y los primeros auxilios psicológicos. Estos servicios integrados deben estar centrados en la persona y adaptados al contexto humanitario, al lugar de asentamiento y al lugar de origen.

⁵ El conjunto mínimo de servicios que se prestan junto con los programas de circuncisión médica masculina voluntaria incluye la educación sobre el sexo seguro, la promoción del uso de condones, la oferta de servicios de pruebas de VIH y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

⁶ Servicios adicionales, como la detección de la diabetes, la hipertensión o la tuberculosis y el tratamiento del paludismo. Se ajustará dependiendo de la ubicación.

⁷ Países de ingresos bajos y medios con coinfecciones de VPH y VIH.

⁸ Para todas las subpoblaciones, la PEP incluye la prueba del VIH y la evaluación de la exposición al riesgo.

05



ALCANZAR LAS METAS

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto los peligros de la falta de inversión en la capacidad de respuesta ante una pandemia. Sin embargo, también ha estimulado la aceleración de los enfoques centrados en las personas para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas.

Como muestran los resultados mixtos frente a las metas de Acción Acelerada, establecer metas ambiciosas es solo el primer paso para impulsar el progreso. Para llegar al destino de un mundo en el que el VIH ya no sea una amenaza para la salud pública, estas nuevas metas requieren una dirección estratégica clara, una aplicación inteligente y un compromiso político y comunitario sólido y sostenido.

Una nueva estrategia para la respuesta mundial

En diciembre de 2019, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA pidió al Programa Conjunto que iniciara un proceso inclusivo y de múltiples interesados para determinar las prioridades estratégicas más allá de 2021, año en que termina la actual estrategia de ONUSIDA. El proceso consultivo ha incluido lo siguiente:

- Una evaluación independiente de la respuesta del sistema de las Naciones Unidas al VIH en 2016-2019.
- Un examen exhaustivo de las pruebas de la aplicación de la actual estrategia de ONUSIDA.
- Una encuesta en línea en 16 idiomas en la que participaron más de 8300 encuestados de 163 países para recabar la opinión de los interesados sobre las principales prioridades y los cambios de juego.
- Sesenta y cinco entrevistas a profundidad con actores clave.
- Múltiples debates de grupos focales con diversos interesados en todas las regiones.
- Una consulta de múltiples partes interesadas.

En diciembre de 2020, la Junta Coordinadora del Programa examinará los resultados de este proceso consultivo, revisará un primer borrador de un esbozo anotado de la nueva estrategia y proporcionará orientación para completar la nueva estrategia.

En su reunión de junio de 2020, la Junta Coordinadora del Programa formuló una recomendación preliminar en el sentido de que la nueva estrategia debería conservar los pilares y principios fundamentales de la actual estrategia de ONUSIDA, y al mismo tiempo dar prioridad a las esferas críticas en que los progresos son insuficientes y es necesario prestar más atención. La nueva estrategia que está surgiendo de este proceso es una estrategia mundial sobre el sida que tiene por objeto servir de hoja de ruta para acelerar el progreso a nivel mundial, regional y nacional con miras a poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública. Para cada esfera de resultados, la nueva estrategia aclarará la contribución y el valor añadido de ONUSIDA para el logro de nuevas prioridades estratégicas, al tiempo que subrayará la necesidad urgente de que los diversos interesados contribuyan a los resultados acordados. La nueva estrategia situará más claramente el esfuerzo por poner fin a la epidemia de sida como una amenaza para la salud pública en el contexto más amplio de los ODS, aclarando los vínculos estratégicos entre los Objetivos.

Una respuesta centrada en las personas que prioriza la equidad

El consenso de los diversos interesados consultados es claro: para que la próxima estrategia impulse el progreso hacia la eliminación del sida como amenaza a la salud pública, las personas deben situarse en el centro de la respuesta. Los servicios deben adaptarse a las necesidades de las comunidades más necesitadas y deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a los contextos locales. Las comunidades deben participar plenamente y recibir apoyo como asociados y líderes esenciales en la respuesta.

La nueva estrategia deberá dar prioridad a la igualdad y la equidad en la respuesta y reconocer que no se puede

poner fin a la epidemia de sida como amenaza a la salud pública a menos que se ponga fin para todas las poblaciones afectadas por la epidemia. El cumplimiento de esta agenda de equidad exigirá un progreso urgente para abordar los factores sociales y estructurales que aumentan la vulnerabilidad al VIH, ralentizan la adopción de servicios y empeoran los resultados de salud. Para acelerar el progreso hacia el fin de la epidemia, los principios de los derechos humanos y la igualdad de género deben reflejarse más plenamente en la respuesta, y el enfoque multisectorial de la respuesta al VIH, que se vincula a toda la gama de prioridades de desarrollo, debe revitalizarse. Dar prioridad a la equidad en la respuesta también exigirá preparación y agilidad para hacer frente al VIH en el contexto de las emergencias, las crisis humanitarias y los rápidos cambios en el contexto económico, social y físico.

