REPENSAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH

NUEVOS PASOS HACIA LA RESPUESTA GLOBAL

Septiembre de 2017

Copyright © 2017 The Global Forum on MSM & HIV
www.msmgf.org

El presente puede reproducirse y redistribuirse, en su totalidad o en parte, sin alteración y sin autorización previa por escrito, únicamente con fines administrativos o educativos sin fines de lucro siempre que todas las copias contengan la siguiente declaración: El presente se reproduce y distribuye con la autorización de El Foro Global sobre HSH y VIH. Queda prohibido cualquier otro uso sin la autorización previa por escrito de la organización anteriormente mencionada. Para obtener más autorizaciones, comuníquese por correo electrónico a contact@msmgf.org

"Where it All Began" de mckinney75402 (www.flickr.com/photos/30791749@N07) usado según licencia CCBY. Modificado del original.

REPENSAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA DEL VIH:
NUEVOS PASOS HACIA LA RESPUESTA GLOBAL

Preparado y Revisado por:

Global Action for Trans Equality (GATE)
IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV
The Global Advocacy Platform to Fast-track the HIV and Human Rights Responses with Gay and Bisexual Men (The Platform)
The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF)
The Global Network of People Living with HIV (GNP+)
The Global Network of Sex Work Projects (NSWP)
The International Community of Women Living with HIV (ICW)
The International Network of People Who Use Drugs (INPUD)

Autor Principal: George Ayala, Director Ejecutivo, MSMGF

Coautores: Judy Chang, Directora Ejecutiva, INPUD
Rebecca Matheson, Directora Ejecutiva, ICW
Laurel Sprague, Directora Ejecutiva, GNP+
Ruth Morgan Thomas, Coordinadora Global, NSWP

Diseño y diagramación: Greg Tartaglione, Oficial de Comunicaciones, MSMGF

Agradecemos especialmente a Stefan Baral, Don Baxter, Adam Bourne, Gus Cairns, Darryl O'Donnell, Pato Hebert, Stephen Leonelli, Mohan Sundararaj y Nadia Rafif por sus increíbles aportes. Agradecemos también a Dave Traynor y a su personal de la Secretaría del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, quienes nos brindaron su apoyo y respondieron nuestras consultas.

ÍNDICE

Información General 6
Prevención Primaria: Un Repaso De Las Definiciones 7
Prevención Primaria: Una Red De Estrategias 9
Centrarse En La Comunidad Para Amplificar Los Resultados 10
Financiación Para Que La Prevención Primaria Sea Posible 11
Hablemos De Sexo Y Del Consumo De Drogas 13
Los Peligros De Incorporar Selectivamente La Retórica Juvenil 13
El Género Como Un Problema De Población Clave 14
En Lo Sucesivo: Principios Éticos Centrales 15
Llamado A La Acción 16
Referencias 18
Acerca De Las Organizaciones Asociadas 19

INFORMACIÓN GENERAL

La desigual distribución de los riesgos y las cargas del VIH en las diferentes poblaciones es un hecho corroborado, aunque pocas veces se reconoce públicamente.[1] Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas inyectables, los trabajadores sexuales y las mujeres transgénero tienen 24, 24, 13,5 y 49 veces más probabilidades de contraer el VIH, respectivamente, que otros adultos en edad reproductiva (mayores de 15 años de edad). En todo el mundo, las nuevas infecciones en estas poblaciones clave representan el 45 % de todas las nuevas infecciones por VIH.[2] Es probable que esta cifra sea en realidad superior, dado el fuerte estigma asociado con la divulgación e información de los riesgos de contraer VIH entre los hombres homosexuales, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero.[3] Además, la epidemia del VIH en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios (90 de 120) tienen epidemias concentradas en poblaciones clave. En países con epidemias más generalizadas, los riesgos aún no se encuentran distribuidos equitativamente y las poblaciones clave aún soportan una carga de enfermedad que es notablemente desproporcionada.

Diferentes factores determinantes específicos e interrelacionados convergen para crear una probabilidad más alta de infección por VIH en las poblaciones clave (entre ellos, factores biológicos, sociales, estructurales). Por ejemplo, las poblaciones clave quedan vulnerables al VIH debido a leyes discriminatorias y políticas impulsadas por intereses políticos, que crean agentes estresantes que exacerban el riesgo de contraer el VIH y empeoran el problema. Además, la ausencia de leyes y políticas protectoras, y la falta de defensa de los derechos por parte de los gobiernos también permite la persistencia del estigma y la discriminación desenfrenados en contextos de atención médica y servicios sociales. Los obstáculos para la atención médica se traducen en la falta de tratamiento de infecciones de transmisión sexual y, consecuentemente, un mayor riesgo de infección y transmisión de VIH.[4]

> *“ Cuando se observa de forma más holística, es más probable que los factores determinantes en la reducción de la incidencia del VIH sean multifactoriales e involucren diversas estrategias de cuidadosamente combinadas, adaptadas y entregadas por las comunidades más afectadas por el VIH.*

Impulsada por la introducción de medicamentos antirretrovirales potentes y vitales, la respuesta global al VIH, que está cada vez más biomedicalizada, nos desafía a reimaginar rigurosamente la prevención. Si bien este es un avance bienvenido en la respuesta global al VIH, el acceso a las intervenciones médicas se ve obstaculizado por los costos de los medicamentos, la atención médica, las pruebas y controles y las políticas de financiación.[5] Además, los hombres homosexuales y bisexuales, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero no se encuentran priorizados para el tratamiento antirretroviral o solamente se les ofrece una cantidad limitada de lugares en programas de tratamiento, ya que no se considera que estos grupos lo merezcan.[6] La toma de decisiones desde un punto de vista moralista sobre quién debería tener acceso al tratamiento es frecuente (p. ej., el requisito de abstinencia absoluta de consumo de drogas como condición para recibir los servicios).

La financiación externa para abordar el VIH en países con ingresos bajos y medios está siendo redirigida y continúa disminuyendo.[7] Existe ahora una lucha global para hacer más con menos. Motivado por la necesidad de descubrir formas de ahorro, el sector dedicado al VIH está reconsiderando la viabilidad y la necesidad de la prevención; sin embargo, los debates actuales en todo el mundo se enfocan en el uso exclusivo de medicamentos antirretrovirales. Y si bien existen ejemplos importantes de programas exitosos para lograr la reducción de la incidencia de VIH liderados por intervenciones biomédicas, el éxito de dichos programas se da ampliamente en países de ingresos altos o entre poblaciones generales, donde el acceso a los medicamentos es relativamente mejor gracias a los esfuerzos de movilización de la comunidad que cuentan con un gran apoyo. Por ejemplo, la introducción de la profilaxis antes de la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) orientada específicamente está comenzando a incrementarse y ha mostrado algunos resultados drásticos, al menos entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. No obstante, se plantean inquietudes acerca de la aceptabilidad, accesibilidad y asequibilidad de la PrEP. Además, existen interrogantes acerca de la continuidad de los programas integrales de PrEP más allá de iniciativas de demostración en el hemisferio sur. El redireccionamiento de la financiación ocurre con frecuencia en detrimento del apoyo a programas impulsados por la comunidad, que son cruciales para el éxito de los programas de PrEP.

