



**International
AIDS Society**
Stronger Together



Informe de Impacto de AIDS 2008 Evidencia para la acción

www.aids2008.org
XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA
3 al 8 de agosto de 2008, Ciudad de México



Coordinador del Proyecto y Redactor Principal

Rodney Kort

Equipo de Redactores

Martin Flynn	Epidemiología
David Gilden	Ciencia Básica e Investigación en Prevención
Mark Mascolini	Investigación Clínica
Eric Mykhalovskiy	Ciencias Sociales, Comportamentales y Económicas y Políticas y Ciencia Política
Parijat Baijal	Foco Regional
Glen Brown	Programas Comunitario y de Liderazgo, Actividades de Programa

Editora

Regina Aragon

Con el Apoyo de

Ron MacInnis
Amy Israel
Jacqueline Batarngaya
Bernard Kadasia
Karen Bennett

Copyright

Sociedad Internacional de SIDA 2008 Ginebra, Suiza

Fotos

Sociedad Internacional de SIDA /Mondaphoto

Diseño

www.carpediem-design.ch

ISBN

978-92-95069-06-0

Producido por la



71, Ave. Louis Casai
1216 Cointrin
Ginebra, Suiza
Tel : +41 (0)22 7100 800
Fax : +41 (0)22 7100 899
info@iasociety.org
www.iasociety.org www.aids2008.org

TABLA DE CONTENIDOS

■	2	Palabras Preliminares
■	3	Resumen Ejecutivo
■	7	Introducción
■	9	Epidemiología
■	13	Investigación en Prevención Básica, Clínica y Biomédica
■	27	Ciencias Sociales, Comportamentales y Económicas y Políticas y Ciencia Política
■	45	Foco Regional
■	58	AIDS 2008 y la Respuesta Global frente al SIDA



Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Manifestación por la acción universal, AIDS 2008.

PALABRAS PRELIMINARES

La XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA (AIDS 2008), en la Ciudad de México, demostró no sólo el enorme progreso sino también los desafíos pendientes en la respuesta global frente al SIDA en vistas de la proximidad del 2010, la fecha límite establecida para lograr el acceso universal. En tanto primera Conferencia Internacional sobre el SIDA llevada a cabo en América Latina, fue especialmente gratificante escuchar la cantidad de compromisos asumidos por los líderes políticos de la región antes de la conferencia y durante la misma. Desde la postura adoptada por el Presidente Mexicano Felipe Calderón respecto de la lucha contra la homofobia y otras barreras para lograr, así, los objetivos de acceso universal dentro de México; hasta el acuerdo regional de ministros de salud y educación de toda América Latina y del Caribe para lograr una reforma educativa en la educación sexual de los jóvenes; pasando por el compromiso de la Coalición de Primeras Damas y Mujeres Líderes de América Latina de eliminar la transmisión de madre a hijo (MTCT); AIDS 2008 ha tenido – y continúa teniendo – un impacto que va mucho más allá de los cinco días de la conferencia.

Como podrán leer en este informe, se reportaron importantes desarrollos nuevos en varias áreas:

- Los expertos en ciencia básica están centrándose cada vez más en la inmunidad innata y en la respuesta inflamatoria del cuerpo frente al VIH como una fuente potencialmente rica de nuevos blancos terapéuticos
- Los nuevos éxitos en la expansión del tratamiento antirretroviral está siendo minado por las co-infecciones, la infraestructura insuficiente y el acceso diferencial entre niños y adultos al diagnóstico y cuidado del VIH
- Los ensayos clínicos de los países de ingreso medio y bajo indican que la disponibilidad de nuevas drogas y de regímenes mejorados de drogas darán como resultado importantes avances en el manejo clínico del VIH
- “Prevención Combinada” fue el nuevo término acuñado para describir el abordaje conceptual a la prevención del VIH: el despliegue simultáneo de múltiples estrategias dirigidas a los factores estructurales, comportamentales y biomédicos que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH
- El impacto potencial del tratamiento antirretroviral en la reducción de la transmisión del VIH. Un corpus de evidencia cada vez mayor está demostrando el efecto fortalecedor de los sistemas de salud producto de las inversiones específicas relacionadas con el VIH; aunque deben atenderse importantes consideraciones para asegurar que estas inversiones sean coordinadas tanto por otros donantes como por cuerpos de coordinación nacionales para lograr la máxima efectividad
- Los derechos humanos, en particular aquellos relacionados con el género, la orientación sexual, el uso de drogas o el trabajo sexual recibieron una atención sin precedentes en la conferencia en donde se confirmó la necesidad de protección de los mismos para que puedan tener un rol central en la respuesta frente al SIDA

Quizás el mensaje más importante para llevarse de la conferencia es que la combinación de recursos inadecuados, compromisos incumplidos y barreras estructurales están evitando la implementación de intervenciones basadas en la evidencia en el cuidado, el tratamiento y la prevención. AIDS 2008, quizás más que ninguna otra Conferencia Internacional sobre el SIDA previa, aportó un énfasis renovado en las cuestiones legales y de derechos humanos que enfrentan las poblaciones vulnerables y más en riesgo tanto en epidemias generalizadas y concentradas como en las de bajo nivel.

La evidencia y la experiencia de la conferencia fueron inequívocas en su mensaje: hasta que los líderes tanto del gobierno como de la sociedad civil no puedan separar la moral personal y las conveniencias políticas de las intervenciones basadas en la evidencia que se requieren para detener y comenzar a revertir la epidemia, los objetivos de acceso universal no se alcanzarán.

Como nos recordaba el lema de la conferencia, es hora de lograr la *Acción Universal Ya*. Esperamos que este informe sea un recurso útil para los profesionales del VIH que trabajan en todos los sectores de la respuesta al SIDA y que se convierta en una herramienta poderosa y convincente para el cambio necesario para reforzar la respuesta frente al VIH/SIDA en todo el mundo.

Este documento no es un análisis exhaustivo de todo el programa de AIDS 2008. Para acceder al programa de la conferencia, visite el Programa en un Vistazo en www.aids2008.org

Pedro Cahn

Co-Presidente, AIDS 2008

Presidente, Sociedad Internacional de SIDA (2006-2008)

Presidente, Fundación Huésped

Luís Soto Ramírez

Co-Presidente, AIDS 2008

Jefe de la Unidad de Virología Molecular Instituto Nacional de Ciencias Médicas y

Nutrición Salvador Zubirán

Coordinador, Comité de Cuidado Clínico, CONCASIDA

Craig McClure

Director Ejecutivo,

Sociedad Internacional de SIDA

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

El propósito del Informe de Impacto de *AIDS 2008: De la Evidencia a la Acción* es informar a la respuesta global al VIH utilizando la evidencia, las lecciones aprendidas y los debates de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA (AIDS 2008), llevada a cabo en la Ciudad de México entre el 3 y el 8 de agosto de 2008. A pesar de que resulta difícil calcular con precisión cuál será el impacto de una conferencia tan grande y diversa como esta en los diferentes sectores involucrados en la respuesta global al SIDA, este informe representa el análisis de la Sociedad Internacional de SIDA (IAS) sobre las repercusiones más importantes de la conferencia en una variedad de áreas.

El Informe de Impacto de AIDS 2008 fue concebido para ser usado por todas las partes involucradas para apoyar la implementación de políticas y programas basados en la evidencia que nos acercarán a los objetivos de acción universal en la prevención, el tratamiento, el apoyo y el cuidado del VIH. Estando a sólo dos años del 2010, fecha que los líderes mundiales establecieron como límite para alcanzar el acceso universal, es indispensable que las nuevas investigaciones y la nueva evidencia presentada en la conferencia sea documentada, discutida y aplicada a los desafíos reales que enfrentan los profesionales del SIDA en todo el mundo. Este informe no es parte de la evaluación formal de AIDS 2008, que será publicada a principios de 2009, ni está pensado como un resumen integral de la conferencia.

Está dividido en cinco grandes secciones:

1. Epidemiología

Estableciendo Mejor Información Epidemiológica

Con el madurar de la epidemia se genera información certera sobre dónde aparecen nuevas infecciones y en qué poblaciones se está volviendo cada vez más crítico el diseño de intervenciones efectivas y bien dirigidas que resulten relevantes en consonancia con las tendencias actuales. La calidad y metodología de la información relacionada con la vigilancia del VIH han mejorado pero en muchos casos no se ha implementado completamente a nivel nacional el sistema de supervisión de segunda generación de la OMS/ONUSIDA.

Foco inadecuado en poblaciones vulnerables

El acceso diferencial a las intervenciones de prevención y tratamiento para niños ha sido destacado tanto en un evento previo a la conferencia como en varias sesiones de la misma.

Los oradores han elogiado el progreso en la expansión de la Prevención de la Transmisión de la Madre al Hijo durante los últimos dos años pero han notado que los niños reciben, en relación a los adultos, menos testeo, diagnóstico y tratamiento del que necesitan y continúan siendo particularmente vulnerables al impacto en cascada del VIH en sus padres, familias y comunidades.

Muchos países todavía fallan a la hora de producir información relacionada con la vigilancia y otra información estratégica sobre salud en las poblaciones que se encuentran más en riesgo, como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), los usuarios de drogas inyectables (UDI) y las/os trabajadoras/es sexuales. Se necesitan nuevos abordajes para la comprensión de la epidemiología del VIH -que tiene en consideración factores estructurales, comportamentales y biológicos complejos que contribuyen a la vulnerabilidad frente al VIH- para así poder reconceptualizar las intervenciones en prevención tanto para las epidemias establecidas como para las emergentes.



ONUSIDA/G. Prozzi

Clase de educación sexual en Lesoto.

2. Investigación Básica, Clínica y en Prevención

Viremia residual y los límites del VIH

Las investigaciones confirmaron en AIDS 2008 la velocidad con la que el VIH establece reservorios virales latentes posteriores a la infección (una semana), particularmente en el tejido linfático asociado al intestino, y los desafíos para la erradicación viral dados por la efectividad con que se inserte el ARN proviral del VIH en el ADN humano dentro de estos reservorios. Los estudios también generaron preguntas a propósito de la fuente de la viremia residual y cómo se puede atacar a través de nuevos abordajes terapéuticos.

Varios estudios, que presentan a veces hallazgos contradictorios, tomaron la inmunidad innata y el rol que los receptores del tipo Toll (TLR) tienen en la regulación de la respuesta inmunológica del cuerpo y, en última instancia, en la expresión del VIH. Se espera que futuras investigaciones



KyawWinn, cortesía de Photoshare

Usuario de drogas inyectables, Myanmar.

inmunológicas sobre la dinámica virus/huésped provean un mayor entendimiento sobre el rol de estos receptores en la respuesta inflamatoria al VIH y sobre cómo se los puede aprovechar en nuevas estrategias y agentes terapéuticos.

¿Cuándo comenzar con la terapia antirretroviral (ART)?