Implementación de la nueva estrategia como un paquete indivisible

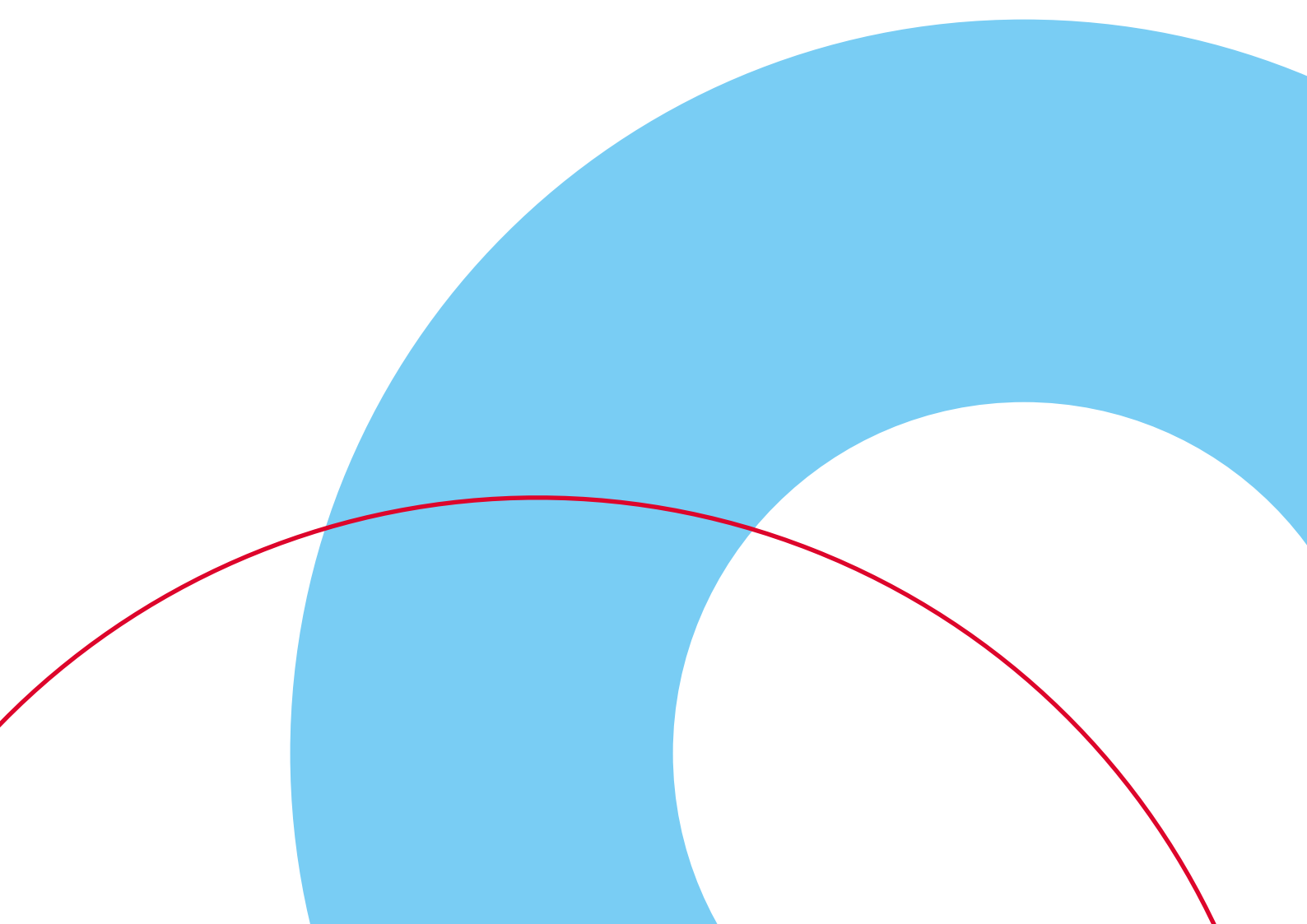
La experiencia de la era de la Acción Acelerada pone de relieve las dificultades de un enfoque de selección a la lucha contra el VIH. Como indica el escaso progreso de la respuesta, los beneficios de la ampliación del tratamiento en materia de prevención se ven mermados cuando hay un apoyo mínimo a la ampliación de la prevención primaria del VIH. Asimismo, el impacto de la aplicación programática es limitado cuando la respuesta no logra abordar las barreras sociales y estructurales que impiden la adopción de los servicios. Si bien es prometedor, el progreso hacia los objetivos generales es insuficiente cuando se dejan atrás grupos enteros.

Se necesitarán la solidaridad y el compromiso mundiales para asegurar el conjunto completo de metas para 2025 y la nueva estrategia como un paquete único e indivisible. El éxito en la aplicación de los elementos más fáciles o aceptables políticamente de la estrategia no pondrá fin a la epidemia de sida como una amenaza para la salud pública a menos que la respuesta también aborde el elemento más difícil de un enfoque cohesivo y holístico de la epidemia.

Responsabilidad compartida en la movilización de recursos y la aplicación

Todos los interesados en la respuesta deberán volver a comprometerse a hacer su parte para alcanzar las metas para 2025. Aunque deben redoblar los esfuerzos por identificar y aprovechar las oportunidades de cofinanciamiento, especialmente en lo que respecta a los habilitadores sociales y estructurales, no será posible poner fin a la epidemia de sida como amenaza a la salud pública sin suficientes recursos financieros. Para ello no solo será necesario aumentar las inversiones nacionales en la respuesta al VIH, sino también un compromiso renovado de la comunidad internacional y un financiamiento innovador, así como una mayor participación de los sectores privado y filantrópico.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto los peligros de la falta de inversión en la capacidad de respuesta ante una pandemia a nivel nacional y mundial. Sin embargo, también ha estimulado la aceleración de los enfoques centrados en las personas para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas, enfoques que desde hace tiempo reclaman las personas que viven con el VIH y otros activistas de la sociedad civil. Los esfuerzos mundiales colectivos que dan prioridad a las personas pueden transformar la crisis de COVID-19 en una oportunidad para acelerar la respuesta al VIH y los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud y los ODS.





ANEXO SOBRE METODOLOGÍA

Parte 1. Métodos para obtener estimaciones del VIH mundiales y regionales del número de personas en tratamiento a finales de junio de 2020

Las estimaciones mundiales y regionales del número de personas en tratamiento antirretroviral a finales de junio de 2020 se recopilaron de datos de los programas de país reportados a la herramienta HIV Services Tracking Tool, que permite hacer un seguimiento de los servicios de VIH. Ochenta y cinco países informaron cifras de tratamiento que pudieron ser validadas por ONUSIDA y sus socios (lo que equivale al 81 % del total estimado de personas en tratamiento).

Para los países donde no se dispone de datos sobre el número de personas en tratamiento, principalmente en Europa Occidental y Central, en América del Norte y la Federación de Rusia, las estimaciones se obtuvieron a partir de datos de informes de períodos anteriores y de fuentes no publicadas. Es posible que las estimaciones del total de personas en tratamiento de países sin datos publicados se encuentren ligeramente sobrestimadas, ya que el cambio de seis meses en el número de personas en tratamiento de finales de 2019 a junio de 2020 (un período que puede haberse visto afectado por las alteraciones debido a COVID-19) se calculó a partir del cambio porcentual en el número de personas en tratamiento entre 2018 y 2019 (un período no afectado por las alteraciones debido a COVID-19). Las estimaciones regionales del total de personas en tratamiento en Europa Occidental y Central y en América del Norte no se habían publicado para junio de 2020, debido al escaso número de países que reportaron datos del período entre finales de 2019 y mediados de 2020.

Aunque ONUSIDA trabaja en estrecha colaboración con países y socios multilaterales para garantizar la exactitud de las cifras de población en tratamiento reportadas y estimadas, es posible que en los datos de país se sobrestime el número de personas en tratamiento si se dan casos en que personas transferidas de un centro a otro figuren en ambos centros, o si las personas que han fallecido, que han abandonado la atención o que han emigrado no se identifican ni se eliminan de los registros de tratamiento. También podrían subestimarse las cifras de tratamiento en el caso de que no todas las clínicas reportan las cifras de tratamiento en su totalidad o dentro del plazo. Debido a las interrupciones por COVID-19, cualquiera de estos sesgos podría estar ocurriendo en una escala diferente a la que ocurría anteriormente, por lo que será preciso interpretar con prudencia las tendencias en la ampliación del tratamiento a lo largo del tiempo. Además, los márgenes de incertidumbre en torno a la estimación puntual podrían no reflejar en su totalidad otras incertidumbres debidas a las interrupciones de los servicios por la COVID-19.

Parte 2. Métodos de recopilación y análisis de los datos sobre interrupciones de los servicios relacionados con el VIH reportados a través de la herramienta HIV Services Tracking Tool

A partir de junio de 2020, con informes retrospectivos desde enero, se solicitó a los puntos focales nacionales el envío de datos mensuales al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS y ONUSIDA sobre la prestación de servicios relacionados con el VIH en los meses previos y durante la pandemia de

COVID-19. Los datos se transmitieron a través de la herramienta HIV Services Tracking Tool, una adaptación de una herramienta digital existente (Global AIDS Monitoring Tool) utilizada anteriormente por ciertos países para el reporte anual de datos respecto a más de 70 indicadores mundiales relacionados con el VIH.