Si bien el acceso a medicamentos antirretrovirales usados de forma profiláctica o como tratamiento para el VIH es un derecho humano que se necesita con urgencia, la prevención primaria debería conceptualizarse más ampliamente que una cobertura ampliada de medicamentos antirretrovirales. ***Cuando se analiza de forma más holística, es más probable que los factores determinantes para la reducción de la incidencia del VIH sean multifactoriales e involucren diversas estrategias de prevención cuidadosamente combinadas, adaptadas y entregadas por las comunidades más afectadas por el VIH.*** Informes recientes de reducciones drásticas en nuevas infecciones por VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en Nueva Gales del Sur, Australia, corroboran estos puntos.[8] En Nueva Gales del Sur, los hombres homosexuales se movilizaron para educar a su comunidad, para insistir en una asociación sólida con los proveedores de atención médica, las clínicas y el gobierno local, y para exigir que los servicios sean seguros, impulsados por la comunidad y libres de prejuicios.

En conjunto, el aspecto social de la epidemia del VIH requiere un replanteo y reinicio de las actividades de prevención primaria. Un abordaje de prevención primaria del VIH modernizado y repensado:

1. Será impulsado por la comunidad;
2. Tratará factores ascendentes;
3. Aprovechará adecuadamente los abordajes combinados elegidos e impulsados por las comunidades para las que están dirigidos los esfuerzos de prevención.

Finalmente, necesitamos una nueva era en la prevención del VIH, una era que conecte la eficacia de las intervenciones biomédicas con la efectividad de implementar estas herramientas con el control y la pertenencia de la comunidad.

PREVENCIÓN PRIMARIA: UN REPASO DE LAS DEFINICIONES

La prevención primaria debe pensarse como una ***red de estrategias impulsadas por la comunidad combinadas de forma estratégica y necesaria*** en contraposición a intervenciones aisladas e impuestas. Las estrategias de prevención primaria en el sector del VIH son (o deberían ser) diferentes desde el punto de vista cualitativo a las prácticas dominantes de salud pública, que tienden a favorecer de forma exclusiva modalidades de análisis y tratamiento biomédicas. Dadas las actuales tendencias en el campo del VIH, es importante que coloquemos el énfasis en un abordaje más equilibrado mientras develamos qué es la prevención primaria. La prevención primaria:

1. Busca proactivamente desarrollar fortalezas adaptativas, recursos de superación y la salud en las personas: enfocarse en la enfermedad o corregir presuntas carencias o vulnerabilidades no es suficiente;
2. Se ocupa de poblaciones totales y comunidades, no necesariamente la prestación de servicios en base a casos particulares;
3. Emplea las herramientas principales de la educación (incluida la variedad de opciones de prevención disponibles) y del cambio en el ámbito social/estructural (incluidos cambios en leyes, políticas y prácticas), no solamente medicamentos, aunque el vih requiere el uso de medicamentos antirretrovirales y el uso estratégico de herramientas de diagnóstico;
4. Supone que solamente podemos abordar eficientemente los problemas antes y si suceden cuando las personas tienen los recursos que necesitan para prosperar (lo que incluye expandir la variedad de opciones que las personas tienen para controlar su salud).

La prevención primaria también afirma el punto de vista de que las condiciones sociales estresantes tienen una gran influencia negativa sobre la salud, ya que alteran y dañan las relaciones sociales en general. Reconoce los efectos devastadores de la alienación, la depresión, la ansiedad y la ira, asociados con factores ascendentes, como la pobreza, la opresión institucionalizada y la discriminación.[9] Los factores ascendentes son, consecuentemente, factores legítimos y necesarios para tratar desde la perspectiva de la prevención.

PREVENCIÓN PRIMARIA: UN REPASO DE LAS DEFINICIONES

Actualmente, la prevención primaria del VIH debe acompañar actividades orientadas hacia poblaciones con un riesgo elevado. Estos esfuerzos de prevención deben diseñarse con el fin de promover la salud sexual como estrategia para prevenir nuevas infecciones por VIH. Varias estrategias de prevención primaria han evolucionado en los diferentes sectores de salud. Aquí, destacamos cuatro dimensiones importantes que en ocasiones se pierden en la búsqueda de soluciones milagrosas para prevenir la adquisición y la transmisión del VIH:

1. La educación voluntaria impartida por los pares con el propósito de informar objetivamente, de modo que los individuos estén mejor preparados para seleccionar las opciones de prevención adecuadas para ellos;
2. La organización/movilización de la comunidad y el cambio de los sistemas, para abordar las desigualdades en los recursos o el desempoderamiento provocado por prácticas institucionales y legales perjudiciales;
3. Las oportunidades de apoyo social y pertenencia, ya que las relaciones genuinas, empáticas, de confianza, solidarias y seguras tienen el poder de construir y sostener la resiliencia;
4. La promoción de la competencia, que parte de las fortalezas de los individuos y sus comunidades, en vez de fijarse en la enfermedad o inventar carencias; basarse en las fortalezas es importante porque, además del poder de pertenecer, las personas necesitan oportunidades frecuentes para realizar contribuciones significativas a su bienestar general y al de sus comunidades.

En 1985, el psicólogo George W. Albee desarrolló una fórmula para determinar la incidencia de los problemas de salud mental en la sociedad.[10] El Dr. Albee describió la incidencia como la combinación de factores orgánicos y estresantes, que son moderados por las habilidades de superación, la autoestima y el apoyo social. Su conceptualización de la incidencia es importante para los desafíos contemporáneos de la prevención primaria del VIH. Hemos adaptado la fórmula del Dr. Albee para enfatizar la complejidad de la incidencia del VIH:

$$\textbf{HIV INCIDENCE} = \frac{\textbf{BIOLOGIC VULNERABILITY} + \textbf{SOCIAL/STRUCTURAL DISENFRANCHISEMENT}}{\textbf{RESOURCES (INDIVIDUAL, FINANCIAL \& COMMUNITY)} + \textbf{SOCIAL SUPPORT}}$$

Resulta claro en esta ecuación que cuanto más grande es el numerador y más pequeño el denominador, mayor es la incidencia de VIH. Por el contrario, un numerador más pequeño y un denominador más grande darán lugar a una menor incidencia de VIH. La vulnerabilidad biológica en esta ecuación da cuenta de los aspectos médicos de la enfermedad del VIH, incluidas las rutas de adquisición y transmisión. Los recursos hacen referencia al conocimiento, a mayores opciones de salud, al financiamiento y al poder de actuar e involucrarse según uno desee. La fórmula de incidencia del Dr. Albee resulta útil para destacar los múltiples puntos de partida necesarios para la prevención primaria del VIH. También destaca la necesidad de que múltiples estrategias funcionen en conjunto.