La pregunta sobre si comenzar con el tratamiento antirretroviral con conteos más altos de células CD4+ que los que recomiendan las pautas de tratamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad ha recibido mucha atención. Las pautas de tratamiento actualizadas presentadas por la IAS-USA inmediatamente antes de la conferencia no establecen un límite superior para inicio de tratamiento en el conteo de CD4+ si otras condiciones de salud como hepatitis viral o enfermedad cardiovascular están presentes. Además, hay creciente evidencia basada en ensayos recientes que sugiere que la intervención temprana de la terapia antirretroviral puede proteger no solamente de enfermedades definidas por el SIDA sino también de enfermedades del corazón, hígado, riñones y cánceres no relacionados con el VIH. Si las pautas revisadas de la IAS-USA y estos otros estudios llevan finalmente a una revisión de las pautas de tratamiento de la OMS, el número estimado de personas en el mundo que necesitarán tratamiento antirretroviral aumentará sustancialmente.

Cambio de tareas para extender el acceso al Cuidado y al Tratamiento

El cambio de tareas está surgiendo como una estrategia importante para manejar la escasez aguda de trabajadores del cuidado de la salud en muchos países con alta carga, y muchos estudios presentados en AIDS 2008 demostraron la eficiencia impresionante que cosecharon los sistemas de salud al utilizar enfermeros y otros proveedores de cuidado de la salud en la entrega de cuidado y tratamiento del VIH. Un estudio de modelación estimó que, como resultado del cambio de tareas, la reducción del número de médicos requeridos para proveer tratamiento antirretroviral en Ruanda al final de 2008 aportará un 183% extra de capacidad médica para cuidados no relacionados con el VIH. Como remarcaron muchos oradores, el cambio de tareas, el entrenamiento de los trabajadores de la salud y las estrategias de retención serán más y más críticas en el movimiento del campo del VIH hacia la “segunda ola” de extensión de la terapia antirretroviral.

Riesgo de resistencia en países de alta prevalencia

Uno de los estudios sobre tratamiento antirretroviral más importantes presentado en la conferencia evaluaba la aparición de mutaciones relacionadas con resistencias en lugares de Malawi en los que se depende de los conteos de CD4 y de síntomas clínicos para evaluar la respuesta

al tratamiento, ya que el monitoreo de rutina de carga viral resulta demasiado costoso.

Un número creciente de partes involucradas están reconociendo la necesidad de priorizar la investigación dirigida a dos asuntos tematizados por este estudio: la determinación del tiempo óptimo y de los criterios para pasar a la segunda línea de terapia y la definición del uso más apropiado del monitoreo de carga viral (VL) y de células CD4+ en regiones de recursos limitados. La presión para asegurar el acceso a diagnósticos de laboratorio precisos y poco costosos – incluyendo el testeo de carga viral – va en aumento.

Investigación en Prevención

Las investigaciones continúan confirmando los beneficios protectores a largo plazo de la circuncisión. Una actualización de 18 meses del estudio de circuncisión de dos años llevado a cabo en Kisumu, Kenia, reportó una reducción relativa del riesgo de 65% (incrementando el 60% reportado cuando el estudio terminó) cuando se compara a los hombres circuncidados en estado basal con aquellos que no lo fueron.

Numerosos estudios que involucran a parejas heterosexuales VIH serodiscordantes han producido información que sugiere un fuerte efecto protector de la terapia antirretroviral en las personas VIH-negativas pero deben realizarse más investigaciones antes de sacar conclusiones definitivas.

En la actualidad se está llevando a cabo un ensayo randomizado controlado con 1,750 parejas VIH-discordantes, patrocinado por los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos para cuantificar la relación entre el nivel de carga viral suprimida a través de tratamiento y la transmisión del VIH.

No obstante, no se esperan resultados antes de 2016 y, en el ínterin, el debate continuó en AIDS 2008 a propósito de la declaración suiza de consenso de 2007 que concluyó que existía suficiente evidencia científica como para que las parejas serodiscordantes heterosexuales monógamas prescindan de preservativos, dados algunos criterios específicos (como la carga viral indetectable sostenida y la ausencia de infecciones de transmisión sexual).

AIDS 2008 también se conoció por el “casamiento” entre el tratamiento y la prevención. Muchos oradores subrayaron la importancia de integrar las intervenciones de prevención y de tratamiento para asegurar una respuesta más efectiva y sustentable frente al VIH/SIDA.

3. Ciencias sociales y económicas, políticas y ciencia política

Priorizando la eliminación del estigma y de la discriminación

AIDS 2008 estableció firmemente al estigma y la discriminación como prioridades fundamentales en la puja por el acceso a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH. En una sesión que giró en torno a los abordajes basados en la evidencia del estigma y de la discriminación se hizo una fuerte llamada a aumentar la importancia dada a la reducción del estigma y de la discriminación en la financiación nacional e internacional, el desarrollo de políticas y programas. Se reportaron importantes avances en el desarrollo de herramientas estandarizadas para evaluar los niveles de estigma, incluyendo el Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS) pensado para medir el cambio en el estigma a lo largo del tiempo y permitir comparaciones entre países, de manera de brindar información para las intervenciones en políticas y programas así como para la incidencia. Las sesiones y discusiones de la conferencia reforzaron los efectos negativos tangibles del estigma en las legislaciones y políticas nacionales – como las restricciones de viaje impuestas a las PVVS y la creciente tendencia a la criminalización del VIH – ninguna de las cuales se basa en evidencia proveniente de la salud pública.

Prevención Combinada

Gran cantidad de oradores en AIDS 2008 hicieron hincapié en la necesidad de reemplazar las intervenciones en prevención que se centran exclusivamente en el cambio de comportamiento individual o las intervenciones biomédicas por la “prevención combinada”. La misma insta a usar abordajes de largo plazo para reducir el riesgo del VIH y la vulnerabilidad atacando tanto los factores individuales como los factores estructurales que aumentan la vulnerabilidad frente a la infección con VIH – como la desigualdad de género, la homofobia y la criminalización del uso de drogas y del trabajo sexual. La prevención combinada supone múltiples estrategias de reducción de riesgos en lugar de confiar en un sólo “santo remedio” y considera la relación entre la programación de la prevención y las políticas, particularmente a nivel del involucramiento comunitario y del activismo.

Investigación sobre, para y llevada a cabo por las Comunidades Marginadas

AIDS 2008 presentó investigaciones que involucraban a las comunidades vulnerables y marginadas, particularmente en contextos en los que el trabajo sexual, el uso de drogas inyectables y la homosexualidad son criminalizados y/o no reconocidos oficialmente como cuestiones significativas para la prevención del VIH. El énfasis puesto durante la

conferencia en el rol de los factores estructurales que contribuyen al riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH también destacó la necesidad de abogar globalmente por estas cuestiones y por las investigaciones científicas y los análisis que permiten capturar la interacción compleja entre el comportamiento individual de riesgo y las vulnerabilidades sociales.



Elena Reynaga, AIDS 2008.

Iniciativas globales para el VIH/SIDA y fortalecimiento de sistemas de salud

Muchas sesiones de alto nivel se centraron en varios aspectos del debate sobre la financiación “vertical” (específica a la enfermedad) versus la “horizontal” (Sistemas de salud) haciéndose eco de las recientes críticas que indican que las iniciativas específicas para el VIH a nivel mundial poseen demasiados recursos si se las compara con otras iniciativas de salud y que esas iniciativas distorsionan las prioridades de la salud global. La apabullante mayoría de la evidencia presentada en la conferencia sugiere que las inversiones en VIH fortalecen los sistemas de salud en general a través del establecimiento de infraestructura clínica y de laboratorio, de sistemas de aprovisionamiento y obtención reforzados, de mejoras en el entrenamiento de los trabajadores de la salud y del aumento del compromiso comunitario.

Sin embargo, los Ministros de Salud que asistieron remarcaron que las inversiones específicas para el VIH deben ser coordinadas de cerca con las autoridades de SIDA nacionales y con otros donantes para mitigar las potenciales deformaciones en el sistema de salud y asegurar una sinergia óptima con otras áreas del sistema de salud.

Salud y Derechos Humanos

Los derechos humanos estuvieron en el centro de una cantidad de actividades durante la conferencia, incluyendo marchas a propósito de la homofobia, de los derechos de las mujeres, la vivienda y la primera “Zona de Trabajo en Red por los Derechos Humanos” en la Aldea Global. Varias presentaciones hicieron hincapié en la importancia de asegurar los derechos humanos para lograr los objetivos de acceso universal, incluyendo el ataque a la discriminación laboral, las restricciones de viaje y las desigualdades de género, entre ellas, la negación de los derechos de propiedad y herencia de las mujeres. Gran cantidad de sesiones trataron el contexto de derechos humanos de la homosexualidad, el uso de drogas inyectables y el trabajo sexual, la criminalización de la transmisión y/o exposición al VIH y los desafíos que presentan las potenciales estrategias de incorporación de los principios de los derechos humanos a los programas de VIH.

La violación actual de los derechos de los gays y de otros HSH en el sur del mudo fue muy significativa en estas discusiones y un creciente corpus de evidencia destaca que esta población tiene uno de los accesos a intervenciones en VIH más pobres, tanto en las epidemias generalizadas como en las concentradas.

4. Foco Regional

Por primera vez en la historia de las Conferencias Internacionales sobre el SIDA, las grandes respuestas frente al VIH a nivel político y programático fueron discutidas desde el punto de vista de seis regiones geográficas:

- África Sub-Sahariana
- Asia y el Pacífico
- Europa Oriental y Asia Central
- América Latina
- Caribe
- Medio Oriente y África del Norte

A pesar de que los contextos epidemiológicos, culturales y socio-económicos de estas regiones varían considerablemente, aparecieron algunos principios y temas comunes. Entre ellos: la necesidad de avance en los derechos humanos, particularmente los de las poblaciones vulnerables y aquellas que se encuentran en mayor riesgo; el asegurar la sustentabilidad de la respuesta frente al VIH en el largo plazo; la financiación predecible; el fortalecimiento de los sistemas de salud; la inversión en información estratégica en salud; y la mejora en la responsabilidad y en el compromiso de la sociedad civil en su respuesta frente al VIH. Igualmente importante resulta la necesidad de enfrentar las barreras políticas que impiden la implementación de las intervenciones basadas en la evidencia como la terapia de sustitución con opioides (OST), los programas de agujas y jeringas (NSP), la educación

Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

sexual integral de la juventud y los derechos sexuales y reproductivos. Finalmente, en estas discusiones regionales se destacó la necesidad de reformas legislativas y políticas referidas a las barreras estructurales con que se enfrentan las poblaciones de mujeres y niñas, HSH, UDI, trabajadoras/es sexuales y migrantes.

5. Seguimiento de los Progresos y Fortalecimiento de la Responsabilidad

El impacto de la conferencia también se reflejó en los compromisos asumidos por los líderes desde la implementación de una educación sexual integral de los jóvenes en América Latina hasta la reducción del precio de las drogas. La cobertura de los medios no tuvo precedentes, atrayendo la tan necesitada atención y concientización pública sobre la epidemia en América Latina.



Phill Wilson, AIDS 2008.