Con el fin de reportar sobre posibles interrupciones relacionadas con COVID-19, se seleccionó un subconjunto de 13 indicadores. Dichos indicadores corresponden a la provisión de servicios de pruebas y tratamiento del VIH, incluidos los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo y servicios de divulgación sobre el VIH dirigidos a grupos de población clave. También se recogieron informes sobre violencia sexual y de género. Se pidió a los países que proporcionaran datos sobre la proporción de centros que ofrecían servicios durante el mes, en aquellos casos relevantes para el indicador.

Los datos mensuales reportados por los países entre enero y septiembre de 2020 se utilizaron para identificar posibles interrupciones en los servicios debido a COVID-19. El análisis se limitó a los meses en los que los países reportaron al menos 50 personas atendidas o servicios prestados, con al menos un 50 % de centros reportando datos. Para cada indicador, se determinó el cambio porcentual global en el número de servicios ofrecidos correspondiente, en comparación con una media de servicios prestados en enero y febrero. En cuanto a los datos sobre cambios porcentuales relativos en la prestación de servicios, se comunican en el caso de los países que cuentan con datos de al menos seis meses.

La calidad y representatividad de los datos de países notificados están sujetas a limitaciones que deberían tomarse en cuenta a la hora de comparar resultados a lo largo del tiempo, así como dentro de un mismo país y entre países. Por ejemplo, en los casos en que la cobertura de reporte de datos de centros era inferior al 50 % en algún mes, estos datos se eliminaron para no comparar un mes de servicios de una pequeña proporción de centros con un mes en el que todos los centros reportaran datos. Sin embargo, las fluctuaciones en el número de centros que reportaron datos a lo largo del tiempo es en sí mismo un posible indicador de interrupción de servicios, y en estos casos, la verdadera

magnitud de la interrupción podría contarse por debajo de la suma real.

Una segunda limitación consiste en considerar la media de servicios prestados en enero y febrero como punto de referencia para la comparación con los meses de servicios siguientes (aunque algunos países y servicios podrían experimentar patrones de uso estacionales). Dado que no existen datos de un mismo mes de la pandemia de COVID-19 de años anteriores que permitan realizar una comparación, y debido a que los servicios también pueden haberse reforzado en ese período, se considera que la medición más sólida con fines comparativos corresponde a la media de los dos meses anteriores a las interrupciones por COVID-19.

Parte 3. Métodos utilizados para estimar el impacto del logro de las metas

El impacto epidemiológico de alcanzar las metas de 2025 y 2030 se estimó mediante el modelo Goals y se verificó con otros dos modelos: Optima HIV y AIDS Epidemic Model (AEM). Goals es un modelo de simulación matemática que estima la incidencia de VIH a partir de conductas (p. ej., número de parejas sexuales, número de relaciones sexuales por pareja, edad de la primera relación sexual y uso de material de inyección no esterilizado), factores epidemiológicos (p. ej., la probabilidad de transmisión por acto dado el tipo de relación sexual o el uso de material de inyección no esterilizado, la fase de la infección y la presencia de otras ITS), intervenciones biomédicas que reducen la probabilidad de transmisión (p. ej., tratamiento antirretroviral, uso de condones, CMMV y PrEP) e intervenciones conductuales que afectan a conductas de alto riesgo (p. ej., divulgación a grupos de población clave, educación integral en sexualidad, fomento de la autonomía económica, programas de intercambio de agujas y jeringuillas, y tratamientos de sustitución de opiáceos) (111). El modelo Goals Age-Structured Model (Goals-ASM), que estratifica las conductas y dinámicas de VIH de la población por edad, se aplicó a países del África Subsahariana con epidemias generalizadas, mientras que el modelo Goals Risk-Structured Model

(Goals-RSM), que estratifica las dinámicas de VIH de la población por comportamientos de riesgo (p. ej., trabajo sexual, contactos sexuales con personas del mismo sexo, consumo de drogas inyectadas y múltiples parejas sexuales) se aplicó a países no pertenecientes al África Subsahariana.

Se aplicaron modelos Goals para 39 países del África Subsahariana y para 38 países no pertenecientes a esta zona geográfica, que en conjunto representaron el 94 % de las nuevas infecciones por el VIH y el 95 % de las muertes relacionadas con el sida. Los datos de los modelos se extrajeron de diversas fuentes:

- Datos demográficos de previsiones demográficas mundiales de la División de Población de las Naciones Unidas (112).
- Cifras de población clave del Atlas de los Grupos de Población Clave de ONUSIDA (113).
- Datos de prevalencia del VIH y de comportamiento de encuestas de hogares nacionales, principalmente EDS y PHIA (evaluaciones de impacto del VIH basadas en la población) (114, 115).
- Encuestas de vigilancia conductual del VIH integradas y cobertura de intervención actual del Sistema Global de Seguimiento sobre el sida de ONUSIDA (116).

Para cada país, el modelo se ajusta a la prevalencia del VIH por grupo de riesgo y edad. Para cada intervención, el impacto de escalar las intervenciones para cumplir las metas de 2025 y 2030 respecto a la probabilidad de transmisión por acto y a las conductas se basa en estudios publicados sobre eficacia de intervención (111).

Se aplicaron modelos Goals para cada país con el fin de evaluar las tendencias esperadas en términos de nuevas infecciones y de muertes relacionadas con el sida al alcanzar las metas. Para cada indicador, la suma de todos los países modelados se ajustó al alza para producir una estimación global que tenga en cuenta los países que no fueron modelados.

El PIMAG, programa del grupo asesor de modelización de impacto, permitió guiar el enfoque de modelización del impacto y revisar los resultados. La validación de los

resultados de Goals se efectuó por comparación con los del modelo Optima HIV en el caso de Eswatini, Malawi, Sudán y Zimbabue, y con los de AEM para Camboya, Indonesia y Myanmar (117, 118). Los resultados de estos tres modelos fueron coherentes en lo que respecta a la magnitud del impacto esperable resultante de alcanzar las metas de 2025 y 2030.

Parte 4. Evaluación del impacto de los habilitadores sociales en los resultados del VIH

El ejercicio de fijación de metas de ONUSIDA 2025 incluye expresamente el impacto de los habilitadores sociales. Los habilitadores sociales se dividen en cuatro categorías generales: Estigma y discriminación relacionados con el VIH, acceso a la justicia, igualdad de género y otras áreas de cooperación de desarrollo social. Si bien las intervenciones realizadas en estas áreas no afectan directamente a la transmisión del VIH, sí favorecen un entorno que propicia conductas más seguras, lo cual repercute en la transmisión del VIH. Estos comportamientos podrían incluir la disposición a hacerse la prueba, adherirse a un tratamiento antirretroviral, o uso de condones o PrEP. Modelar el impacto de los habilitadores sociales es difícil porque ya se han establecido metas globales para las pruebas, el tratamiento y el uso de condones y PrEP. Al diseñar estas metas se asumió implícitamente que se han eliminado ya las barreras que impedían alcanzarlas.