En el sector del VIH, hemos escuchado durante años la máxima "Los tratamientos no nos conducirán al final del sida". Esto se debe a que el tratamiento individual no tendrá efecto en la incidencia sobre la población, especialmente dado que el acceso al tratamiento no es equitativo, ya que el estigma, la discriminación, la penalización y la violencia obstaculizan el camino. El tratamiento es un componente necesario de la prevención, pero no resulta suficiente por sí solo. De la misma forma, la disponibilidad y utilización de preservativos y lubricantes son necesarias pero no suficientes como herramientas aisladas para prevenir todas las nuevas infecciones por VIH. Si bien el tratamiento es preventivo, depende de otras intervenciones, incluido el uso de preservativos y lubricantes, para tener un impacto en la incidencia sobre la población. Un modelado realizado en el Reino Unido demostró que incluso con una alta cobertura de tratamiento, habría habido significativamente más infecciones por VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el período entre 2006 y 2010, de no haber sido por el uso de preservativos.[11] Solamente la prevención primaria puede reducir la cantidad de nuevas infecciones por VIH, especialmente cuando se implementan estratégicamente abordajes con múltiples facetas (como deja ver la fórmula de incidencia). Lamentablemente, el sector ha experimentado una gran dificultad para llegar más allá de la urgencia en búsqueda de nuevos objetivos aspiracionales y publicitarios para obtener la cobertura de medicamentos para el VIH. El VIH es de igual manera un problema social complejo y un desafío biomédico complicado. No existen recursos simples ni rápidos ni tampoco soluciones mágicas. No obstante, podemos reducir la incidencia del VIH con las herramientas que tenemos actualmente, si dichas herramientas se combinan y colocan estratégicamente en las manos de las comunidades para las que fueron creadas.

REVENCIÓN PRIMARIA: UNA RED DE ESTRATEGIAS

Desde el 2007, ONUSIDA ha recomendado abordajes con múltiples facetas o combinados para la prevención del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero, mientras se tratan sus derechos humanos de forma más amplia (ver la Figura 1). Las recomendaciones de ONUSIDA para un paquete estándar mínimo de servicios de prevención dirigido a gobiernos que planifiquen y desarrollen programas de prevención del VIH comienzan estableciendo la importancia de los derechos humanos y la eliminación de los obstáculos legales que debilitan el acceso a los servicios relacionados con el VIH. Esto incluye la eliminación de leyes que penalizan el comportamiento no heterosexual, la no conformidad de género y la identidad que no sea cisgénero, el trabajo sexual y el consumo de drogas. La guía de ONUSIDA para la prevención del VIH continúa recomendando lo siguiente: el empoderamiento de comunidades con poblaciones clave para que puedan participar equitativamente en la vida social y política (incluida una representación no selectiva en los procesos nacionales de implementación y planificación del VIH); disponibilidad de espacios físicos o virtuales seguros para que los miembros de comunidades marginalizadas busquen información y derivaciones para recibir atención y apoyo; y acceso a asistencia legal y médica para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero que experimentan violencia o intimidación sexual.[12, 13, 14, 15]

La Organización Mundial de la Salud, en sus Pautas Consolidadas para Poblaciones Clave del 2016 (2016 Consolidated Guidelines for Key Populations) analiza la importancia de promulgar "facilitadores cruciales" entre los que se incluyen revisar leyes y políticas perjudiciales; implementar y reforzar leyes antidiscriminación, y despenalizar las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Estas estrategias se suman a la profilaxis después de la exposición (PEP), la PrEP, los programas de entrega de agujas y jeringas, la terapia de sustitución de opiáceos, los servicios de salud mental, el asesoramiento de minimalización de riesgos, las pruebas de detección y tratamiento de ITS, HIV, la hepatitis, el VPH, así como la promoción de preservativos de calidad y lubricantes de base acuosa a gran escala. Estas estrategias se reafirmaron varias veces durante la última década, lo que incluye los años 2009, 2011, 2014 y 2016.[3]

FIGURA 1: Red de Estrategias de Prevención del VIH

La adopción universal de estrategias de prevención respaldadas por la ONU y la OMS continúa siendo un importante desafío. Por ejemplo, la Declaración Política de 2011 incluyó el objetivo de reducir a la mitad la transmisión del VIH entre personas que consumen drogas inyectables para el 2015, pero este objetivo no se alcanzó en absoluto. A pesar de la absoluta centralidad de los programas de entrega de agujas y jeringas, y de la terapia de sustitución de opiáceos como estrategias de prevención primaria para personas que consumen drogas, estos servicios son demasiado escasos y vulnerables a las corrientes políticas que regularmente menoscaban las respuestas basadas en derechos y evidencias, tanto para el consumo de sustancias como para el VIH. Además, la cobertura de estos servicios continúa considerablemente por debajo de los niveles mínimos necesarios para abordar de forma eficiente el VIH entre personas que consumen drogas inyectables. En todo el mundo, se estima que apenas el 8 % de las personas que necesitan reducción de daños tienen acceso a esta.[16] La evidencia demuestra que los países con programas de entrega de agujas y jeringas bien respaldados han evitado la epidemia de VIH entre consumidores de drogas inyectables. No obstante, debido a actitudes moralizadoras y a conveniencia política, se están produciendo recortes y cierres de servicios de reducción de daños en un momento en el que es fundamental aumentarlos.[17]

Contrariamente a implementar un abordaje de red de estrategias, la mayoría de los países en Asia han adoptado el tratamiento antirretroviral como una estrategia amplia de prevención del VIH. Aunque los esfuerzos para ampliar la cobertura del tratamiento son bienvenidos, la epidemia del VIH continúa sin cambios entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas inyectables, los trabajadores sexuales y las personas transgénero. Los nuevos datos sobre la eficacia de un abordaje de análisis y tratamiento con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en la región intensifican las dudas sobre la adecuación de un abordaje generalizado y de única intervención para reducir la incidencia del VIH en poblaciones clave. Los investigadores del nuevo estudio demostraron que el potencial de prevención del tratamiento antirretroviral se anula debido a la ruta y el momento de la transmisión del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, principalmente debido a infección aguda por VIH. Según estos investigadores, "para cuando el tratamiento antirretroviral como prevención surte efecto, la mayoría de las nuevas infecciones por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ya han ocurrido".[18]

Con aproximadamente 1,9 millones de nuevas infecciones por VIH al año, de las cuales una proporción despareja se da entre las poblaciones clave,[1, 2] necesitamos con urgencia una red de estrategias de prevención primaria que se implemente de forma diferencial y estratégica. La prevención primaria del VIH puede fortalecerse al considerar las dinámicas de adquisición y transmisión específicas de las poblaciones clave. Las comunidades pueden y deben tener una función vital para comprender y transitar dichas dinámicas.