Muchas reuniones y sesiones de AIDS 2008 abordaron el potencial de la Conferencia Internacional sobre el SIDA de tener un rol todavía más fuerte en el seguimiento de los progresos que tienen lugar en el camino hacia el acceso universal y en la mejora de la responsabilidad de la respuesta global frente al SIDA, particularmente en vistas de algunas debilidades inherentes al proceso de revisión de la Sesión Especial de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (UNGASS), destacadas por los oradores en varias sesiones. Dentro de las sugerencias específicas se mencionó el establecimiento de un seguimiento específico para abordar la cuestión o el viraje del Programa de Liderazgo hacia un mecanismo más estratégico y estructurado para monitorear los avances hacia el acceso universal y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La XVIII Conferencia Internacional sobre el SIDA (AIDS 2010) en Viena tendrá la oportunidad, más que ninguna otra conferencia en los últimos diez años, de ser un punto de referencia en la respuesta al SIDA y de medir el alcance de AIDS 2008 en la inminente fecha límite para alcanzar el acceso universal.

INTRODUCCIÓN

La XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA (AIDS 2008), llevada a cabo entre el 3 y el 8 de agosto de 2008 en la Ciudad de México, fue para los profesionales del VIH y para las personas que trabajan en los campos relacionados una oportunidad para explorar las últimas investigaciones científicas, las mejores prácticas y las experiencias programáticas dentro de la respuesta global al SIDA. La misma también proporcionó a los participantes una variedad de formatos para el diálogo estructurado y el debate en un amplio rango de temas relacionados con el VIH. El Informe de Impacto de *AIDS 2008: de la Evidencia a la Acción* reseña lo más destacado de los programas de la conferencia (Ciencia, Comunidad y Liderazgo), las actividades de programa, los eventos de la pre-conferencia y otras actividades, con el fin de evaluar su impacto en el campo.

Mientras que AIDS 2008 fue notable por la diversidad y el alcance de su programación, este informe se centra en las áreas de contenido en las que se presentaron investigaciones nuevas e importantes, evidencia o lecciones aprendidas. También en cuestiones que generaron discusiones significativas, debates y controversias, que posiblemente tengan un impacto sustancial en la respuesta global en los próximos meses y años. A pesar de que siempre resulta difícil determinar con precisión el impacto de una conferencia tan grande y temáticamente diversa como la Conferencia Internacional sobre el SIDA, este informe refleja el mejor análisis de los escritores y reporteros que asistieron a muchas de las sesiones, satélites y eventos afiliados de AIDS 2008. Los códigos de las sesiones están incluidos en cada cuadro y cada nota para facilitar la búsqueda de fuentes en la Base de Datos de Resúmenes de la IAS (<http://www.iasociety.org/AbstractSearch.aspx>) o en el Programa en un Vistazo de AIDS 2008 (<http://www.aids2008.org/Pag/PAG.aspx>).

El propósito del Informe de Impacto de AIDS 2008 es asistir a las partes involucradas apoyando la implementación de las políticas basadas en la evidencia y los programas necesarios para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH. Este informe no es parte de la evaluación formal de AIDS 2008, que será publicada a principios de 2009, y no pretende ser un resumen exhaustivo de la conferencia. Para acceder al programa completo de la conferencia vea el Programa en un Vistazo en www.aids2008.org.

El rol de las Conferencias Internacionales sobre el SIDA

Durante más de 25 años, la Conferencia Internacional sobre el SIDA ha tenido un rol clave en la respuesta frente al SIDA, otorgándole oportunidades a la comunidad de investigadores

de compartir importantes avances científicos, esbozando tanto los éxitos como los fracasos en la respuesta frente al SIDA y ofreciendo a los activistas y oradores una plataforma única para tratar cuestiones críticas ante los medios de todo el mundo.

Algunas conferencias han sido especialmente sobresalientes por su impacto en el campo: en la V Conferencia Internacional sobre el SIDA en Montreal (1989), los activistas desafiaron exitosamente a los organizadores a incluir representación de la sociedad civil en la planificación de futuras conferencias bajo el slogan, "Nada sobre nosotros, sin nosotros"; en la XI Conferencia Internacional sobre el SIDA en Vancouver (1996) fue anunciado el primer gran avance de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART); y en la XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA en Durban (2000), los pedidos de equidad en el acceso al tratamiento movilizaron a la comunidad internacional y aceleraron un cambio fundamental en el abordaje de las cuestiones globales de salud que afectan a los países de ingreso medio y bajo.

Otras conferencias son reconocidas por haber destacado los enormes desafíos que conlleva el VIH, como la IX Conferencia Internacional sobre el SIDA en Berlín (1993), en la que se presentaron los resultados decepcionantes del ensayo Concorde de monoterapia con zidovudina o la IX Conferencia Internacional sobre el SIDA en Ginebra (1998), en la que los significativos efectos colaterales y las dificultades en la adherencia de por vida a la HAART se impusieron como un recordatorio aleccionador de los desafíos actuales en el tratamiento.

Ya sea reportando hallazgos científicos, esbozando cuestiones relacionadas con la justicia social o destacando los vacíos en la respuesta, la conferencia ha sido un punto de referencia en el campo del VIH para evaluar el progreso y focalizarse en los desafíos actuales en cuanto a prevención, tratamiento y control del VIH.

Organización del informe

Este informe está dividido en cinco secciones y cada una incluye un análisis de las implicaciones y el impacto potencial de los desarrollos principales reportados en AIDS 2008 en las áreas de investigación, desarrollo de programas, políticas e incidencia.

1. Epidemiología

Un breve resumen de la epidemiología global y de los desafíos actuales en la evaluación de la incidencia y prevalencia del VIH, centrado en la vigilancia del VIH y otra información estratégica referida a poblaciones que se encuentran en mayor riesgo.

2. Ciencia en Prevención Básica, Clínica y Biomédica

Un análisis de la evidencia presentada en las Áreas A, B y C del Programa Científico de AIDS 2008, así como en otras sesiones relacionadas, actividades y eventos afiliados.

3. Ciencias sociales y económicas, políticas y ciencia política

Un análisis sobre la nueva evidencia presentada en las Áreas D y E del Programa Científico así como en otras sesiones relacionadas, actividades y eventos afiliados.

4. Foco regional

Una reseña de la respuesta actual frente a la epidemia en las seis regiones, y una discusión acerca de las principales lecciones aprendidas presentadas en AIDS 2008. También una evaluación de los desafíos, oportunidades y prioridades futuras para las políticas y la incidencia en cada una de las siguientes regiones:

- Asia y las Islas del Pacífico
- Europa Oriental y Asia Central
- Medio Oriente y África del Norte
- África Sub-Sahariana
- Caribe
- América Latina

La información presentada en esta sección ha sido obtenida principalmente de los Programas Comunitario y de Liderazgo de AIDS 2008 así como de otras actividades relacionadas al programa y eventos afiliados.

5. de los progresos y fortalecimiento de la responsabilidad

Una reseña de las mayores discusiones de AIDS 2008 sobre la manera de mejorar los esfuerzos para hacer un seguimiento de los progresos y fortalecer la responsabilidad en la respuesta global frente al SIDA. Se centra particularmente en las estrategias para realzar el rol de la conferencia como mecanismo para rendir cuentas. Los programas específicos y las iniciativas están incluidas en cada una de las secciones para ilustrar tanto los éxitos como los desafíos en la investigación, la expansión de programas y las políticas. El Informe de Impacto de AIDS 2008 fue desarrollado por un equipo de redactores y revisado por un panel interdisciplinario de expertos que incluye a miembros del Comité Coordinador de la Conferencia (CCC) de AIDS 2008.

EPIDEMIOLOGÍA

Las implicaciones de la información epidemiológica presentada en AIDS 2008 sugieren, como notó uno de los oradores, la necesidad imperiosa de comprometerse con las intervenciones en prevención dirigidas efectivamente a atacar la fatiga en la prevención y a diversificar el acceso al testeo y al asesoramiento sobre el VIH¹. Peter Piot, que asistió a su última Conferencia Internacional sobre el SIDA en calidad de Director Ejecutivo de ONUSIDA, advirtió en la Sesión de Apertura: “La epidemia está evolucionando. Las infecciones por VIH están creciendo en algunos países en los que pensábamos que la prevención había sido exitosa y están apareciendo nuevas epidemias... No nos olvidemos que la epidemia todavía puede traer nuevas sorpresas – como ya lo ha hecho en repetidas oportunidades.”²

Los datos del *Informe 2008 de ONUSIDA sobre la Epidemia Mundial de SIDA*, presentado inmediatamente antes de la conferencia, indican que el porcentaje de personas viviendo con VIH ha permanecido estable desde el 2000 (un estimado de 0.8%) y que las nuevas infecciones han mermado de 3 millones por año en 2002 a 2.7 millones por año en 2007.³ No obstante, la prevalencia general continúa siendo alta a causa de las infecciones existentes y de la reducción de la mortalidad como resultado de la expansión de la terapia antirretroviral. Se estimó que 33 millones de personas vivían con VIH a finales de 2007, lo que representa un incremento con respecto a los 29.5 millones en 2001. Más de 7,400 personas continúan infectándose diariamente y, sólo en 2007, se registraron 2 millones de muertes relacionadas con el SIDA.⁴ La mayoría de los países del África sub-Sahariana están reportando reducciones en la cantidad de nuevas infecciones, a pesar de que esto es parcialmente contrarrestado por los aumentos en otras regiones, particularmente entre las poblaciones de usuarios de drogas inyectables (UDI), los gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las/os trabajadoras/es sexuales.

Estableciendo mejor información epidemiológica

Los desafíos que presenta el establecimiento de información precisa sobre la vigilancia epidemiológica del VIH para ayudar a informar a quienes trabajan en la respuesta y para evaluar el impacto de las intervenciones en prevención, inclusive en los países de alto ingreso, fueron destacados a través de estimados revisados. Estos fueron publicados por los Centros de Control de Enfermedades y Prevención de EEUU (CDC) poco tiempo antes del comienzo de la conferencia. La información proveniente de EEUU reveló tasas de infección en EEUU mucho más altas de las que se habían publicado anteriormente gracias a una nueva tecnología que es capaz de detectar seroconversiones recientes. Las nuevas cifras – y el impacto de la epidemia en comunidades ya marginadas en

los EEUU – fueron el tema de un informe presentado por el Instituto Black AIDS inmediatamente antes de que comenzara la conferencia. El mismo provocó acalorados debates y fue tema de activismo durante la conferencia misma (ver recuadro sobre la epidemia en EEUU).⁵ Otros países de ingreso alto, sobre todo el Reino Unido y Alemania, también han visto incrementadas las infecciones con VIH en los últimos años, concentradas particularmente en hombres gay.

Con el madurar de la epidemia, la información sobre los lugares y las poblaciones en las que se presentan las nuevas infecciones se está convirtiendo cada vez más en un punto crítico para el diseño de intervenciones relevantes ajustadas a las nuevas tendencias epidemiológicas. A pesar de que las herramientas para medir la incidencia del VIH podrían proporcionar la información más útil, tanto para dirigir como para evaluar las intervenciones en prevención, dichas estrategias frecuentemente no están disponibles fuera de los entornos de investigación.⁶

Geoff Garnett expuso en una plenaria un panorama general de la propagación del VIH en el que destacó que el descenso en la prevalencia puede, en parte, estar relacionado con el curso natural de la epidemia y no exclusivamente ser el resultado de la reducción de los comportamientos de riesgo.⁷ Propuso un marco conceptual para comprender el riesgo que revisten los determinantes cercanos del riesgo (como el número de parejas sexuales y los factores biológicos) con la epidemiología social (incluyendo factores sociales, estructurales e individuales) para desarrollar un modelo preciso de niveles de riesgo de infección por VIH tanto para individuos como para poblaciones.