Se realizaron dos tipos de análisis para mostrar el efecto o moderación de los habilitadores sociales sobre los resultados en materia de VIH:

1. Modelización del impacto al alcanzar las metas de cobertura a partir de pruebas de habilitadores sociales específicos que influyen en el refuerzo de los servicios clave relacionados con el VIH.
2. Análisis estadístico de datos de 138 países para evaluar el efecto moderador del entorno social propicio sobre la eficacia del uso de condones en el cambio de la incidencia del VIH y de la cobertura de la terapia antirretroviral en la mortalidad específica por sida.

El primer enfoque consistió en aplicar la razón de probabilidades de barreras conocidas documentadas en la literatura científica sobre como habilitadores sociales específicos limitan el acceso a los servicios, limitando así la capacidad de los países de alcanzar las metas de testeo y tratamiento 95-95-95 o las metas de prevención al 2025. Este enfoque modela el impacto de los habilitadores sociales asumiendo que, en ausencia de progreso, no es posible alcanzar los objetivos globales. El modelo puede estimar el aumento de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida derivadas de la reducción de estos logros.

Estigma y discriminación relacionados con el VIH

El estigma y la discriminación se refieren al menos a tres tipos de manifestaciones: discriminación a nivel de la comunidad, discriminación por parte del proveedor de atención de salud y el estigma interiorizado. Existen estudios sobre los efectos del estigma interiorizado en términos de acceso a la atención de salud y al tratamiento:

- Un estudio realizado entre hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la ciudad de Nueva York halló una razón de probabilidad ajustada de 0,54 respecto a la probabilidad de hacerse la prueba del VIH en el mes anterior (119).

- Un análisis de datos de PopART en Sudáfrica y Zambia halló una razón de probabilidades ajustada de 1,71—1,82 para la vinculación tardía a la atención (120).
- Un metanálisis de estudios de países con un nivel de ingresos bajo y medio determinó una razón de probabilidades ajustada de 2,4 (1,6—3,6) de presentación tardía a la atención en el caso de las personas con estigmas interiorizados (121).
- Un metanálisis de estudios sobre adherencia de Katz *et al.* determinó una razón de probabilidades ajustada de 1,74 para la falta de adherencia al tratamiento entre las personas que tenían un estigma (122).
- Un análisis de datos de PopART sobre supresión viral halló un riesgo relativo ajustado de 0,83 para la supresión viral entre personas con estigmas interiorizados (123).

Hemos utilizado estos estudios para estimar los efectos del estigma interiorizado sobre la cascada de tratamiento: conocimiento del estado serológico, tratamiento y supresión viral. Partiendo de la base de que solo es posible alcanzar las metas globales 95-95-95 en ausencia de un estigma interiorizado, en el caso de las personas con un estigma interiorizado los logros máximos podrían ser 83-79-84 (tal como se muestra en la Tabla 1).

TABLA 1

Impacto del estigma interiorizado en las metas 95-95-95

Componente	Estudio	Indicador	aOR	Probabilidad de 90	Probabilidad con estigma	Logro con estigma
Pruebas	Golub y Gamarel (2013)	Probabilidad relativa a las pruebas	0,54	9	4,86	0,83
Vinculación	Sabapathy <i>et al.</i> (2017)	Vinculación tardía a los servicios de atención	1,71–1,82	9	5,10	0,84
	Gesesaw <i>et al.</i> (2017)	Presentación tardía a los servicios de atención	2,4 (1,6–3,6)	9	3,75	0,79
Cumplimiento	Katz <i>et al.</i> (2013)	No adherencia	1,74	9	5,17	0,84

Estos valores de cascada más bajos afectarían a la proporción de personas con VIH que tienen un estigma interiorizado. En el estudio de PopART, alrededor del 22 % de las personas con VIH tuvieron un estigma interiorizado (123). Partiendo de esta proporción, los valores de cascada máximos serían 88-88-89. Aplicamos el modelo Goals para cada uno de los 77 países y establecimos las metas de 2025 y 2030 en 88-88-89 (o los valores de cascada actuales, en caso de ser superiores).

Un programa global para reducir el estigma incluiría intervenciones destinadas a abordar el estigma interiorizado, la discriminación por parte de trabajadores de la salud y las normas sociales. Este análisis se centra únicamente en el estigma interiorizado, por lo que podría subestimarse el impacto de un programa completo, si bien el estigma interiorizado podría ser también un buen indicador de todas las formas de estigma y discriminación.

Acceso a la justicia

El impacto de la despenalización ha sido abordado por Shannon *et al.* en un trabajo que modeló los efectos de la criminalización del trabajo sexual y encontró una reducción de aproximadamente 40% en nuevas infecciones entre personas trabajadoras sexuales durante un período de 10 años en Vancouver, Mombasa y Bellary, India (124). Para las personas que se inyectan drogas, Borquez *et al.* estimó que la despenalización en México, junto con la terapia de sustitución de opioides, podría prevenir el 21% de las nuevas infecciones (125). Los datos del Atlas de poblaciones clave de ONUSIDA indican que el 34% de 192 países tienen leyes que penalizan la actividad sexual entre personas del mismo sexo, y que el 80% de 134 países penalizan el trabajo sexual.

Para estimar los efectos de alcanzar las metas de despenalización, aplicamos las reducciones en el número de nuevas infecciones por el VIH halladas en los estudios de Shannon *et al.* y Borquez *et al.* a países que actualmente penalizan el trabajo sexual y el consumo de drogas inyectadas. Esto sugiere que no lograr la despenalización en todos los países entrañaría una cantidad acumulada de 750 000 nuevas infecciones por el HIV de 2020 a 2030.

Equidad de género

La equidad de género es un tema amplio que incluye todas las normas sociales que colocan a las niñas y mujeres en mayor riesgo de contraer el VIH. Para fines de cálculo de costos y modelado, puede ser apropiado enfocarse en la violencia de género como un componente importante y señal de la equidad de género. Los datos sobre el alcance de la violencia de género están disponibles en una serie de encuestas nacionales, incluida la EDS. Existe una rica literatura sobre enfoques y efectos para reducir la violencia de género, y se están realizando varios esfuerzos para sintetizar esta información, incluido un nuevo documento *What Works* ("Lo que funciona") sobre la violencia de género, un nuevo marco para la prevención (RESPECT) y una iniciativa del UNFPA para estimar el costo e impacto que supondría acabar con la violencia de género de aquí a 2030. Una estimación preliminar de los costos globales se presentó en la conferencia CIPD + 25 celebrada en Nairobi en noviembre de 2019. Por otra parte, continúan los esfuerzos por actualizar las estimaciones de costo e impacto en colaboración con diversos institutos de investigación y organizaciones de la ONU. Ese trabajo proporciona una base para identificar el paquete estándar de servicios, las poblaciones objetivo, los costos y los impactos en términos de reducción de la incidencia de la violencia de pareja íntima.

El trabajo en curso no aborda el vínculo entre la violencia de género y el VIH, pero otros estudios han examinado esa asociación. En teoría, la violencia de género puede conducir a más prácticas sexuales sin protección y a una mayor prevalencia de otras ITS, así como a una reducción de las pruebas y la adherencia al tratamiento y del uso de la prevención biomédica. Leddy *et al.* encontró un gran número de estudios que analizaban estas relaciones en diferentes entornos (126). Los resultados fueron variados, pero en general respaldaban la idea de que las mujeres que sufren violencia de género tenían menos probabilidades de vincularse a los servicios de atención y a adherirse al tratamiento. Los resultados respecto a las pruebas fueron mixtos: algunos mostraban un incremento de las pruebas y otros lo contrario (126).