CENTRARSE EN LA COMUNIDAD PARA AMPLIFICAR LOS RESULTADOS

Resulta vital que los defensores de la comunidad de VIH se involucren profundamente para garantizar la optimización de los programas de prevención primaria. Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero, incluidas personas que viven con VIH, deben liderar esfuerzos de investigación, programas y políticas para abordar el VIH en sus comunidades. Además, los defensores de la comunidad no deben subordinarse a las políticas gubernamentales represivas ni a las agendas políticas que provocan una desviación de las pautas fundadas en la evidencia y basadas en derechos. Los investigadores, funcionarios de salud pública o los responsables de formular políticas tampoco deberán ceder su responsabilidad para asegurar el consentimiento genuino de las comunidades más afectadas por el VIH. La revitalización de la prevención del VIH obliga a los responsables de formular políticas y a los donantes a garantizar el control de la comunidad sobre todas las herramientas. No hacerlo originará programas y servicios reducidos o de inferior calidad. Las investigaciones han demostrado que adoptar abordajes de programas y políticas de ITS o VIH (p. ej., análisis obligatorios de ITS o VIH, mensajes de prevención negativamente enmarcados como imperativos) no se traduce en ventajas en la salud pública.[19, 4]

Las estrategias de salud pública tienen mayor impacto cuando a) están diseñadas en forma conjunta y las implementan los miembros de la comunidad para la cual fueron destinadas y b) las personas y las comunidades actúan por motivación propia y tienen la libertad y los recursos para participar en procedimientos de promoción de la salud en cuyo desarrollo trabajaron. Es más probable que los servicios para VIH y otros servicios de salud sexual prestados con o liderados por miembros de la comunidad para quienes están destinados dichos servicios produzcan mejores resultados sanitarios porque la participación en el servicio es más temprana y frecuente, y se logra una mayor retención.[20] Además, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas y las personas transgénero están mejor preparados para ayudar a los miembros de su propia comunidad porque: 1) comparten experiencias de estigmas, discriminación o violencia; 2) conocen y tienen acceso a redes de apoyo de otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas que consumen drogas y personas transgénero que pueden informar con sensibilidad tareas de extensión e implementación de servicios; 3) es más probable que se sientan cómodos al hablar sobre cuestiones sensibles relacionadas con las experiencias de ser parte de grupos marginalizados socialmente (y en muchos casos, penalizados) y, por consiguiente 4) pueden establecer más fácilmente una relación sincera con los destinatarios del servicio y ganarse su confianza. Como tal, la respuesta global al VIH deberá girar la dirección de su servicio desde una actitud para la comunidad hacia una orientación desde la comunidad. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas y las personas transgénero, incluidos quienes viven con VIH, deben involucrarse activamente para participar en todos los aspectos del diseño, la implementación, la administración, la evaluación, la movilización de recursos y el gobierno de los programas de VIH. El principio MPPVS (Mayor Participación de las Personas que Viven con VIH y sida) es la primera expresión de la importancia de la participación de la comunidad. Su importancia es tan central en la respuesta global al VIH actualmente como lo era cuando se formalizó por primera vez en 1994.[21]

FINANCIACIÓN PARA QUE LA PREVENCIÓN PRIMARIA SEA POSIBLE

La prevención primaria continúa siendo gravemente socavada por niveles de financiación bajos que están extremadamente desalineados con la cantidad de nuevas infecciones aproximadas en todo el mundo. La falta de financiación exacerba la baja cobertura de prevención primaria para los grupos que cargan con un riesgo desproporcionado de transmisión del VIH, incluidos hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero. Un estudio reciente de presupuestos dentro de nuevos subsidios firmados y aprobados en el período de asignación entre 2014 y 2016, realizado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), confirma la falta de inversión en programas de VIH dirigidos a hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero (ver Tabla 1). De los 5900 millones de dólares aprobados para nuevos subsidios en el período de asignación entre 2014 y 2016, 724 millones de dólares (12 %) fueron dedicados específicamente a programas destinados para todas las poblaciones clave (4,16 % para trabajadores sexuales, 3,5 % para personas que consumen drogas inyectables y 4,4 % para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero, problemáticamente integrados como un solo grupo[a]). Los programas financiados incluían costos para servicios de análisis de VIH, al igual que los gastos asociados con investigación, capacitación y administración. El estudio reveló que casi un 14 % de los 724 millones de dólares se usó para financiar intervenciones conductuales, aproximadamente el 13 % se destinó a programas de uso de preservativo y lubricante, el 7 % se usó para programas de intercambio de jeringas, el 4 % se usó para financiar el tratamiento de sustitución de opiáceos y el 0,39 % se destinó a la PrEP. Menos del 10 % de los fondos reservados para las poblaciones clave se usa para financiar intervenciones que tienen como objetivo factores ascendentes, como la organización y la movilización comunitarias, la promoción de legislación de ayuda, la sensibilización contra el estigma y la discriminación, o la mitigación de la violencia.[22] Es decir, la financiación de la prevención primaria en poblaciones clave es en realidad una parte de una parte de una parte de un todo más grande.

[a] Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres transgénero son dos grupos diferentes con un mayor riesgo de infección por VIH. Como tal, su prevención, atención, tratamiento y necesidades de apoyo son diferentes y deben ser abordadas de tal forma. Se debe poner fin a la práctica enormemente problemática de combinar estos dos grupos y fusionar sus necesidades porque origina programas débiles, inadecuados y perjudiciales.

TABLA 1: Inversión del Fondo Mundial en programas para el VIH para poblaciones clave en el período 2014-2016

FINANCIACIÓN TOTAL DEL FONDO MUNDIAL 2014 - 2016	POBLACIONES CLAVES COMBINADAS	HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y PERSONAS TRANSGÉNERO	PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS INYECTABLES	TRABAJADORES SEXUALES
(USD) $5,968,658,499	$724,373,701	$264,573,281	$211,322,903	$248,477,517
SUBSIDIOS NACIONALES	12.14%	4.44%	3.54%	4.16%

Para comprender la totalidad del problema en lo que respecta a la inversión en programas para poblaciones clave, se debe comprender qué lugar ocupa la contribución del Fondo Mundial dentro de la financiación total para programas de HIV. Tenga en cuenta lo siguiente:

1. La inversión total aproximada necesaria para lograr los objetivos del VIH para el año 2020 debe aumentar a 26 200 millones de USD para el 2020; al 2016, la inversión total de todas las fuentes era de 19 100 millones de USD.
2. Según ONUSIDA, el 25 % de la inversión total debería estar dedicada a la prevención.[2]
3. La contribución del Fondo Mundial a la respuesta al HIV total se calcula en, aproximadamente, un 10 %.
4. Como el donante internacional más grande para la prevención basada en evidencias, el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR) de EE. UU. contribuye bilateralmente un 20 % adicional al total (además de su contribución al Fondo Mundial), del cual un 20 % a 23 % está dirigido hacia la prevención (cuando se excluyen los gastos para la prevención de la infección por VIH en bebés y el análisis del VIH, el total de prevención es entre 13 y 16 %, incluido el 4 % para servicios enfocados en poblaciones clave).[1]
5. Otras contribuciones bilaterales combinadas suman menos del 10 % de la inversión total aproximada para el VIH.
6. Aproximadamente el 63 % de la inversión total para el VIH proviene ahora de fuentes nacionales.[7]

Si bien un estudio reciente del Fondo Mundial sobre sus propios presupuestos demuestra un aumento en la inversión para programas de poblaciones clave, su inversión es mínima en comparación con la inversión general y lo que se necesita. Y aunque la inversión nacional está aumentando tímidamente y es ahora la fuente principal de financiación para la respuesta global al VIH, en raras ocasiones la financiación nacional incluye consideración para las necesidades de prevención del VIH de poblaciones clave. De hecho, la reticencia de los gobiernos para financiar programas basados en derechos y evidencias para poblaciones clave genera grandes interrogantes para los donantes internacionales sobre su función como último recurso en financiación.