En la misma sesión sobre epidemiología actual, Elizabeth Fadul hizo hincapié en que la epidemia está afectando cada vez a más gente joven (la franja entre 15 y 25 años de edad representa el 45% de las nuevas infecciones), con tasas mucho más altas de infección con VIH entre poblaciones marginadas. Factores sociales como el género, la orientación sexual, la raza y la pobreza siguen sumando infecciones.⁸ Se ha incorporado información epidemiológica regional extra en la introducción a cada una de las regiones en la sección 4: Foco Regional.

La epidemia en EEUU

Las cifras revisadas de los CDC estiman que habrá hasta un 40% más de nuevas infecciones en relación al estimado anterior de 40,000 por año, un 53% de ellas entre gays y hombres bisexuales, un 31% relacionado con la transmisión heterosexual y un 12% entre los UDI. Los afroamericanos, que constituyen un 13% de la población estadounidense, representaron el 45% de las nuevas infecciones en 2007. Un informe del Instituto Black AIDS presentado inmediatamente antes del comienzo de la conferencia, destacó que si los americanos negros constituyeran un país, estaría en el séptimo lugar de 15 en el ranking de países de PEPFAR que cuantifica la epidemia. Un estudio de California presentado en la conferencia confirmó que las tasas de sexo anal sin protección están creciendo entre los HSH, particularmente entre los hombres de más de 34 años de edad. Kevin Fenton, del CDC, la congresista Bárbara Lee, y muchos otros oradores y activistas de los Estados Unidos pidieron una autoridad que coordine la estrategia nacional para responder a la epidemia en expansión en EEUU y enfatizaron la necesidad de redoblar los esfuerzos de prevención que apuntan a los afroamericanos, los latinos, los gays y otros HSH..

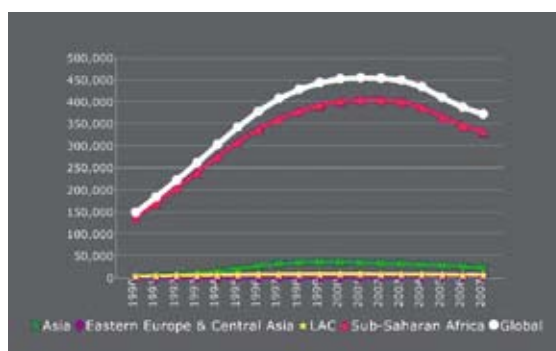
Foco inadecuado en poblaciones vulnerables

Las mujeres y las niñas continúan estando desproporcionadamente afectadas en el África sub-Sahariana, en donde representan el 60% de las personas viviendo con VIH. A pesar de que la proporción de hombres y mujeres viviendo con VIH ha permanecido estable en un 50% a nivel mundial desde 2001, la porción de mujeres con nuevas infecciones crece en varios países.⁹

Más alentador resulta que la prevalencia en las mujeres jóvenes embarazadas en África (entre 15 y 24 años de edad) ha bajado significativamente, con 7 países que ya llegaron o inclusive excedieron el objetivo de 2010 de reducir a un 25% la sero-prevalencia en esta población clave.

La expansión de la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) con el uso de antirretrovirales ha aumentado significativamente en los últimos años. Mientras que en 2005 menos del 10% de las mujeres viviendo con VIH estaban cubiertas, en 2007 la cifra ascendió al 34%, y las nuevas infecciones están bajando. Sin embargo, se les recordó a los delegados que, comparados con los adultos, los niños siguen

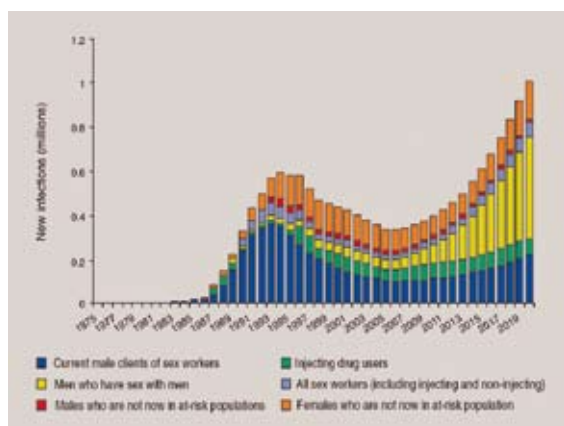
en desventaja en términos de acceso al tratamiento y son profundamente vulnerables al impacto social y familiar del SIDA.^{10,11} El impacto del VIH en niños recibió una cantidad de atención sin precedentes en AIDS 2008, especialmente en la sesión plenaria presentada por Linda Richter, quien expuso enérgicamente que – a pesar del reciente incremento en la atención y los recursos – los niños continúan desatendidos y vulnerables a los efectos en cascada del VIH y a la mortalidad relacionada con el SIDA en los padres, familias y comunidades. Mientras que el impacto del acceso expandido a las intervenciones de PTMH se refleja en el descenso de las nuevas infecciones entre los niños (Cuadro 1), el testeo de infantes solamente está disponible para menos del 8% de los recién nacidos de los países de ingreso bajo.¹²



Cuadro 1. Nuevas infecciones mundiales entre los niños, 1990-2007 (ONUSIDA, 2008)

Fuente: Richter, L. *No Small Issue: Children and Families (WEPL0102)*
data Quality: implications for Most at risk Populations

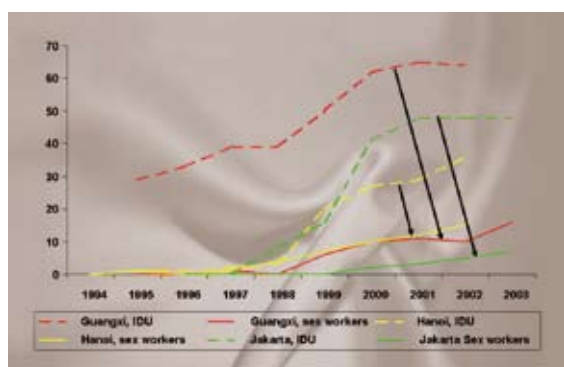
El desproporcionado – y frecuentemente poco reportado – impacto de la epidemia en hombres gay y otros HSH fue el tema de uno de los eventos previos a la conferencia y fue el tópico dominante de discusión tanto en el programa formal como en otros eventos de AIDS 2008. En la pre-conferencia, el estado del arte sobre la epidemiología de los HSH en el sur del mundo presentado por David Wilson – que también incluyó un análisis de la seroprevalencia entre las trabajadoras sexuales y los UDI – destacó la brecha entre la alta prevalencia y la incidencia del VIH en aumento entre las poblaciones gay/HSH y la disponibilidad de recursos dedicada a esta población.¹³ Este tema resulta particularmente relevante en América Latina, en donde se estima que un 20% de los HSH son seropositivos, una cifra que se eleva al 30% en el Caribe. Los estudios llevados a cabo en África ubican la seroprevalencia entre los HSH entre el 20% y el 40%, a pesar de que es difícil evaluar la precisión de estos estimados porque los HSH muchas veces no son incluidos en los sistemas de vigilancia.¹⁴ Las proyecciones de la epidemia en expansión entre los HSH en Asia subrayan las consecuencias potencialmente desastrosas de la falta de intervenciones efectivas en prevención destinadas a esta población clave. (Cuadro 2).



Cuadro 2. Éxitos Tempranos, fracaso potencial futuro y crecimiento de la epidemia en HSH en Asia.

Fuente: Wilson, D. Overview of MSM Epidemiology in the Global South, from *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response*, Commission on AIDS in Asia.

El análisis de Wilson sobre los estudios en seroprevalencia basados en poblaciones en varias ciudades de Asia también revela hasta qué punto el aumento en la incidencia entre los UDI tiene un correlato con los aumentos subsecuentes en la prevalencia de VIH entre las trabajadoras sexuales y otras poblaciones (Cuadro 3). Si esta hipótesis se valida en otras ciudades podría tener enormes consecuencias para Europa Oriental y Asia Central, en donde la gran mayoría de las infecciones son resultado de prácticas poco seguras de inyección. Estas prácticas son generadas por factores estructurales como la falta de terapias de sustitución, un abordaje punitivo del uso de drogas, el pobre acceso a los tratamientos de drogas y el acceso limitado a las intervenciones de prevención basadas en la evidencia.



Cuadro 3. Los UDI encendiendo la infección con VIH entre la/os trabajadoras/es sexuales en Asia

Fuente: Pisani, E. HIV Infections among IDUs and Sex Workers in Asia

Conclusiones

Los temas principales identificados en las presentaciones epidemiológicas y en las presentaciones que tuvieron lugar en

la conferencia apuntan a tres cuestiones, las dos primeras muy relacionadas entre sí:

En principio, mientras que la metodología, la calidad y la precisión de los datos de vigilancia del VIH han mejorado, en muchos casos la segunda generación de sistemas de vigilancia de OMS/ONUSIDA no ha sido totalmente implementada a nivel nacional. Muchos países todavía fallan en la producción de información de vigilancia epidemiológica precisa, particularmente la referida a poblaciones altamente marginadas como los HSH, UDI y trabajadoras/es sexuales. Mientras que progresa el trabajo para crear capacidad de vigilancia común del VIH, queda claro que el mantra de ONUSIDA “Conozcan su Epidemia” sigue siendo un desafío formidable.

Un sondeo reciente en 153 países de ingreso medio y bajo reveló que sólo 56 poseían sistemas de vigilancia en completo funcionamiento, mientras que 49 tenían sistemas que respondían pobremente.¹⁵

En segundo lugar, los sistemas nacionales de vigilancia existentes en muchos países de ingreso medio y bajo no suelen recoger información desagregada de algunas de las poblaciones que están en mayor riesgo.

Si no se reúne la información desagregada como parte de un sistema nacional integral de vigilancia, hay sólo un número limitado de estudios de poblaciones específicas en los que basar los estimados de la infección, por lo que la información relacionada con la vigilancia queda necesariamente incompleta. Este punto fue subrayado por Kieran Daly en una sesión de seguimiento de progresos en los objetivos de UNGASS.¹⁶ Es claro que las desigualdades estructurales que enfrentan los HSH, las/os trabajadoras/es sexuales y los UDI, que son las que han conducido esta epidemia en estas poblaciones desde el comienzo, continúan dificultando las respuestas nacionales frente al SIDA. En esta plenaria sobre HSH, Jorge Saavedra, del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) de México, remarcó: “Hemos fracasado en el intento de disminuir la incidencia entre los HSH porque, con algunas excepciones, no lo hemos intentado”.¹⁷

Las cuestiones que planteó respecto a cómo la homofobia continúa quebrantando la respuesta frente al VIH/SIDA tuvo ecos en declaraciones igualmente fuertes durante la Sesión de Apertura a cargo de líderes tan diversos como el Presidente mexicano Felipe Calderón y el Secretario General de la ONU Ban Ki-moon. Quizás sean necesarios esfuerzos adicionales de incidencia en líderes políticos y funcionarios de gobierno para darle un giro a las palabras del ex Presidente de Botsuana Festus Mogae, quien en la Sesión de Apertura se refirió a “las personas que tienen prácticas sexuales inusuales”. También para lograr un reconocimiento de los HSH en África – y en otras regiones

– y su importancia en los sistemas de vigilancia del VIH que, al día de hoy, no los tienen en cuenta.