La investigación es menos clara respecto a si las intervenciones para reducir la violencia de género podrían conducir a comportamientos de alto riesgo, o si la perpetración de la violencia de género se asocia a conductas de alto riesgo que continuarían produciéndose, aunque terminara la violencia. Varios estudios han señalado la relación existente entre la violencia y las infecciones por el VIH en Sudáfrica, con una razón de tasa de incidencia de 1,51 (1,04-2,21) respecto al efecto de la violencia infligida por la pareja íntima sobre la incidencia de VIH (127, 128).

Un análisis inicial del UNFPA sobre el impacto de reforzar los programas para luchar contra la violencia infligida por la pareja íntima estimó que un programa global que reforzara los servicios de prevención podría evitar el 14 % de los casos de violencia infligida por la pareja íntima de aquí a 2025, y el 29 % de aquí a 2030 (129). Por tanto, un programa global de prevención de la violencia infligida por la pareja íntima podría evitar hasta cerca de 75 000 nuevas infecciones por el VIH de 2000 a 2030.

El segundo enfoque consistió en una serie de análisis estadísticos basados en datos de 138 países, que incluía secuencialmente el análisis estadístico aplicando regresión no lineal aparentemente no relacionada (SUR), modelado de ecuaciones estructurales (SEM) y regresión multivariable de Panel data. El análisis incluyó los cuatro habilitadores sociales antes mencionados: acceso a la justicia y reforma de la ley, igualdad de género, estigma y discriminación, y cooperación con sectores de desarrollo más amplios.

Se incluyeron 21 variables de predicción para cada uno de estos 4 grupos generales de habilitadores/barreras:

- Índice de estigma de personas que viven con el VIH
- Reportes de discriminación en el acceso a los servicios de salud a mujeres
- Reportes de abuso físico o sexual a mujeres
- Reportes de abuso psicológico a mujeres
- Reportes de discriminación en el acceso a los servicios de salud a personas de las poblaciones clave
- Reportes de abuso físico, sexual o psicológico a personas de las poblaciones clave
- Aceptación de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo
- Uso o posesión de drogas para uso personal tipificado como delito
- Penalización del trabajo sexual
- Penalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y otras leyes punitivas que afectan a personas del colectivo LGBTI
- Índice del estado de derecho
- Índice de desarrollo de género
- Violencia contra la mujer
- Índice de paridad de género
- Acceso al agua potable
- Tasa de alfabetización
- Total de adultos (% de personas de 15 años y mayores)
- Proporción de la población que vive por debajo de la línea de pobreza nacional (%)
- Tasa de finalización del primer ciclo de enseñanza secundaria, etc.
- Índice de desarrollo humano
- Nivel de ingresos de los países

SEM permite utilizar más de una variable dependiente en el modelo. Las variables del resultado del HIV fueron la tasa de incidencia de VIH por cada 1000 habitantes, el cambio relativo de la incidencia durante los últimos 10 años y la mortalidad relacionada con el sida en personas con VIH (130). Entre las variables independientes se incluyeron el uso del condón entre los hombres en el último encuentro sexual de alto riesgo, la cobertura del tratamiento antirretroviral y el nivel de CD4 al inicio del tratamiento (131).

Se utilizaron técnicas de imputación múltiple estándar e interpolación para maximizar el número de países incluidos en el análisis estadístico para los puntos de datos faltantes.

Las variables de predicción de cada uno de los habilitadores sociales se ingresaron en el modelo SEM para analizar constructos no observados. Cada uno de los cuatro constructos se utilizó para crear una variable compuesta que indica el entorno social propicio.

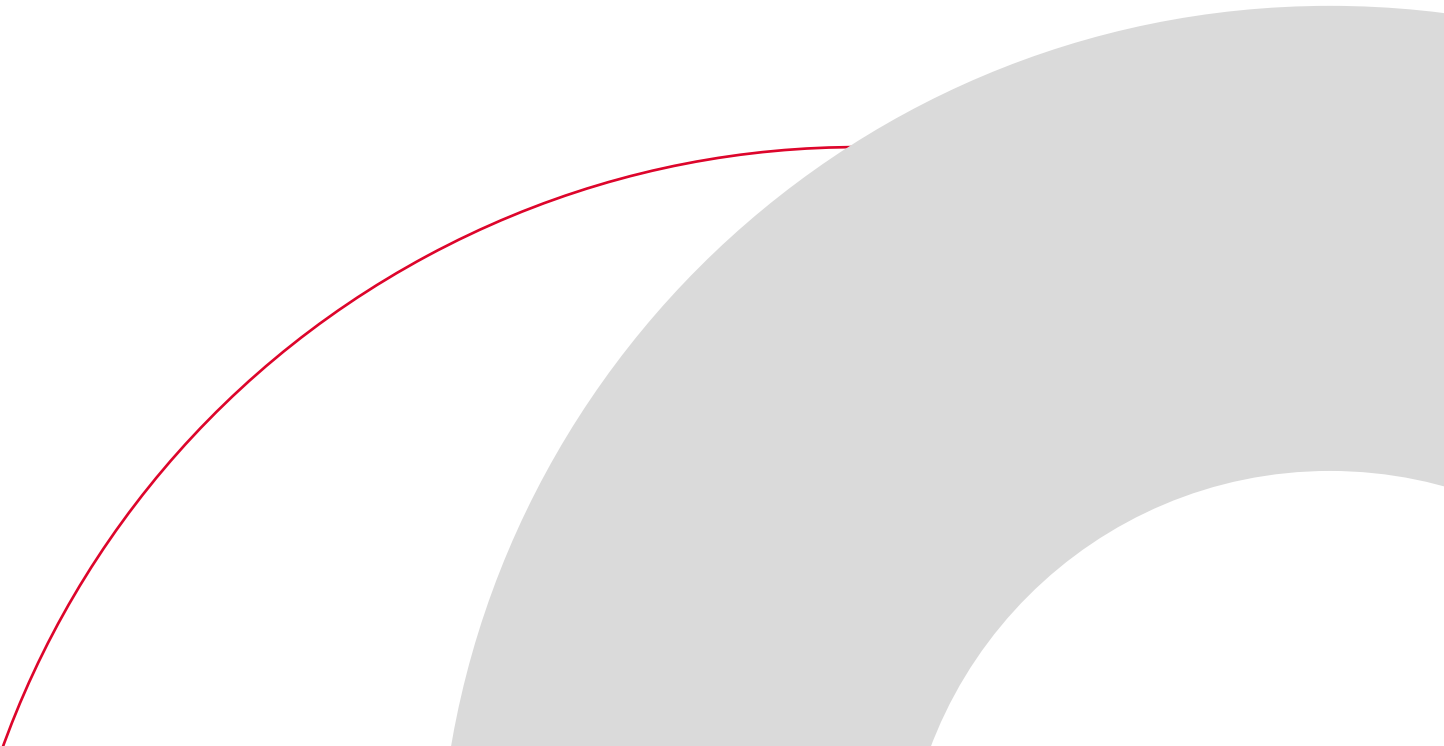
Todas las variables se analizaron tras estandarizarse con media cero y una desviación estándar de 1.