Las organizaciones basadas en la comunidad que son impulsadas por poblaciones clave son las que mejor posicionadas están para alcanzar y apoyar a sus propias comunidades; sin embargo, dichas organizaciones continúan careciendo de los recursos adecuados. Muchas organizaciones dependen de voluntarios y tienen problema para retener a su personal. La financiación errática y el apoyo inadecuado para solventar costos básicos socava la estabilidad de las organizaciones impulsadas por la comunidad. Los requisitos complejos para los subsidios y las subsiguientes reglamentaciones de cumplimiento pueden ser abrumadoras, lo que impide que muchas organizaciones impulsadas por la comunidad innovadoras y efectivas busquen financiamiento. Además, los subsidios destinados a organizaciones impulsadas por la comunidad podrían tener un impacto limitado a menos que estén acompañados por una capacidad personalizada y determinada por la comunidad y planes de construcción y continuidad desde el comienzo. Los cuellos de botella dentro de las burocracias de los donantes también pueden retrasar el desembolso de fondos destinados a las organizaciones impulsadas por la comunidad, lo que resulta en programas intermitentes. Estos problemas están compuestos por organizaciones impulsadas por la comunidad que operan en contextos hostiles o legales o de políticas que limitan sus oportunidades de desarrollar la capacidad organizacional y mecanismos de responsabilidad de donantes. Debido a que las capacidades no están bien desarrolladas, muchos donantes se muestran reacios a invertir en organizaciones más pequeñas. Esto ha llevado a muchas organizaciones impulsadas por la comunidad lideradas por hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero, a operar desde los márgenes o bajo la sombra de organizaciones no gubernamentales mucho más grandes, bien establecidas y con mejores recursos, paraestatales o internacionales, muchas de las cuales terminaron siendo receptores de los recursos. Estos factores limitan una participación verdadera por parte de la comunidad y alimentan un ciclo de falta de financiación de respuestas lideradas por la comunidad que se autoperpetúa.[23]

Lo que es aún peor, las organizaciones impulsadas por la comunidad que ofrecen servicios para el VIH a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas que consumen drogas y personas transgénero son, con frecuencia, objeto de vandalismo, hostigamiento y redadas policiales. Bajo tales condiciones, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas y las personas transgénero tienen significativamente menos probabilidades de buscar los servicios que necesitan. Para incrementar la prevención primaria del VIH, las organizaciones basadas en la comunidad impulsadas por poblaciones clave a las que les prestan servicios deberán contar con un buen apoyo de financiación a mediano y largo plazo y asistencia de desarrollo de capacidad (p. ej., cambio de tareas, capacitación, asistencia técnica impartida por sus pares, asistencia de emergencia e intercambio de información). Además, debemos apoyar a las organizaciones impulsadas por la comunidad para que trabajen en asociación con proveedores de atención médica y funcionarios encargados del cumplimiento de la ley a nivel local para abordar las barreras estructurales de la misoginia, la homofobia, la transfobia, la fobia a los trabajadores sexuales y consumidores de drogas, el estigma del VIH, la discriminación, la extorsión, el chantaje y la violencia. Finalmente, las organizaciones impulsadas por la comunidad deberán contar con un apoyo más efectivo y recopilar, comprender e implementar de forma sistemática datos en su tarea diaria. Esto resulta de gran importancia a la hora de garantizar la reflexibilidad y la corrección del rumbo, lo que permite mayor eficiencia en la implementación de las estrategias de prevención del VIH y la capacidad de reaccionar rápidamente ante condiciones cambiantes y, con frecuencia, hostiles.

HABLEMOS DE SEXO Y DEL CONSUMO DE DROGAS

Los defensores de todo el mundo continúan preocupados por la inclinación que los responsables de formular políticas tienen de restarle importancia al problema del VIH. La retórica política con frecuencia representa equivocadamente la epidemiología del VIH y, convenientemente, vuelve invisibles a los hombres homosexuales, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero. El control de los países (en la jerga del desarrollo internacional) para designar a las "poblaciones clave" no ha cambiado, no cambia y tampoco cambiará cómo las personas contraen el VIH. Dicho de otro modo, la persistencia de las caracterizaciones revisionistas del VIH nunca cambió ni tampoco cambiará la biología de la adquisición. A excepción de la adquisición del VIH en los bebés que ocurre en el embarazo, el parto o durante la lactancia materna, el VIH se transmite principalmente por vía sexual y por la sangre al compartir equipos de inyección.

No resulta posible imaginar una respuesta de prevención primaria efectiva al VIH sin antes reconocer, abordar y hablar abiertamente sobre sexo y consumo de drogas. No obstante, los gobiernos y los responsables de implementar programas generales continúan elaborando estrategias nacionales e intervenciones que patologizan y problematizan el sexo, sin abordar directamente cómo se contrae y transmite principalmente el VIH. De hecho, las estrategias nacionales sobre sida que tienen como objetivo cubrir a la "población general" les proporcionan a los gobiernos un motivo conveniente para no abordar nunca el sexo. Hablar abiertamente sobre sexo, orientación sexual, identidad de género y consumo de drogas nos obliga a reconocer y a involucrar a los hombres homosexuales, a las personas que consumen drogas, a los trabajadores sexuales y a las personas transgénero. Lo único que los gobiernos y los responsables de implementar programas generales detestan más que abordar las temáticas de sexo y consumo de drogas, es tener que responsabilizarse de las necesidades expresadas de los hombres homosexuales, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero. Para que la prevención primaria pueda lograr un impacto, se debe poner fin al silencio, la negación, la negatividad y el moralismo que rodea al sexo y al consumo de drogas.

LOS PELIGROS DE INCORPORAR SELECTIVAMENTE LA RETÓRICA JUVENIL

Las rutas de adquisición y transmisión son las mismas para jóvenes y adultos: el VIH se transmite por vía sexual y a través del uso de equipo de inyección sin esterilizar. Y, al igual que los adultos, el riesgo de VIH entre los jóvenes se ve exacerbado por una variedad de factores sociales y culturales, como el sexismo, la homofobia, la transfobia, la fobia a los trabajadores sexuales y a los consumidores de drogas y la penalización. Incluyen también factores como el consentimiento, la emancipación, la autonomía y las leyes de privacidad, que son exclusivas para los jóvenes.

La prevención primaria del VIH, por consiguiente, requiere que se otorgue consideración específica a los jóvenes. La práctica de prevención del VIH es dinámica y continua. Requiere una constante actualización y maniobras repetitivas para responder a las necesidades específicas de sus audiencias objetivos. Eso incluye sus necesidades de desarrollo. La prevención primaria del VIH para niños en edad escolar deberá ser cualitativamente diferente de los esfuerzos de prevención ideados para adultos en edad media. La prevención primaria del VIH entre jóvenes necesita una constante renovación ya que siempre habrá una nueva población sedienta de conocimiento e información para reforzar sus fortalezas y habilidades. Esto debe incluir la implementación de base amplia de una educación sexual integral adecuada a su edad.[24]

La retórica sobre los jóvenes y el VIH con frecuencia pasa por alto estos factores e ignora la vulnerabilidad desproporcionada del VIH entre jóvenes homosexuales, jóvenes que consumen drogas, jóvenes trabajadores sexuales y jóvenes transgénero. Los donantes y los responsables de formular políticas con frecuencia pasan por alto los riesgos de adquisición y transmisión del VIH entre poblaciones clave jóvenes a favor de un discurso genérico y saneado sobre la juventud. También hablan de forma selectiva sobre los jóvenes en la respuesta al VIH, sin antes haber consultado ni involucrado a organizaciones impulsadas por jóvenes. Se deberá involucrar directamente a los jóvenes, incluidos jóvenes homosexuales, jóvenes que consumen drogas, jóvenes trabajadores sexuales y jóvenes transgénero, en la planificación de programas de prevención del VIH. Además, debemos ser proactivos a la hora de denunciar la incorporación selectiva y la retórica que vuelve invisibles a las poblaciones clave jóvenes.