Luis Soto-Ramirez, AIDS 2008.

En tercer lugar, mientras que la mayoría de las PVVS viven en países de ingreso medio y bajo y estas áreas son también el lugar en el que se genera la gran mayoría de las nuevas infecciones, la situación dinámica en los países de alto ingreso exige atención continua. Las nuevas cifras de los EEUU, junto con los datos provenientes de otros países de ingreso alto como el Reino Unido y Alemania, revelan tasas de infección en aumento entre los gays y otros HSH, así como recientes incrementos en las tasas de co-infección con el virus de la hepatitis C (HCV). En la Federación Rusa y otros países de Europa Oriental y de Asia Central, las prácticas poco seguras de inyección son responsables de la gran mayoría de las nuevas infecciones. Las intervenciones relacionadas con la reducción del daño para UDI sufren en esa región un contexto legal y político pavoroso.

Notas finales

- ¹ Spire, B. HIV Prevention: What we learned from community experience in concentrated epidemics. Plenaria (FRPL012). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ² Piot, P. Don't give up the fight! Sesión de Apertura. XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³ ONUSIDA. Informe 2008 sobre la Epidemia Mundial de SIDA. Ginebra, 2008.
- ⁴ ONUSIDA. Los estimados epidemiológicos están basados en encuestas y estudios de poblaciones, estudios de mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales, vigilancia centinela, reportes de casos y otra información vital obtenida de estadísticas.
Las revisiones posteriores de los estimados esbozados primero en la Actualización 2007 sobre la Epidemia de SIDA, se deben a metodologías mejoradas, mejor vigilancia por parte de los países y cambios en los supuestos epidemiológicos clave usados para calcular los estimados.
- ⁵ Black AIDS Institute. Left Behind. Black America: A neglected priority in the AIDS Epidemic. Agosto de 2008.
- ⁶ Ghys, P. et al. Improved data, methods and tools for the 2007 HIV and AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections* 2008 (Supplement 1); 84.
- ⁷ Garnett, G. Understanding the current spread of HIV. Plenaria (MOPL01). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸ Fadul, E. State of the epidemic and young people. Plenaria. (MOPL01) XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹ ONUSIDA. Informe 2008 sobre la Epidemia Mundial de SIDA. Ginebra, 2008.
- ¹⁰ ONUSIDA. Informe 2008 sobre la Epidemia Mundial de SIDA. Ginebra, 2008.
- ¹¹ Richter, L. No small issue: children and families. Plenaria (WEPL0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹² Richter, L. Op. Cit.
- ¹³ ONUSIDA. Op. Cit. Específicamente, sólo se ha alcanzado al 40% de los HSH con los programas de prevención, comparados con el 46% de los UDI y más del 60% de las/os trabajadoras/es sexuales que tienen acceso a las intervenciones en prevención.
- ¹⁴ ONUSIDA. HIV and Sex Between Men: Policy Brief. 2006. En www.ONUSIDA.org el 5 de septiembre de 2008.
- ¹⁵ OMS/ONUSIDA/UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV interventions in the health sector. Progress Report 2008. Ginebra, 2008.
- ¹⁶ Daly, K. Where are we in achieving UNGASS targets? Simposio (MOSY08), XVII International AIDS Conference 2008.
- ¹⁷ Saavedra, J. Sex between men in the context of HIV. Plenaria (TUPL014), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.

INVESTIGACIÓN BÁSICA, CLÍNICA Y EN PREVENCIÓN

Ciencia Básica

El VIH se ha convertido en una enfermedad crónica y manejable para la mayoría de los pacientes en los países de ingreso alto, con expectativas de vida prácticamente normales con los estándares actuales de cuidado. Dos grandes informes aparecidos en boletines confirmaban estas conclusiones poco antes del comienzo de la conferencia, trayendo un nuevo foco a las presentaciones de AIDS 2008 sobre la biología básica detrás de la interacción entre el VIH y el huésped humano.^{1,2}

Viremia residual y los Límites del Manejo de la Enfermedad del VIH

Muchas de las presentaciones que tuvieron lugar en AIDS 2008 examinaron los límites del manejo médico del VIH. El virus puede ser reducido a niveles indetectables según estudios estándar, sin embargo una pequeña cantidad residual de virus, del orden de 1 copia de ARN de VIH por mililitro de plasma, queda. La fuente de esta viremia residual todavía es tema de debate, pero su consecuencia es clara. Los pacientes que interrumpen la terapia antirretroviral (ART), inclusive después de muchos años, en cuestión de semanas suelen ver rebotar sus cargas virales hasta los niveles previos al tratamiento. Dada la ausencia de erradicación viral, el tratamiento antirretroviral es de por vida. Es por eso que el mundo debe enfrentar la necesidad de administrar agentes antirretrovirales a 30 o 40 millones de personas por décadas, con todas las cuestiones relativas a gastos y manejo de toxicidad inherentes a un emprendimiento de esas magnitudes.

Robert Siliciano resumió la valía de una década de investigación en su presentación sobre el origen de la viremia residual.³ Las observaciones del propio Siliciano lo han llevado a inferir que básicamente no hay replicación viral durante la tratamiento antirretroviral exitosa. La viremia residual proviene de las células que contienen ADN de VIH latente en sus genomas. El VIH se activa junto con los genes propios de la célula durante la respuesta inmunológica a la enfermedad. No hay evolución en esta población latente y, en consecuencia, no aparece resistencia a la droga. La tratamiento antirretroviral puede controlar la infección residual indefinidamente pero no la puede erradicar. Aún más frustrante resulta el hecho de que la viremia residual es prácticamente la mitad de los pacientes virológicamente suprimidos parece clonada de un puñado de aislados.

Siliciano expone que, en algunas, ocasiones, el VIH se integra a las células progenitoras que copian fielmente los genes del VIH cuando se dividen y se diferencian en células inmunológicas

maduras, como los monocitos y los linfocitos. La producción viral sólo comienza cuando estas células maduras se activan.

En este contexto, son remotas las posibilidades de eliminar terapéuticamente todo el VIH latente o de extirpar el VIH que replica silenciosamente junto con el genoma humano en las líneas de células progenitoras.

En una presentación, Anthony Fauci sugirió una forma de “inmunoterapia” – además del tratamiento temprano y de la intensificación del tratamiento – como una estrategia para eliminar gradualmente el reservorio latente.⁴ Al ser protegidas por el tratamiento antirretroviral más poderoso, las respuestas inmunológicas ante VIH podrían ser preservadas y, en última instancia, realizadas. Eventualmente podrían llegar a ser lo suficientemente fuertes, y el VIH residual lo suficientemente bajo, como para permitir la discontinuación sin rebote viral. El primer paso hacia el desarrollo de una estrategia terapéutica para controlar el VIH latente será la comprensión más precisa de la manera en que el ADN proviral del VIH se integra al ADN cromosómico humano, así como los factores que inducen la latencia. Kadreppa Sreenath presentó información que apoya la supresión de la transcripción del SMAR1, un componente de la matriz celular nuclear proteica. El SMAR1, inducido en respuesta a la infección por HIV, forma un complejo represor junto a otras dos proteínas, que se unen al terminal largo repetitivo al final del genoma del HIV. El HIV tat, junto con el factor de activación propio de las células NF-κB, desplaza este complejo y gatilla la replicación viral. Este modelo daría lugar a una posible estrategia terapéutica que incluya la promoción del SMAR1 o la inhibición del tat, pero este concepto aún se encuentra lejos de una aplicación terapéutica concreta.

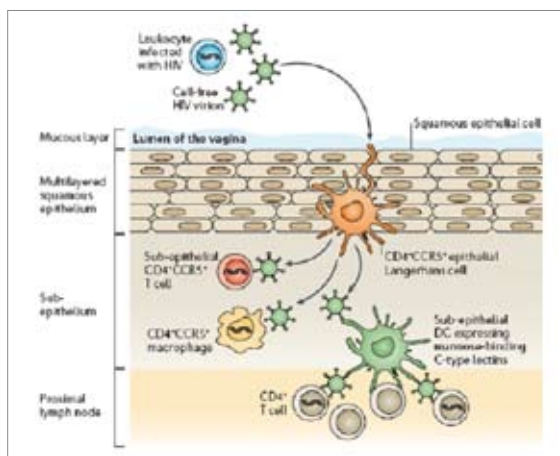
La Desafiante Velocidad de la Infección Aguda

La conferencia contó con diferentes presentaciones que giraron en torno a la manera en que el VIH gana posiciones rápidamente durante la infección aguda. Eric Hunter y Debrah Boeras mostraron que el nuevo VIH adquirido sexualmente es, normalmente, muy homólogo genéticamente.^{6,7} Este VIH surge de una variante menor presente en el cuerpo del donante y presumiblemente posee características especiales, aún indefinidas, que lo hacen más apto para la transmisión. Una vez en contacto con un nuevo huésped, el VIH se mueve muy velozmente.

Yonatan Ganor describió los resultados del modelo de explante de prepucio humano de su grupo.⁸ El VIH asociado a las células fue eficientemente transmitido en este modelo. Las células langerhans en la parte interna del prepucio se infectaron con VIH y transfirieron el virus a las células T

CD4+ en la dermis dentro de la hora precedente al contacto inicial. Por lo contrario, el transporte desde la parte exterior del prepucio fue 10 veces menos eficiente. Las células de la capa queratinizada de afuera del prepucio se infectaron, pero esa capa impidió que la infección se expandiera por dentro. Además, las células langerhans de esta capa degradaron al VIH cuando lo capturaron, en lugar de transportarlo al blanco primario del virus.

Ya se es conocido hace un tiempo el rol que las células de la mucosa dendrítica, dentro de las cuales las células langerhans forman un subconjunto, tienen en el facilitamiento de la infección con VIH (ver cuadro 4). Las células dendríticas contienen receptores en la superficie que contienen lectinas C, a la que el VIH se adhiere físicamente.⁹ DC-SIGN es el más reconocido de estos receptores, pero también existen otros.



Cuadro 4. Células durante la Transmisión Genital del VIH

Fuente: Vanham, G. Future promising microbicide products: What to learn from the *in vitro* work (THSY0601), de Lederman, M Offord, R y Hartly O. Microbicides and other topical strategies to prevent vaginal transmission of HIV. *Nature Reviews Immunology* 6, 371-382 (1 de Mayo de 2006).