La interpretación se enfocó en la significación estadística del efecto de moderación (es decir, cuando la relación entre el programa de VIH PREVALECER CONTRA LAS PANDEMIAS 81 AL PONER A LAS PERSONAS EN EL CENTRO y el resultado del VIH fue diferencial en varios

niveles de cobertura de TAR o uso de condones) debido al entorno habilitador.

Con fines didácticos, los gráficos incluidos en el informe del Día Mundial del Sida muestran la relación existente entre el cambio relativo en la incidencia del VIH por niveles de uso del condón en el último encuentro sexual de alto riesgo y la mortalidad relacionada con el sida entre las personas con VIH para dos niveles de entornos habilitadores sociales: países que están dentro o por debajo del primer cuartil (para indicar los países con los entornos sociales más desfavorables) y países que se encuentran en el 25 % superior (para indicar los países con los entornos sociales más favorables).

El efecto total entre los países con entornos sociales más o menos favorables correspondería al área entre las dos curvas. La estimación puntual del efecto producido al alcanzar las metas de 2025 correspondería a la razón de probabilidades al alcanzar dicha cobertura (es decir, un 95 % de uso del condón o un 90 % de cobertura del tratamiento antirretroviral). Para ilustrarlo con un ejemplo, cuando los países alcanzan una cobertura de tratamiento antirretroviral del 90 %, la razón de probabilidades es de 1,46 en favor de los países con mejores habilitadores sociales.



Referencias

1. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences of Médecins Sans Frontières. Geneva: UNAIDS; 2015.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21484.
3. Roy M, Moore CB, Sikazwe I, Holmes CB. A review of differentiated service delivery for HIV treatment: effectiveness, mechanisms, targeting and scale. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2019;16(4):324-34.
4. Report on transgender-competent care workshop. Bangkok: Thai Red Cross AIDS Research Centre; 2019.
5. Abramsky T, Devries KM, Michau L, Nakuti J, Musuya T, Hyegombe N et al. The impact of SASA!, a community mobilization intervention, on women's experience of intimate partner violence: secondary findings from a cluster randomized trial in Kampala, Uganda. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:818-25.
6. Community treatment observatories. In: ITPCglobal.org [Internet]. ITPC; c2020 (<https://itpcglobal.org/monitoring/ctos/>).
7. A new initiative—the Ritshidze Project—will monitor the quality of HIV services in 400 clinics across South Africa. In: Health Gap Access Project [Internet]. 2 December 2019. New York: Health Global Access; c2020 (<https://healthgap.org/press/a-new-initiative-the-ritshidze-project/>).
8. Rights in a pandemic: lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_en.pdf, accessed 15 October 2020).
9. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *Lancet HIV.* 2020;7:e629-40.
10. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. Geneva: WHO; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>).
11. The impact of the COVID-19 response on the supply chain, availability and cost of generic antiretroviral medicines for HIV in low- and middle-income countries. Geneva; UNAIDS; 2020.
12. EATG rapid assessment: COVID-19 crisis' impact on PLHIV and communities most affected by HIV. European AIDS Treatment Group; 2020.
13. The impact of women's and men's lives and livelihoods in Europe and central Asia: preliminary results from a rapid gender assessment. Bangkok: UN Women; 2020 (<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/07/the%20impact%20of%20covid19%20on%20womens%20and%20mens%20lives%20and%20livelihoods%20in%20europe%20and%20central%20asia.pdf?la=en&vs=5703>, accessed 21 October 2020).
14. Policy brief: the impact of COVID-19 on women. New York: United Nations; 2020.
15. From insights to action: gender equality in the wake of COVID-19. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19-en.pdf?la=en&vs=5142>, accessed 18 October 2020).
16. Burzynska K, Contreras G. Gendered effects of school closures during the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2020;395:1968.
17. COVID-19 and violence against women and girls: addressing the shadow pandemic. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=640>, accessed on 20 October 2020).
18. Unlocking the lockdown: the gendered effects of COVID-19 on achieving the SDGs in Asia and the Pacific. Bangkok: UN Women; 2020.
19. Our voices: impact of COVID-19 on women's and girls' sexual and reproductive health and rights in eastern and southern Africa. ITPC, Salamander Trust, Making Waves: October 2020 (https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC_MW_SaIT_Our_voices_SRHR_COVID_Work_in_progress_report_7_messages.pdf).
20. Lamontagne E, Howell S, Wallach S, Ayala G, Yakusik A et al. The impact of COVID-19 crisis on wellbeing, economic and HIV among LGBT population. Under finalization. 2020.
21. COVID-19 impact survey—Asia and the Pacific. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_asia_and_the_pacific_-_nswp_-_2020.pdf, accessed 18 October 2020).