EL GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE POBLACIÓN CLAVE

Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero son los destinatarios rutinarios de la violencia basada en el género. El estigma, la discriminación, la violencia y la penalización dirigida a las personas LGBT, las personas que consumen drogas y los trabajadores sexuales son la consecuencia de creencias y expectativas estereotípicas profundamente arraigadas sobre los roles sociales jerárquicos que pueden asumir los hombres y las mujeres en los que los hombres son considerados superiores a las mujeres. Estas creencias subyacen a desigualdades de género que se refuerzan a través de instituciones sociales y culturales y que se consagran a través de políticas públicas y leyes. Además, la desigualdad de género es un principal impulsor de la homofobia, la transfobia, la fobia a los trabajadores sexuales y a los consumidores de drogas. Por ejemplo, la violencia dirigida a los hombres homosexuales está relacionada a la misoginia social. Consecuentemente, la desigualdad de género resulta central para desarrollar una agenda de prevención primaria, especialmente en el caso de poblaciones clave. Esta posición se sitúa en total contraste con las respuestas generales al VIH y de desarrollo internacional que apenas consideran la igualdad de género como principalmente enfocada en las necesidades y derechos de las mujeres y niñas cisgénero y heterosexuales. La vulnerabilidad del VIH se agudiza con el sexismo, circunstancias que deben hacerse explícitas. Las nociones generales limitadas de igualdad de género a veces carecen de un nivel de especificidad acerca de las circunstancias que agudizan el riesgo para las mujeres y niñas cisgénero y tienden a ignorar las necesidades de las mujeres y niñas transgénero y cisgénero que consumen drogas, son trabajadoras sexuales o son lesbianas.

Las necesidades y los derechos de VIH de mujeres y niñas cisgénero merecen atención aparte y exclusiva, como así las necesidades y los derechos de VIH de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero. Los esfuerzos por designar a las niñas y mujeres como población clave no comprenden este punto lo que resulta en un perjuicio tanto para las mujeres cisgénero como para los grupos de población clave, de los cuales las niñas y mujeres forman parte.

EN LO SUCESIVO: PRINCIPIOS ÉTICOS CENTRALES

Los proveedores de servicios relacionados con el sida y activistas han, durante mucho tiempo, deliberado, publicado y defendido los principios éticos (p. ej., el principio MPPVS, los principios de Yogyakarta).25, 26 No obstante, con frecuencia se los pasa por alto en las conversaciones sobre políticas debido a un enfoque de la salud pública en la evidencia o la ciencia que fundamenta las intervenciones y estrategias de programas relacionados con el VIH. La respuesta global al VIH requiere evidencia equilibrada por los principios. Los que están a continuación son algunos principios éticos centrales importantes que pueden funcionar como pautas generales en el diseño, la implementación y la evaluación de los programas de prevención primaria para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas, trabajadores sexuales y personas transgénero:

- La necesidad imperiosa de reducir las nuevas infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, no debe vulnerar las libertades personales.

- Todas las personas, incluidos los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero tienen derecho a la autodeterminación.

- Todas las personas, incluidos los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero merecen el mismo nivel de apoyo, salud, acceso a los servicios y derechos políticos que cualquier otra persona.

- Todas las personas, incluidos los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero tienen derecho a la privacidad y tienen derecho a tener una vida sexual plena y satisfactoria.

- Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero deberán involucrarse de forma activa y significativa en todas las etapas y niveles en investigación, desarrollo de programas y políticas, implementación y evaluación; se deberán utilizar procesos participativos desde el inicio y hasta el final.

- La prevención primaria del VIH no debe estar orientada a los riesgos ni las carencias. Por el contrario, las tareas satisfactorias de prevención del VIH deben sostenerse y fundamentarse en las fortalezas, los recursos, las competencias, las conexiones sociales, las capacidades y la resistencia ya presentes en los individuos y las comunidades.

- El placer, el género, la satisfacción, la intimidad, el amor y el deseo son conceptos clave en una comprensión integral del sexo y la sexualidad entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas transgénero. También ayudan en la compresión integral del consumo de drogas entre personas que las consumen, y, consecuentemente, ayudan a formular respuestas más significativas en investigación programática y políticas.

- Los investigadores, los médicos de prevención, los profesionales de atención médica y los responsables de formular políticas deberán considerar factores estructurales, situacionales y contextuales para comprender los riesgos de adquisición y transmisión del VIH y para desarrollar intervenciones de salud sexual diseñadas según las necesidades específicas de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales

Una adopción más amplia de estos principios proporcionará una base común para el continuo desarrollo y promoción de la prevención primaria del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas, los trabajadores sexuales y las personas transgénero.

LLAMADO A LA ACCIÓN

El mundo necesita una nueva fase en la evolución de la respuesta al VIH, una que revitalice la prevención combinando sin sobresaltos la eficacia estratégica de intervenciones ascendentes, medias y descendentes con la poderosa efectividad de la acción comunitaria.

Las prevenciones impulsadas por la comunidad deben contar con los recursos adecuados. Los responsables de formular políticas y los donantes, incluidos los gobiernos, deben dejar de lado su reticencia para abordar de forma abierta y positiva el sexo y el consumo de drogas en su discurso de salud pública y respuestas al VIH. Los sectores de desarrollo internacional y VIH deben adoptar una comprensión con más matices en cuanto al género. Y debemos, de forma colectiva, aceptar el hecho que hasta las mejores herramientas de prevención, incluidos los medicamentos antirretrovirales, no funcionarán sin el consentimiento de las comunidades más afectadas por el VIH.

De hecho, los desarrollos más emocionantes en los últimos años sucedieron cuando las comunidades tomaron el control sobre el discurso y sobre la repartición de nuevas herramientas y tecnologías, para aplicar de formas y en combinaciones que eligieran. Este folleto se entrega con esa intención, la intención de la pertenencia de la comunidad y el poder de la asociación.

Por esto, instamos a los defensores, los proveedores de atención médica, los investigadores, los funcionarios de salud pública y los donantes a que:

- Dejen de buscar soluciones mágicas para el VIH y dejen los eslóganes sobre la cobertura de medicamentos para el VIH; en vez, inviertan en abordajes combinados cuidadosamente diseñados;
- Logren avances en la prevención primaria de forma tal que combine perfectamente las intervenciones biomédicas, conductuales, comunitarias y estructurales, porque estas intervenciones pierden efectividad sin las demás;
- Combinen y adapten a medida abordajes de prevención teniendo en cuenta las dinámicas de adquisición y transmisión específicas de las poblaciones clave, los abordajes generalizados dejan personas afuera;
- Combinen la prevención primaria del VIH, su atención y tratamiento con el poder de la pertenencia de la comunidad y abandonar abordajes de arriba hacia abajo;
- Subsanen las desigualdades de financiación invirtiendo de forma más sustancial, estratégica y diferenciada en programas basados en derechos y evidencias e impulsados por la comunidad;
- Adopten principios éticos respaldados por la comunidad y basados en los derechos humanos, comenzando con el principio MPPVS.