La función normal de las células dendríticas es presentar un antígeno extraño a las células T CD4+, que luego estimulan la respuesta inmunológica. La célula dendrítica internaliza primero el complejo HIV-receptor de lectina-C en un endosoma. Los endosomas normalmente rompen cuerpos extraños para la presentación antigénica. El hecho de que los subconjuntos de células dendríticas degraden o protejan al VIH depende de la estructura de sus receptores lectina-C. Esta observación puede ayudar a explicar los diferentes resultados relacionados con el VIH en las partes internas y externas del prepucio y por consiguiente, el efecto protector de la circuncisión.¹⁰

Tove Kaldensjö reportó cuatro subconjuntos diferentes de células dendríticas presentes en el ectocérnix femenino.¹¹ Al comparar mujeres VIH negativas con riesgos altos y bajos de exposición al VIH, el equipo de Kaldensjö descubrió que las mujeres con conductas sexuales más riesgosas tenían más

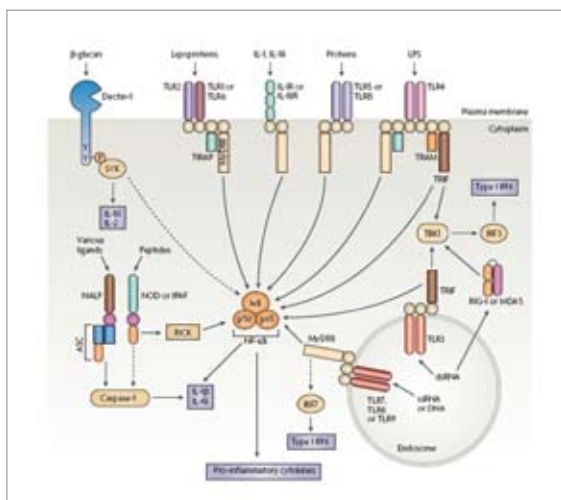
células dendríticas ectocervicales con receptores lectina-C capaces de transportar el VIH al tejido linfático. El daño tiene lugar muy rápidamente una vez que el VIH comienza a infectar las células T CD4+. Fauci notó que el VIH establece un reservorio latente de VIH durante la primera semana después de la transmisión. Además, las células T CD4+ gastrointestinales efectoras son virtualmente eliminadas durante las primeras semanas.^{12,13} De acuerdo con un informe reciente del grupo de Fauci los conteos de células CD4+ en el tejido linfático intestinal continúan deprimidos inclusive después de 10 años de tratamiento antirretroviral supresora y es en este tejido donde se ubican la mayoría de los reservorios virales latentes.¹⁴

Comprendiendo la Inmunidad Innata y el Rol de los Receptores tipo Toll

La detención del rápido progreso del VIH durante la infección primaria resulta de enorme importancia. AIDS 2008 marcó un nuevo interés en la inmunidad innata, que es la primera línea de defensa contra el VIH. La respuesta inflamatoria surge de una variedad de respuestas inmunológicas no específicas de células T independientes, que reconocen una invasión de una suerte de materia extraña. El encuentro del VIH con la inmunidad innata comienza en los receptores lectina-C que están en las células dendríticas de las mucosas. A pesar de haber sido mayormente ignorada hasta hace poco tiempo atrás, la inmunidad innata es un factor importante a lo largo del ciclo vital del VIH.

Mucho del nuevo interés en la inmunidad innata concierne a los receptores del tipo Toll. (TLR). Los TLR son una antigua familia de receptores de la superficie de la célula y de los internos. Reconocen moléculas comunes a varios patógenos pero extrañas a las células huésped. Cada receptor de la familia presente en las células inmunológicas humanas, incluyendo macrófagos y linfocitos, se especializa en reconocer un cierto tipo de molécula – por ejemplo, glicolípidos o lipoproteínas y ADN o ARN viral. Una vez excitados, los TLR comienzan a enviar una cascada de señales que resultan en la activación celular y en la presentación de citoquinas inflamatorias.

La investigación sobre la relación entre los TLR y el VIH se ha acelerado dramáticamente en los últimos cinco años. El Programa Científico de AIDS 2008 incluyó varios informes inconsistentes entre sí, e inclusive en conflicto, sobre estrategias para el uso terapéutico de los TLR.



Cuadro 5. Los Receptores tipo Toll en y sobre las Células Reconocen Patrones Microbianos y Gatillan Respuestas Inmunológicas

Fuente: Pimenta-Inada, H et al. *The Toll-like receptor 2 ligand Zymosan inhibits HIV-1 replication in human primary cells (MOA0105)*, from Trinchieri G., Sher. A., *Nature Reviews Immunology* 2007 Mar;7(3):179-90)

Dumith Bou-Habib informó sobre el zymosan, un polisacárido micótico común que se liga a los TLR2. El zymosan inhibe la infección con VIH en macrófagos, aparentemente en el estadio de entrada a la célula (Cuadro 5).¹⁵ Un compuesto sintético, el Pam3Cys tiene las mismas propiedades. Sin embargo, Sandra Thibault informó que el Pam3Cys y otros compuestos que enlazan TLR2 y TLR5 en las células T CD4+ en realidad incrementan la integración y la producción celular del VIH, un resultado que entra en conflicto con los descubrimientos de Bou-Habib.¹⁶

Terrance Brann también presentó hallazgos que sugieren los efectos supresores del VIH de los TLR. Sus experimentos fueron hechos con un par de ligandos TLR4 producidos por neutrófilos humanos.¹⁷ Estas moléculas redujeron la replicación R5-trópica del VIH en macrófagos pero no afectaron la X4 trópica del HIV en las células T CD4+. En otra investigación, Leonid Margolis discutió sobre las formas en las que las co-infecciones virales como la HCV puede modular para arriba y para abajo el VIH, probablemente gracias a su interacción con varios TLR.¹⁸ Las inconsistencias en los estudios presentados requieren más investigaciones al respecto. Una explicación puede estar relacionada con las maneras sutiles en que la respuesta señalada por los TLR dirige la liberación de quemoquina y de citoquina. El informe sobre zymosan, por ejemplo, establece que los macrófagos responden a la estimulación TLR2 liberando beta-quemoquinas, las moléculas de señal quimotáctica que entran y bloquean el receptor CCR5 utilizado por el VIH R5-trópico al entrar a las nuevas células. Las células T responden a los TLR2 produciendo NF- κ B, así como lo hacen los macrófagos, pero sin las beta-quemoquinas.

La importancia del medio general de comunicación celular fue resaltado nuevamente en un informe publicado después de la conferencia, en el que se describe el efecto supresor del VIH de una mutación en TLR8.¹⁹ En el estudio, que contó con 782 pacientes VIH+, se observó que aquellos que solamente tenían el gen mutante (A1G) mostraron una disminución de CD4 3.5 veces más lenta que los pacientes VIH + con TLR8 normales (75% del total de la población en la que se llevó a cabo el estudio).

Al ser estimulado, el TLR8 mutante, gatilla niveles relativamente menores de NF- κ B y de IL-10 y relativamente mayores de factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) al compararlos con TLR8 normales. Los tres son conocidos por promover la replicación del VIH, pero la estimulación del TLR8 y el TNF- α también activan linfocitos citotóxicos de las CD8+ y células NK.²⁰

Las células NK son un tipo de leucocitos que matan de manera no específica a las células infectadas con virus. En AIDS 2008, Samuel Nuvor y sus colegas argumentaron que la regulación baja de las células NK es una diferencia crítica entre el VIH-1 y el VIH-2, que progresa más lentamente.²¹ Restablecer la actividad de las células NK a través de TLR8 o de otra forma, puede ser un componente importante en la creación terapéutica o profiláctica de una respuesta inmunológica efectiva frente al VIH.

Aprovechar la respuesta inmunológica

La estimulación del sistema inmunológico para luchar mejor contra el VIH es una cuestión complicada. La activación crónica del sistema inmunológico sin llegar a un control efectivo del VIH puede ser una gran contribución a la pérdida de células T asociada al VIH.²² Los procesos de control y regeneración inmunológicos quedan exhaustos o disfuncionales y fallan en su intento de reemplazar la pérdida de células frente al VIH o inclusive causan la muerte de más células a través de una forma de suicidio celular, conocida como apoptosis. Durante la conferencia se describieron varios factores que contribuyen al deterioro inmunológico. Los mismos incluyen la pérdida de capacidad proliferativa y de respuesta frente a la presentación antigénica en linfocitos citotóxicos específicos CD8+ específicos del VIH.^{23,24}

Resulta notable que un informe posterior a AIDS 2008 haya descrito los niveles incrementados de TLR celular y la subida de la respuesta a la comunicación TLR en personas con VIH.²⁵ Este informe implica a los TLR en la disfunción inmunológica en las infecciones con VIH sin tratar, más que como una fuente de protección.

Muchos de los oradores de la conferencia sugirieron, sin embargo, que los hallazgos producto de sus investigaciones ayudarán, eventualmente, a identificar maneras de devolver la respuesta inmunológica y crear nuevas maneras de

controlar al VIH. La relevancia de estos resultados todavía no es clara, dado el alto grado de control del VIH logrado por la terapia antirretroviral directa. La supresión del VIH eliminará por sí sola gran parte de la inflamación crónica y permitirá la recuperación inmunológica.

El conteo total de células T CD4+ nunca parece volver a los valores pre-VIH, sin embargo, continúan existiendo sutiles defectos en las subpoblaciones inmunológicas.²⁶ El obvio próximo paso será delinear mejor aquello que constituye una inmunidad contra el VIH efectiva. La respuesta a esa pregunta se complica por el hecho de que el comportamiento de los componentes inmunológicos individuales puede tener efectos tanto positivos como negativos. Como bien se expuso, los hallazgos inconsistentes previamente discutidos relativos a los TLR sugieren que los investigadores deben considerar la forma en que cada componente interactúa con otros aspectos del sistema inmunológico. Considerando que la enfermedad del VIH se alimenta de la activación inmunológica, el objetivo a largo plazo es un plan para hacer uso de las varias defensas inmunológicas para otorgar un máximo de efectividad con la menor cantidad de actividad extraña.

La manipulación del sistema inmunológico puede, eventualmente, resultar útil en el restablecimiento extra del sistema inmunológico luego de que los agentes antirretrovirales hayan reducido el VIH a niveles indetectables. En particular, la expansión de la respuesta inmunológica anti VIH promete ayudar a bloquear el VIH residual, permitiendo tal vez la simplificación o la eliminación de la terapia con drogas. Además, la terapia inmunológica quizás pueda probarse más efectiva antes de que el cuerpo esté en contacto con el VIH. Las vacunas y otras tecnologías preventivas no han logrado todavía bloquear la transmisión del VIH. La estimulación selectiva apropiada de las respuestas inmunológicas podría ser vital para avanzar en ese tipo de esfuerzos de prevención.

Investigación Clínica, Tratamiento y Cuidado

AIDS 2008 se realizó dos años antes de la fecha límite dispuesta para lograr el acceso universal y es por eso que se prestó una atención significativa al tema de la conferencia: Acción Universal ¡Ya! Se puso particular interés en el contexto del incremento del ritmo de expansión del tratamiento y de las intervenciones de cuidado y en la comprensión cada vez más certera de que pocos países están en condiciones de llegar a cumplir con los objetivos de acceso universal. Las estrategias para mejorar el acceso al cuidado en los países de recursos limitados, el riesgo de la resistencia a los antirretrovirales en estos países y las tácticas antirretrovirales en evolución, dominaron la agenda de AIDS 2008 en las áreas de investigación clínica y tratamiento de la infección con VIH.

¿El tratamiento antirretroviral Debería Comenzarse con un Conteo más Alto de CD4?