22. COVID-19 impact survey—North America and the Caribbean. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_north_america_and_the_caribbean_-_nswp_-_2020.pdf, accessed 18 October 2020).
23. COVID-19 impact survey—Africa. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_africa_-_nswp_-_2020_.pdf, accessed 18 October 2020).
24. COVID-19 impact survey—Europe. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_africa_-_nswp_-_2020_.pdf, accessed 18 October 2020).
25. COVID-19 impact survey—Latin America. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_latin_america_-_nswp_-_2020.pdf, accessed October 2020).
26. Poteat TC, Reisner SL, Miller M, Wirtz AL; American Cohort to Study HIV Acquisition Among Transgender Women (LITE). COVID-19 vulnerability of transgender women with and without HIV infection in eastern and southern U.S. medRxiv. Preprint. 2020 Jul 24. doi: 10.1101/2020.07.21.20159327.
27. Woulfe J, Wald M. The impact of the COVID-19 pandemic on the transgender and non-binary community. In: Columbia University Department of Psychiatry [Internet]. 22 September 2020. New York: University of Columbia; c2020 (<https://www.columbiaapsychiatry.org/news/impact-covid-19-pandemic-transgender-and-non-binary-community>, accessed 7 November 2020).
28. INPUD online survey on COVID-19 and people who use drugs (PWUD)—data report 1. London: INPUD; 2020 (https://www.inpud.net/sites/default/files/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf, accessed 21 October 2020).
29. Global state of harm reduction 2020. London: Harm Reduction International; 2020.
30. Eurasian Harm Reduction Association. Harm reduction programmes during the COVID-19 crisis in central and eastern Europe and central Asia. Vilnius (LT): Eurasian Harm Reduction Association; 2020.
31. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Interim guidance. Geneva: WHO; 1 June 2020.
32. Pienaar J. Old lessons, new pandemic: “we showed up to do COVID-19 testing & communities told us to pack our bags.” In: Bhekisisa Centre for Health Journalism [Internet]. 22 June 2020. Bhekisisa: Centre for Health Journalism; c2017 (<https://bhekisisa.org/opinion/2020-06-22-medical-male-circumcision-hiv-prevention-covid-coronavirus-response-south-africa/>).
33. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Geneva: WHO; 17 August 2020.
34. Pebody R. A quarter of gay men report casual sex during UK lockdown. In: AIDSMAP [Internet]. 11 June 2020. NAM; 2020 (<https://www.aidsmap.com/news/jun-2020/quarter-gay-men-report-casual-sex-during-uk-lockdown>).
35. Safer sex and COVID-19. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene; 2020 (<https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-sex-guidance.pdf>, accessed 8 November 2020).
36. “No older men or oral sex”: how Swiss brothels are responding to the coronavirus. In: The Local [Internet]. 23 June 2020. Stockholm: The Local Europe AB; c2020 (<https://www.thelocal.ch/20200623/no-older-men-or-oral-sex-how-switzerlands-brothels-are-responding-to-the-coronavirus>).
37. COVID-19 responses must uphold and protect the human rights of sex workers. In: unaids.org [Internet]. 24 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200424_sex-work#:~:text=recently%20released%20a-,The%20Global%20Network%20of%20Sex%20Work%20Projects%20\(NSWP\)%20and%20UNAIDS,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=We%20do%20not%20have%20money,medicine%3B%20health%20services%20are%20closed](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200424_sex-work#:~:text=recently%20released%20a-,The%20Global%20Network%20of%20Sex%20Work%20Projects%20(NSWP)%20and%20UNAIDS,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=We%20do%20not%20have%20money,medicine%3B%20health%20services%20are%20closed)).
38. Hoffman J. People are still having sex. So why are S.T.D. rates dropping? In: New York Times [Internet]. 28 October 2020. New York: The New York Times Company; c2020 (<https://www.nytimes.com/2020/10/28/health/covid-std-testing.html>, accessed 8 November 2020).
39. Berger M. Coronavirus baby boom or bust? How the pandemic is affecting birthrates worldwide. In: Washington Post [Internet]. 15 July 2020. Washington (DC): The Washington Post; c2020 (<https://www.washingtonpost.com/world/2020/07/15/coronavirus-baby-boom-or-bust-how-pandemic-is-affecting-birthrates-worldwide/>, accessed 8 November 2020).
40. Chandrashekar VS, Sagar A. Impact of COVID-19 on India’s Family Planning Program. Policy brief. New Delhi: Foundation for Reproductive Health; 2020 (<https://pratigyacampaign.org/wp-content/uploads/2020/05/impact-of-covid-19-on-indias-family-planning-program-policy-brief.pdf>, accessed 8 November 2020).
41. Kearney MS, Levine PB. Half a million fewer children? The coming COVID baby bust. Washington (DC): Brookings Institution; 2020.

42. Personal communication with Agata Stola, Foundation for Social Education, 2020.
43. UNAIDS COVID-19 portal reporting, October 2020.
44. PEPFAR Tanzania FY 20 Q3 POART. PEPFAR Implementing Partner meeting. PEPFAR; 22 October 2020.
45. Karim QA, Karim SSA. COVID-19 affects HIV and tuberculosis care. *Science*. 2020;369(6502):366-8.
46. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. New York: United Nations; 2020 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/UN-framework-for-the-immediate-socio-economic-response-to-COVID-19.pdf>, accessed 21 October 2020).
47. Alwan N, Burgess RA, Ashworth S, Beale R, Bhadelia N, Bogaert D et al. Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now. *The Lancet*. 2020;396(10260):E71-2.
48. Galvani A, Parpia AS, Pandey A, Zimmer C, Kahn JG, Fitzpatrick MC. The imperative of universal healthcare to curtail the COVID-19 outbreak in the USA. *EClinicalMedicine*. 2020;23:100380.
49. COVID-19 technology access pool. In: who.int [Internet]. Geneva: WHO; c2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool#:~:text=The%20COVID%2D19%20Technology%20Access,knowledge%2C%20intellectual%20property%20and%20data>).
50. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – accelerating the promise. New York: UNDP; 2019.
51. Havlir D, Balzer LB, Charlebois ED, Clark TD, Kwarisiima D, Ayieko J et al. HIV testing and treatment with the use of a community health approach in rural Africa. *New Eng J Med*. 2019;381:219-29.
52. Hayes R, Donnell D, Floyd S, Mandla N, Bwalya J, Sabapathy K et al. Effect of universal testing and treatment on HIV incidence—HPTN 071 (PopART). *New Eng J Med*. 2019;381:207-18.
53. Iwuji C, Orne-Gliemann J, Larmarange J, Balestre E, Theibaut R, Tanser F. Universal test and treat and the HIV epidemic in rural South Africa: a phase 4, community cluster randomised trial. *Lancet HIV*. 2018;5:e116-e125.
54. Makhema J, Wirth KE, Pretorius Holme M, Gaolathe T, Mmalane M, Kadima E et al. Universal testing, expanded treatment and incidence of HIV infection in Botswana. *New Eng J Med*. 2019;381:230-42.
55. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10:5482.
56. Nakigozi G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 March 2020. Abstract 150.
57. PEPFAR programme data, 2020.
58. Chammartin F, Zücher K, Keiser O, Weigel R, Chu K, Kiragga AN et al. Outcomes of patients with HIV lost to follow-up in sub-Saharan Africa. *Clin Infect Dis*. 2018;67:1634-52.
59. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. *Trop Med Int Health*. 2010;15(Suppl. 1):1-5.
60. Zücher K, Mooser A, Anderegg N, Tymejczyk O, Couvillon MJ, Nash D et al. Outcomes of HIV-positive patients lost to follow up in African treatment programmes. *Trop Med Int Health*. 2017;22:375-87.
61. Fuente-Soto L, López-Varela E, Augusto O, Bernardo EL, Sacoor C, Nhacolo A et al. Loss to follow-up and opportunities for reengagement in HIV care in rural Mozambique: a prospective cohort study. *Medicine*. 2020;99:e20236.
62. Hickey MD, Omollo D, Salmen CR, Mattah B, Blat C, Ouma GB et al. Movement between facilities for HIV care among a mobile population in Kenya: transfer, loss to follow-up, and re-engagement. *AIDS Care*. 2016;28:1386-93.
63. Cowan FM, Chabata ST, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Ndori-Mharadze T et al. Strengthening the scale-up and uptake of effective interventions for sex workers for population impact in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Suppl. 4):e25320.
64. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine for maintenance of HIV-1 suppression. *New Eng J Med*. 2020 Mar 19;382(12):1112-1123.
65. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovsky V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. *New Eng J Med*. 2020;382:1124-35.