¿ Quiere inscribirse en este llamado a la acción?
Visite www.msmgf.org/reconsidering-primary-prevention

REFERENCIAS

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Informe de brechas en prevención. 2016. ONUSIDA; Ginebra, Suiza.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) 2016 Comunicado de prensa. En http://www.unaids.org/en/resources/ presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops. Consulte también Get on the Fast-track: The Life-cycle Approach to HIV

– Finding Solutions for Everyone at Every Stage of Life. 2016. ONUSIDA; Ginebra, Suiza.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados frente al VIH para grupos de población clave. 2016. OMS; Ginebra, Suiza.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho. 2012. PNUD; Nueva York, Nueva York.
5. Médicos Sin Fronteras (MSF). Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions, 18.° edición. 2016. MSF; Ginebra, Suiza.
6. Davis SLM, Goedel WC, Emerson J, Guben BS. Punitive laws, key population size estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. Publicación de la Sociedad Internacional del Sida. 2017; 20:21386. DOI.10.7448/IAS.20.1.21386.
7. Kates J, Wexler A, Lief E, UNAIDS. Donor Government Funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2016. La Fundación de la

Familia de Henry J. Kaiser. 2017; Washington D.C.

8. ACON. Record low new cases of HIV in New South Wales. Comunicado de prensa, 23 de agosto de 2017. En http://www.acon.org.au/about- acon/latest-news/.
9. U.S. President's Commission on Mental Health. Report to the President. 1977. Washington, DC: Oficina de Publicaciones del Gobierno de EE. UU.
10. Albee GW, Gullotta TP. Primary Prevention's Evolution. In GW Albee and TP Gullotta (Eds.) Primary Prevention Works. 1997. Sage Publishing, Inc. Thousand Oaks, California.
11. Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Brown AE, et al. Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high levels of ART-induced viral suppression: Analysis of an extensively documented epidemic. PLOS One. 2013. En https://doi. org/10.1371/journal.pone.0055312.
12. OMS, FPNU, ONUSIDA, la Red Global de Proyectos sobre Trabajo Sexual (Global Network of Sex Work Projects, NSPW), Banco Mundial, PNUD. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. 2013. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
13. FPNU, el Foro Mundial de HSH y VIH (MSMGF), PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID/PEPFAR, Fundación Bill y Melinda Gates. Implementing Comprehensive HIV and STI Programs with Men Who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions. Fondo de Población de las Naciones Unidas 2015; Nueva York, Nueva York.
14. PNUD, IRGT: Red Global de Mujeres Transgénero y VIH, FPNU, USCF Centro de Excelencia para la Salud Transgénero, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, OMS, ONUSIDA, USAID. Implementing Comprehensive HIV and STI Programswith Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions. PNUD. 2016; Nueva York, Nueva York.
15. UNODC, Red Internacional de Personas que Consumen Drogas (International Network of People Who Use Drugs, INPUD), ONUSIDA, PNUD, FPNU, OMS, USAID. Implementing Comprehensive HIV and HCV Programs with People Who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions. UNODC. 2017, Viena, Austria.
16. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, et. al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. The Lancet. 2010; 375(9719): 1014-1028. DOI: 10.1016/S0140- 6736(10)60232-2.
17. Harm Reduction International. The Global State of Harm Reduction 2016. Harm Reduction International; Londres, Reino Unido. En https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14n- ov.pdf.
18. Van Griensven F, Guadamuz TE, Willem de Lind van Wijngaarden J, Phanuphak N, Solomon SS, Lo YR. Challenges and emerging opportunities for the HIV prevention, treatment, and care cascade in men who have sex with men in Asia Pacific. Journal of Sexually Transmitted Infections. 2017; 93:356-362.
19. Brandt AM. AIDS in Historical Perspective: Lessons from the history of sexually transmitted diseases. American Journal of Public Health. 1988; 78(4): 367-371.
20. Rodriguez-Garcia R, Bonnel R, Wilson D, N'Jie N. Investing in Communities Achieves Results: Findings from and Evaluation of Community Responses to HIV and AIDS. Directions in Development. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial 2013; Washington D.C.
21. The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). En http://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_ brief_gipa.pdf.
22. Análisis no publicado realizado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; comunicaciones personales, 2017.
23. Junta de Coordinación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) El fin de la epidemia del sida de aquí a 2030: una posibilidad poco probable si no hay financiamiento sostenible para las acciones comunitarias. Informe de la representación de las ONG. ONUSIDA/PCB. 2016; 39/16.23.
24. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of your people throughout the world. Journal of Adolescent Health. 2007; 40: 206-217.
25. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA). ONUSIDA. 1999; Ginebra, Suiza.
26. Los principios de Yogyakarta: Principios de la Aplicación de las Leyes de derechos humanos internacionales en relación con la orientación sexual y la identidad de género. 2007. En http://www.yogyakartaprinciples.org/introduction-sp/

ACERCA DE LAS ORGANIZACIONES ASOCIADAS

La misión de GATE es trabajar a nivel internacional en la identidad de género, la expresión de género y las cuestiones relacionadas con el cuerpo defendiendo los derechos humanos, poniendo a disposición información fundamental y respaldando la organización política en todo el mundo. GATE proyecta un mundo sin violaciones a los derechos humanos basadas en la identidad de género, la expresión de género y la diversidad de cuerpo, y transformado por la inclusión fundamental de los que históricamente se han visto marginalizados. GATE trabaja para construir movimientos políticos poderosos, expertos y con buenos recursos, que puedan lograr una participación significativa en los procesos globales y que puedan transformar el horizonte de la justicia socioeconómica.

GNP+ trabaja para mejorar la calidad de vida de todas las personas que viven con VIH. GNP+ defiende y apoya el acceso justo e igualitario al tratamiento, la atención y los servicios de apoyo para las personas que viven con VIH en todo el mundo. Al ser una organización basada en derechos, la emancipación y la autodeterminación son los principios centrales de GNP+. GNP+ proyecta un mundo donde las personas que viven con VIH pueden disfrutar de una mejor calidad de vida a través de un movimiento social unido mundial de personas que viven con VIH.

ICW se dedica a fortalecer las redes de mujeres que viven con VIH, defiende las mejoras en la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios de atención y tratamiento de mujeres VIH+, y comunica información en toda la red de ICW que promueve los logros de los objetivos de defensa y construcción de redes de ICW. ICW es la única red internacional que lucha por compartir las experiencias, opiniones y contribuciones de 19 millones de mujeres de todo el mundo que son VIH+.