Cuando comenzó AIDS 2008, un panel de expertos convocados por IAS-USA realizó la actualización de las pautas de tratamiento antirretroviral en adultos. El panel recomendó opciones extendidas para el comienzo del tratamiento antirretroviral tomando un conteo de CD4 arriba de 350 células/mm³ e incluyendo a la gente con la infección de la hepatitis B o C, riesgo de enfermedad cardiovascular o con función renal comprometida.²⁷ El panel no estableció ningún límite superior de CD4 para comenzar con el tratamiento. Un flujo creciente de información proveniente de ensayos recientes sugiere que el tratamiento antirretroviral temprano puede resguardar no solamente de las enfermedades definidas por el SIDA, sino también de cánceres no relacionados con el SIDA y enfermedades del corazón, el hígado y los riñones.^{28,29,30}

En AIDS 2008 se presentó un estudio de cohorte que acumula evidencia a favor del tratamiento antirretroviral temprano. Este análisis, sobre 1,679 personas del estudio de cohorte de pacientes ambulatorios con VIH en EEUU, descubrió que un conteo de CD4 por debajo de las 350 células/mm³ al ser medidas por primera vez, incrementaban independientemente el riesgo de nuevas enfermedades cardiovasculares en más de un 75%.³¹ En el caso de que aparezca más evidencia apoyando el valor clínico de las intervenciones tempranas con antirretrovirales, los consejeros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrían rever las pautas sobre en qué momento comenzar con el tratamiento antirretroviral en países de recursos limitados. Actualmente, la OMS recomienda el tratamiento antirretroviral para todas las personas con conteos de CD4 menores a 200 células/mm³, mientras que sugieren que los clínicos deberían "considerar el tratamiento" en personas con 200 a 350 células/mm³ y postergar el tratamiento en las personas con más de 350 células/mm³.³²

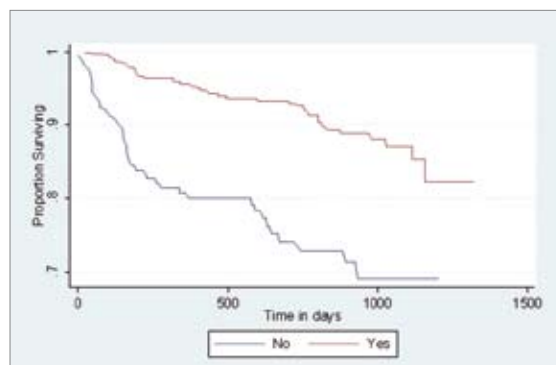
Durante AIDS 2008, el Presidente entrante de la IAS Julio Montaner predijo que las pautas de tratamiento renovadas para los países de ingreso alto podrían "revolucionar el tratamiento del VIH" al reconocer a la infección con VIH como una enfermedad inflamatoria crónica que "afecta el corazón, el hígado, los pulmones y en el debido momento aprenderemos el resto de los variados órganos del cuerpo"^{33,34} Montaner advirtió que el incremento en el umbral de células CD4 para el comienzo del tratamiento antirretroviral podría agrandar la diferencia en el acceso que hay entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, a menos que la experiencia confirme su estudio modelo. Este sugiere que la expansión del acceso al tratamiento antirretroviral ayudará a limitar el crecimiento de la epidemia de VIH y sus costos asociados, reduciendo así el grado de infección. De confirmarse esta hipótesis, el efecto preventivo del tratamiento

antirretroviral será una nueva y poderosa razón para expandir más agresivamente la terapia antirretroviral.³⁵ Relacionada con el creciente debate a propósito de cuál es el momento óptimo de comienzo y los cambios de tiempos, se encuentra la cuestión sobre en qué información basarse y cómo para la toma de decisiones clínicas sobre los regímenes de cambio de drogas. Un estudio haitiano sembró preocupaciones sobre la confiabilidad de los criterios clínicos o inmunológicos para detectar la falla del ART, basados en las pautas de tratamiento de la OMS, en ausencia de monitoreo de laboratorio de VL y de CD4+. En este estudio, prácticamente la mitad de los participantes (47%) tenía los niveles de ARN del HIV RNA por debajo de los límites de detección que después de haber sido evaluados como fallas del tratamiento antirretroviral siguiendo los criterios clínicos. Esto sugiere que la falta de VL PCR y otros diagnósticos de laboratorio en la toma de decisiones podrían llevar a cambios prematuros.³⁶

¿Cuándo Empezar con el tratamiento antirretroviral en pacientes co-infectados con TBC?

En muchas partes del mundo, la tuberculosis es el primer diagnóstico del SIDA y una de las mayores causas de muerte entre las personas que viven con VIH. El mejor momento para comenzar con el tratamiento antirretroviral en individuos coinfectados con VIH y TBC continúa siendo controversial. Dos estudios presentados en AIDS 2008 – uno realizado en Brasil y el otro en Argentina – abordaron esta pregunta pero no llegaron a la misma conclusión.

El análisis de THRio en 632 personas realizado por Valéria Saraceni, un estudio observacional de cohorte brasileño, descubrió que el comienzo de la tratamiento antirretroviral en cualquier momento posterior al comienzo de la terapia anti-TBC redujo independientemente a la mitad el riesgo de muerte, mientras que completar el curso de las drogas anti-TBC redujo independientemente el riesgo de muerte en un porcentaje mayor al 85%.³⁷ (Cuadro 6). Un estudio realizado en 142 personas co-infectadas con VIH/TBC en Argentina encontró una tasa de muerte general mayor en aquellos que comenzaron con el tratamiento antirretroviral en las 8 semanas posteriores al comienzo de la medicación anti-TBC, en comparación con aquellos que empezaron la tratamiento antirretroviral más tarde (14.4% versus 6.8%, $P = 0.013$).³⁸ No obstante, la mortalidad relacionada con la TBC fue la misma en los dos grupos y el diagnóstico clínico del SIDA previo a la tratamiento antirretroviral fue dos veces más común en el grupo de tratamiento antirretroviral temprana. Los investigadores no realizaron análisis multivariados para determinar si los tiempos del tratamiento antirretroviral afectaron la mortalidad independientemente de otros factores de riesgo. Ambos estudios fueron observacionales y en la actualidad se están llevando a cabo ensayos randomizados para evaluar el momento óptimo para el comienzo del tratamiento antirretroviral durante el tratamiento de la TBC.



Cuadro 6. Kaplan-Meier: Supervivencia después de un diagnóstico de TB, por exposición a HAART (Log-rank test- $p < .001$)

Fuente: Saraceni, V et al. Tuberculosis, HAART use and survival in the THRio Cohort, Rio de Janeiro, Brasil. (MOAB0305) THRio Cohort, Rio de Janeiro, Brazil. (MOAB0305)

El estudio brasileño relacionó el diagnóstico retrasado del VIH en pacientes con TBC con una menor posibilidad de recibir ART. Ese descubrimiento subraya la necesidad crítica de integrar el cuidado del VIH y de la TBC, una política destacada en la declaración de consenso de OMS/IAS/Fondo Mundial/Banco Mundial sobre los vacíos en el conocimiento en el abordaje de la salud pública respecto de la entrega de tratamiento antirretroviral y del cuidado.³⁹

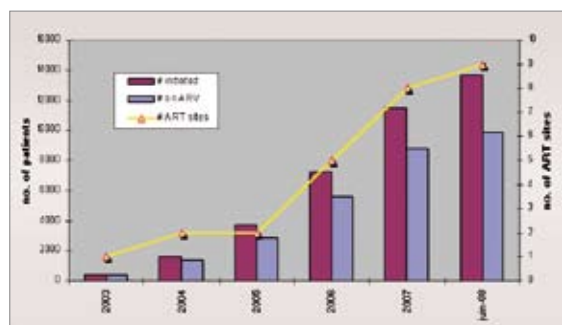
Los investigadores brasileños recomendaron el opt-out universal en el testeo del VIH para todas las personas con TBC. ONUSIDA ya recomienda el testeo del VIH y el asesoramiento para todos los pacientes con TBC y el chequeo de todas las personas infectadas con VIH en relación a la TBC. Dado que la TBC resulta una co-morbidez tan importante a nivel mundial, se necesita investigación prospectiva más rigurosa para optimizar el rol del tratamiento antirretroviral en las personas co-infectadas.

En un desarrollo posterior a la conferencia relacionado con estas cuestiones, el Director en Jefe para VIH y SIDA de Sudáfrica, Dr Nomonde Xundu, confirmó que, como resultado de la evidencia presentada en la conferencia, se está discutiendo una recomendación que podría acarrear cambios potenciales en las pautas nacionales de tratamiento de Sudáfrica y que incluiría recomendar o no el comienzo temprano de la tratamiento antirretroviral así como la necesidad de otras pautas clínicas para individuos coinfectados con TBC.⁴⁰

Cambio de Tareas para Expandir el Acceso al Cuidado y al Tratamiento

La escasez aguda de profesionales de la salud continúa siendo un problema en la expansión del cuidado del VIH en muchos países de ingresos bajos. Nuevas investigaciones presentadas por varios grupos en AIDS 2008 examinaron el rol del cambio de tareas – la transferencia de ciertas responsabilidades de los médicos a otros trabajadores de la salud – como una manera de mejorar el acceso general al cuidado.

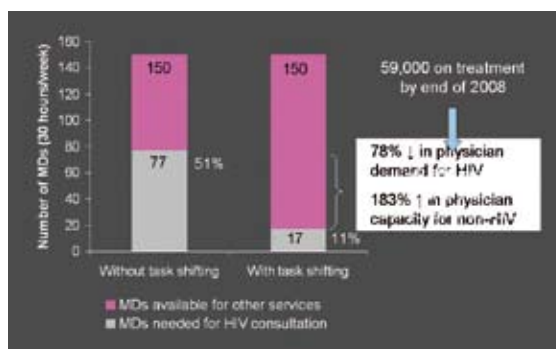
En el distrito rural de Thyolo, en Malawi, el cambio en las tareas de asesoramiento de los enfermeros a los asesores legos – y luego el cambio de la iniciación con los ARV de los médicos a los enfermeros – ayudó a que la región lograra los objetivos del acceso universal.⁴¹ La región posee más de 600,000 personas con la infección del VIH, incluyendo 9,000 a 12,000 que necesitaban antirretrovirales con urgencia cuando el cambio de tareas comenzó. Médicos Sin Fronteras planteó el objetivo inicial de tratar a 10,000 personas. El cambio, que incluyó quitarles a los médicos las tareas relacionadas con el cuidado antirretroviral, llevó a más del doble el número de personas testeadas por VIH y, entre 2004 y 2007, el número de personas que comenzaron el tratamiento antirretroviral aumentó de 2,000 a 12,000 (Cuadro 7). El acceso universal en Thyolo costó 3 Euros anuales por habitante del distrito.



Cuadro 7. Inicio de la ART en el Distrito de Thyolo 2003-2008

Fuente: Massaquoi, M et al. Achieving universal access to antiretroviral therapy in a rural district in Malawi: how was it done? (TUAB0303).

Un estudio comparó el cuidado primario basado en el tratamiento antirretroviral llevado a cabo por enfermeros, con el cuidado especializado con base en el hospital de una región rural de Suazilandia, y documentó menos mortalidad en los entornos a cargo de enfermeros y unas tasas comparables de abandono. Un estudio modelo separado que predijo el impacto de un proyecto piloto de cambio de tareas en Ruanda, estimó que el número de médicos necesarios para proveer tratamiento antirretroviral hacia finales de 2008 bajará de 77 médicos trabajando 30 horas por semana a 17 médicos trabajando la misma cantidad de horas. Este cambio representa una disminución del 78% en la demanda de médicos en el cuidado del VIH y una ganancia del 183% en capacidad médica para cuidados no relacionados con el VIH. (Cuadro 8).