66. Ahmed K, Baeten J, Beksinska ME, Bekker L-G, Bukusi EA, Donnell D et al. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomized, multicentre, open-label trials. *The Lancet*. 2019;394:303-13.
67. WHO, UNAIDS. Preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: WHO; June 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
68. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, Wald A, Were EO, Rees H et al. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1 serodiscordant couples. *AIDS*. 2011;25:1887-95.
69. Bianchi F, Cohn J, Sacks E, Bailey R, Lemaire J-F, Machekano R et al. Evaluation of a routine point-of-care intervention for early infant diagnosis of HIV: an observational study in eight African countries. *Lancet HIV*. 2019;6(6):e373-81.
70. Simon KR, Flick RJ, Kim MH, Sabelli RA, Tembo T, Phelps BR et al. Family testing: an index case finding strategy to close the gaps in pediatric HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(Suppl. 2):S88-S97.
71. Gay Community Periodic Survey 2020 data, shared via email by Martin Holt, Centre for Social Research in Health, 11 May 2020.
72. Broady T, Power C, Mao L, Bavinton B, Chan C, Bambridge C et al. Gay Community Periodic Survey: Sydney 2019. Sydney: Centre for Social Research in Health, UNSW Sydney; 2019.
73. Jones C, Miller N, Mann C, Smith B, Gesuale S. Report #2: donor funding landscape for condom programming. Mann Global Health; 2019 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2019/06/MGH-Rpt-2-Donor-Trends-Condom-Landscape-Analysis_Final.pdf).
74. HIV prevention 2020 road map: accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf).
75. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *New Eng J Med*. 2017;377:2154-66.
76. Nel A, van Niekerk N, Kapiga S, Bekker L-G, Gama C, Gill K et al. Safety and efficacy of a dapivirine vaginal ring for HIV prevention in women. *New Eng J Med*. 2016;375(22):2133-43.
77. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V et al. Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in women. *New Eng J Med*. 2016;375(22):2121-32.
78. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Summary of opinion. Dapivirine vaginal ring 25 mg. 23 July 2020. European Medicines Agency. EMA/CHMP/330850/2020 (https://www.ema.europa.eu/en/documents/medicine-outside-eu/dapivirine-vaginal-ring-25-mg-summary-opinion_en.pdf).
79. Landmark trial in East and southern Africa finds injectable PrEP safe and effective for cisgender women. In: AVAC [Internet]. 9 Nov 2020. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention; c2020 (<https://www.avac.org/blog/landmark-trial-finds-injectable-prep-safe-and-effective-cisgender>).
80. Landovitz RJ, Donnell D, Clement M, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al. HPTN083 interim results: pre-exposure prophylaxis (PrEP) containing long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men (MSM, TGW). 23rd International Conference on AIDS (AIDS2020). Abstract OAXKBO101.
81. Thomas-Slayter BP, Fisher WF. Social capital and AIDS-resilient communities: strengthening the AIDS response. *Glob Public Health*. 2011;6(SUPPL. 3):323-43.
82. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviours: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDs*. 2013;27(11):621-7.
83. Sabapathy K, Mubekapi-Musadaidzwa C, Mulubwa C, Schaap A, Hoddinott G, Stangl A et al. Predictors of timely linkage-to-ART within universal test and treat in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa: findings from a nested case-control study. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(4):e25037.
84. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Woldie Kerie M, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
85. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18640.

86. Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 017 (PopART Trial in Zambia and South Africa). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-70.
87. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*. 2015;385:55-71.
88. Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D et al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *The Lancet*. 2018;3(9):E429-E437.
89. UNAIDS special analysis conducted for the 2025 AIDS targets exercise, 2020.
90. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020 (virtual). Abstract OAF0403.
91. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6:e767-e787.
92. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11:773.
93. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliot R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4:e357-e374.
94. People Living with HIV Stigma Index Surveys, 2013–2018.
95. Questions & answers. Breaking down barriers to access: scaling up programs to remove human rights-related barriers to health services in 20 countries and beyond. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2020 (https://www.theglobalfund.org/media/1213/crg_breakingdownbarriers_qa_en.pdf, accessed on 26 July 2020).
96. Support, Don't Punish [Internet]. International Drug Policy Consortium; 2020 (<https://supportdontpunish.org>, accessed on 25 October 2020).
97. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
98. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
99. Demographic and Health Surveys, 2013–2018.
100. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Chrisofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
101. Gorgens M, Mabuza K, de Walque D. Sitakehla Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, 21–24 July 2019. Abstract TUAC0205LB.
102. Pettifor A, Warmoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(S4):e25316.
103. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary school and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e470-e477.
104. Doyle K, Levitov RG, Barker G, Bastian GG, Bingenheimer JB, Kazimbaya S et al. Gender-transformative Bandebereho couples' intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: findings from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0192756.
105. Jewkes R, Stern E, Ramsoomar L. Preventing violence against women and girls: community activism approaches to shift harmful gender attitudes, roles and social norms. Evidence review. WhatWorks; 2019 (<https://www.whatworks.co.za/documents/publications/357-social-norms-briefweb-28092019/file>, accessed on 25 October 2020).
106. 2025 AIDS Targets. Technical consultation on HIV integration with other health services: 2025 target setting, and 2020–2030 resource needs and impact estimation. Meeting report. 3–5 March 2020. Rio de Janeiro, Brazil (<https://www.unaids.org/en/file/119719/download?token=uU7CqEBg>).
107. Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2019.

108. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. HIV-positive women have higher risk of human papilloma virus infection, precancerous lesions, and cervical cancer. *AIDS*. 2018;32:795-808.
109. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Paia AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411-20.
110. Smit M, Perez-Guzman PN, Mutai KK, Cassidy R, Kibachio J, Kilonzo N et al. Mapping the current and future noncommunicable disease burden in Kenya by Human Immunodeficiency Virus status: a modeling study. *Clin Infect Dis*. 2020;71(8):1864-73.
111. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track approach. *PLoS One*. 2016;11(5):e0154893.
112. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2019: highlights. United Nations; 2019 (ST/ESA/SER.A/423; <https://population.un.org/wpp/>).
113. The Key Population Atlas [database]. Geneva: UNAIDS; c2020 (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).
114. The DHS Program [database]. Rockville (MD): The DHS Program; c2020 (<https://dhsprogram.com/>).
115. PHIA Project [database]. New York (NY): ICAP at Columbia University; c2020 (<https://phia.icap.columbia.edu/>).
116. AIDSinfo [database]. Geneva: UNAIDS; c2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
117. Optima HIV [database]. Optima Consortium for Decision Science; c2020 (<http://optimamodel.com/hiv/>).
118. Brown T, Peerapatanapokin W. The Asian Epidemic Model: a process model for exploring HIV policy and programme alternatives in Asia. *Sex Transm Infect*. 2004;80(Suppl 1):i29-i24.
119. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(11):621-7.
120. Sabapathy K, Mubekapi-Musadaidzwa C, Mulubwa C, Schaap A, Hoddinott G, Stangl A et al. Predictors of timely linkage-to-ART within universal test and treat in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa: findings from a nested case-control study. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(4):e25037.
121. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
122. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18640.
123. Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among PLHIV in the context of 'treat all': analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquire Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-70.
124. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385:55-71.
125. Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D et al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *Lancet Public Health*. 2018;3(9):e429-e437.
126. Leddy A, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in bio-medical prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Pub Health*. 2019;19:897.
127. Norman R, Schneider M, Bradshaw D, Jewkes R, Abrahams N, Matopoulos R et al. Interpersonal violence: an important risk factor for disease and injury in South Africa. *Popul Health Metr*. 2010;8:32.
128. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010;376:41-8.
129. Three transformative results journal. Geneva: UNFPA; November 2019.
130. UNAIDS epidemiologic estimates, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org>).
131. Global AIDS Monitoring (<https://aidsinfo.unaids.org>).

Copyright© 2020

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

Reservados todos los derechos.

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

ONUSIDA/JC3007S



ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/Sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org