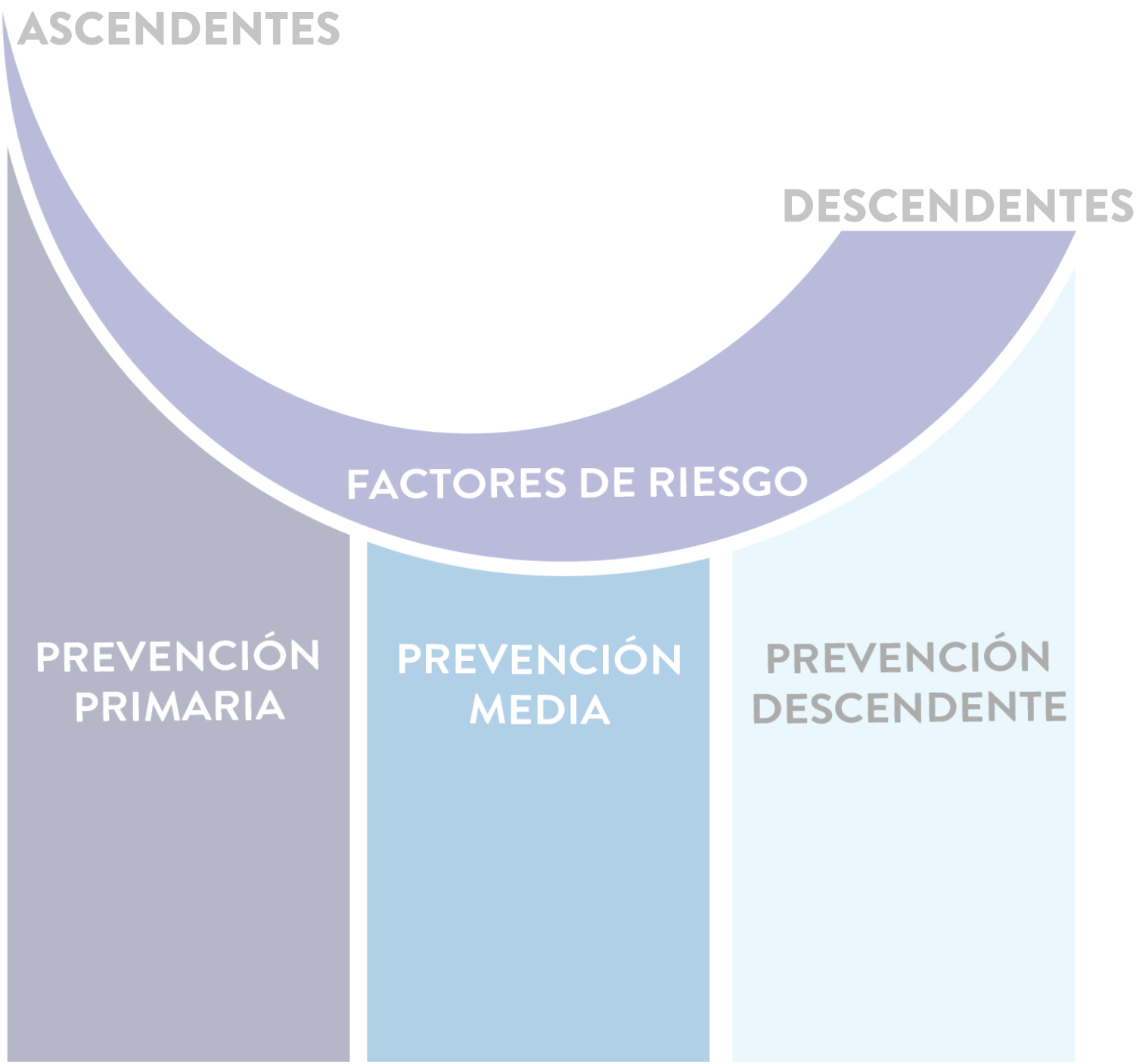
INPUD es una organización mundial basada en pares que busca promover la salud y defender los derechos de las personas que consumen drogas. INPUD expone y desafía el estigma, la discriminación y la penalización de las personas que consumen drogas y su impacto en la salud y los derechos de la comunidad de personas que consumen drogas. INPUD logra esto a través de procesos de fortalecimiento y defensa a nivel internacional, mientras apoya el fortalecimiento y la defensa en los niveles comunitario, nacional y regional. INPUD es un movimiento de personas que consumen drogas que apoya la Declaración de Vancouver, que establece sus demandas, enfatizando que se deben respetar sus derechos y se debe priorizar su salud y su bienestar.

IRGT trabaja con organizaciones, comunidades y defensores de personas trans en todo el mundo para promover un marco de derechos humanos como respuesta a la salud de las mujeres trans, garantizar que las respuestas de salud pública satisfagan las necesidades de las mujeres trans que están en riesgo de contraer VIH o que viven con VIH, garantizar el acceso y la distribución igualitarios de recursos, fomentar una agenda de investigación multidisciplinaria impulsada por personas trans y específica para ellas, destacar la interseccionalidad de los problemas de las mujeres trans con otros grupos, fortalecer y construir la capacidad de las mujeres trans y las organizaciones dedicadas a las personas trans, y oficiar de anfitriones en la preconferencia de personas trans en la Conferencia Internacional del Sida cada dos años.

MSMGF fue fundada en el 2006 en la Conferencia Internacional del Sida de Toronto por un grupo de activistas preocupados por la desproporcionada carga de la enfermedad del VIH que llevan los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. MSMGF es una red en expansión de defensores y expertos en salud sexual, derechos humanos, investigación y políticas, que trabajan para garantizar una respuesta efectiva al VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. MSMGF defiende las políticas de salud pública y las tendencias de financiación; fortalece la capacidad de defensa local a través de iniciativas de programas y apoya a más de 120 organizaciones basadas en la comunidad en 62 países que están en la primera línea de respuesta al VIH.

NSWP existe para elevar la voz de los trabajadores sexuales en todo el mundo y para conectar las redes regionales que defienden los derechos de las mujeres, los hombres y las personas transgénero que son trabajadores sexuales. NSWP es una organización con miembros. Sus miembros son organizaciones y redes impulsadas por trabajadores sexuales locales, nacionales o regionales en cinco regiones: África, Asia y el Pacífico, Europa, América Latina, América del Norte y el Caribe. El trabajo de NSWP se basa en tres valores centrales: 1) la aceptación del trabajo sexual como trabajo; 2) la oposición a todas las formas de penalización y otras opresiones legales del trabajo sexual (incluidos trabajadores sexuales, clientes, terceros, familias, parejas y amigos); y 3) el apoyo a la autoorganización y autodeterminación de los trabajadores sexuales.

The Platform trabaja para lograr los objetivos de ONUSIDA 2020 y 2030 asesorando a las agencias de las ONU, el Fondo Mundial, PEPFAR de EE. UU., donantes bilaterales y patrocinadores internacionales de la respuesta mundial al VIH. Convocada por MSMGF y ONUSIDA, la Plataforma, en asociación con defensores de base y sus redes, toma una función activa para plantear las inquietudes de derechos humanos y salud sexual de hombres homosexuales y bisexuales en el contexto de la respuesta mundial al VIH.


ASCENDENTES
DESCENDENTES
FACTORES DE RIESGO
PREVENCIÓN PRIMARIA
PREVENCIÓN MEDIA
PREVENCIÓN DESCENDENTE