Cuadro 8. Expansión a Nivel Nacional

Fuente: Chung, J et al. Quantification of physician-time saved in a task shifting pilot programme in Rwanda. (WEAB0205)

El cambio de tareas orientado a los enfermeros no solucionará los problemas de acceso a los ARV en el África sub-Sahariana, ya que la región sufre de escasez severa de enfermeros. No obstante, como se descubrió en el estudio de Malawi, ciertas tareas propias de los enfermeros pueden ser asignada a otros trabajadores y un mayor compromiso comunitario también puede extender el cuidado del VIH.⁴⁴ Al mostrar que el cambio de tareas puede liberar a los médicos para que manejen otras enfermedades, el estudio de Ruanda demuestra que la fuerte financiación dedicada al VIH no obliga a desatender otras cuestiones clínicas urgentes.⁴⁵

Riesgo de Resistencia en Países de Alta Prevalencia

Con respecto al ART, uno de los estudios más importantes de AIDS 2008 evaluó la aparición de mutaciones relacionadas con la resistencia en lugares de Malawi, que dependen de conteos de CD4 y de síntomas clínicos para evaluar la respuesta al tratamiento porque el monitoreo de carga viral de rutina resulta demasiado costoso.⁴⁶ El testeo de resistencia en muestras de 96 personas cuyos primeros ARV fallaron sacaron a la luz una colección de mutaciones que podrían comprometer severamente el uso de nucleósidos en los regímenes de segunda línea.

El monitoreo de carga viral hubiera mostrado la falla de los ARV con anterioridad y hubiese prevenido la aparición de muchas mutaciones que se desarrollaron mientras estos pacientes continuaban fallando en su régimen.

Pero el testeo de carga viral – y frecuentemente los análisis de células CD4 – continúan siendo poco usuales en las clínicas de escasos recursos y su ausencia limita el óptimo ART. La segunda línea de antirretrovirales es más escasa que los agentes de primera línea en muchas de estas mismas regiones y la resistencia rampante amenaza su uso.⁴⁷

Un estudio modelo reciente, a cargo de A. Phillips, sugirió que el seguimiento de los síntomas y de los conteos de CD4 podría funcionar tan bien como el testeo de carga viral para

incrementar los años potenciales de vida en los países de ingreso bajo.⁴⁸ Pero ese análisis puede haber subvalorado el impacto de ciertas mutaciones detectadas en el estudio de Malawi.

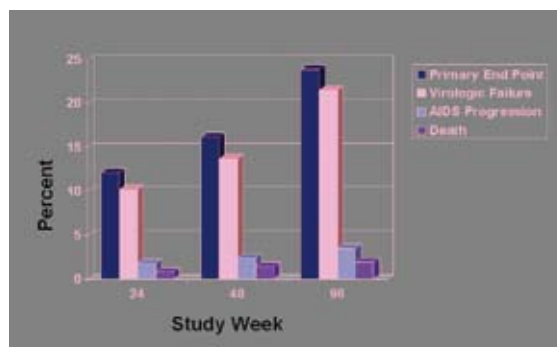
La declaración de consenso llevada a cabo en 2008 por la OMS, IAS, el Banco Mundial y el Fondo Mundial, subrayó la necesidad de priorizar la investigación relacionada con dos asuntos abordados en este estudio – la determinación del momento óptimo y de los criterios a seguir para el cambio a segunda línea de tratamiento, y la definición de el uso más apropiado del monitoreo de carga viral y de células CD4 en regiones de recursos limitados.⁴⁹

Las respuestas a estas preguntas serán claves para darle forma a la “segunda ola” de la expansión de la tratamiento antirretroviral y el abordaje clínico al tratamiento y al cuidado en países de ingreso medio y bajo.

Ensayos sobre los Regímenes Preferidos de ARV

Muchos ensayos randomizados sobre ARV reclutan pacientes de todo el mundo. Frecuentemente, sin embargo, para estos ensayos se utilizan pacientes de las mismas clínicas bien establecidas en países de ingreso medio y bajo. El testeo riguroso de tácticas de ARV en diversos escenarios es crítico para establecer su valor en países con demografías y estándares de cuidado variados. En AIDS 2008 se presentaron dos ensayos que se están llevando a cabo en esta dirección.

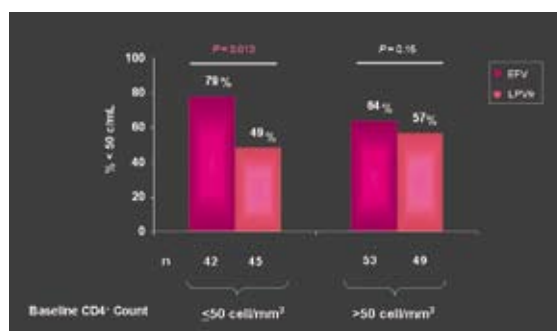
El ensayo multinacional PEARLS, llevado a cabo por el US AIDS Clinical Trials Group, intentó comparar los primeros tres regímenes en 1,361 adultos en Brasil, Haití, Perú, Malawi, Sudáfrica, Zimbabue, India y Tailandia, y en 210 adultos de Estados Unidos.⁵⁰ Los pacientes randomizados una vez al día con didanosina, emtricitabina y atazanavir (sin incremento de ritonavir) tuvieron un mayor riesgo de falla en el tratamiento luego de 72 semanas que los pacientes randomizados dos veces al día con zidovudina más lamivudina y una vez al día con efavirenz (Cuadro 9). Las tasas de falla difirieron de país en país y fueron más altas entre la gente que había tenido o que estaba teniendo tuberculosis. Se destacaron dos puntos: primero, la falla del régimen con atazanavir por los criterios de carga viral antes que por los criterios clínicos se volvió estadísticamente significativa – un descubrimiento que enfatiza el valor del monitoreo de carga viral. Segundo, a pesar de que el atazanavir tiene una licencia para su uso con o sin ritonavir, la mayoría de los pacientes en EEUU y en Europa Occidental toman la droga con ritonavir para mantener las concentraciones de atazanavir parejas.



Cuadro 9. Probabilidad acumulativa de falla en el tratamiento ddi-EC+FTC+ATV

Fuente: Campbell, T et al. ACTG A5175: a multinational study of ddi-EC, FTC and atazanavir vs. co-formulated AZT/3TC and efavirenz for initial treatment of HIV-1 infection. (THAB0404)

En un estudio estadounidense publicado antes de la conferencia, la combinación basada en efavirenz controló mejor el VIH en personas que no habían sido tratadas con anterioridad que la combinación basada en lopinavir/ritonavir, inclusive en aquellos que empezaron el tratamiento antirretroviral con una carga viral de más de 100,000 copias/mL.⁵¹ Un ensayo mexicano de 48 semanas llevado a cabo por investigadores independientes confirmó un mejor control viral con efavirenz que con lopinavir/ritonavir en personas ARV-naïve con infecciones con VIH avanzadas (Cuadro 10).⁵² El estudio mexicano reclutó sólo pacientes con menos de 200 CD4 células/mm³ y el conteo medio previo al tratamiento permaneció bien por debajo de las 100 células/mm³. El descubrimiento de resultados específicos contundentes en cada país debería inspirar más ensayos randomizados controlados fuera de los países de alto ingreso.



Cuadro 10. Supresión Viroológica Stratified by Baseline CD4+ Counts (<50 cell/mm³)

Fuente: Madero, S. et al. A prospective, randomized, open label trial of efavirenz versus lopinavir/ritonavir based HAART among antiretroviral therapy naïve, HIV infected individuals presenting for care with CD4 cell counts. (TUAB0104)

Investigación en Prevención

La investigación de nuevas tecnologías para la prevención del VIH en los años previos a AIDS 2008 ha sido desalentadora.

Entre 2006 y 2008, cinco ensayos en estado avanzado (cuatro sobre microbicidas de amplio espectro y uno sobre vacunas) dieron resultados nulos o negativos y por el momento no hay vacunas candidatas a ser testeadas en el campo. Los resultados de la circuncisión en el largo plazo informados en AIDS 2008 indicaron que las intervenciones en prevención tienen el potencial de reducir sustancialmente las nuevas infecciones. Otras presentaciones planearon estrategias en prevención usando agentes antirretrovirales, que podrían ser introducidos en el campo con relativa rapidez.

Más evidencia de que la Circuncisión Funciona

Robert Bailey informó con optimismo los resultados de un seguimiento extendido de los participantes de seis ensayos randomizados controlados sobre circuncisión masculina en Kisumu, Kenia, en una sesión de resumen de última hora. Previamente, se tenía información sobre los participantes de los tres ensayos sobre circuncisión de los 21 a los 24 meses post randomización. Ahora, con la inclusión de 42 meses de seguimiento, Bailey y sus colegas reportaron un efecto protector de la circuncisión contra la adquisición del VIH en hombres jóvenes de Kisumu del 65% (Cuadro 11). El ensayo de Kisumu también intentó calcular el efecto de la circuncisión en el placer y en el desempeño sexual. Descubrieron que no había diferencias apreciables entre los hombres circuncidados y los no circuncidados en sus reportes, de acuerdo a varias medidas de función sexual y satisfacción de las parejas femeninas.⁵³

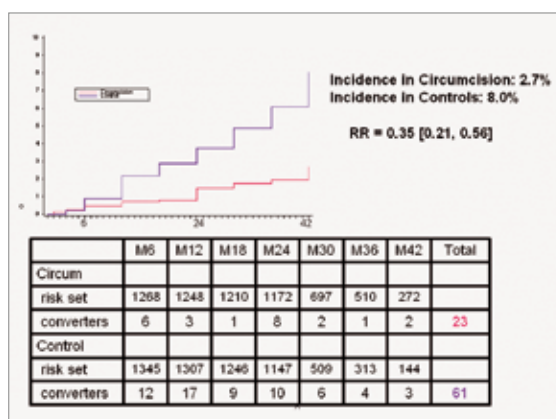
Bertran Auvert presentó los resultados de un estudio de su grupo posterior al ensayo sobre circuncisión en Orange Farm, Sudáfrica. Luego de asesorar a 1,207 hombres sobre el sexo seguro y de tratarlos por infecciones de transmisión sexual, los investigadores ofrecieron realizar circuncisiones gratuitas en una clínica médica. Entre los hombres no circuncidados (68% del total), el 65% eventualmente aceptó la oferta.⁵⁴

El grupo de Auvert y el ensayo de Kisumu también intentaron evaluar el efecto de la circuncisión en el placer y en el desempeño sexual. Se encontraron con que no había diferencias apreciables entre los hombres circuncidados y los no circuncidados, de acuerdo con los reportes tanto de los hombres como de las mujeres.⁵⁵

Fred Sawe además informó que la prevención del VIH y el entrenamiento en salud reproductiva era muy bien recibido durante los rituales tradicionales de pasaje en Great Rift Valley.⁵⁶ Estas ceremonias incluyen la circuncisión y, para lograr mayor seguridad, el personal con entrenamiento médico es invitado cada vez más frecuentemente para realizar las circuncisiones durante las ceremonias de maduración. Auvert presentó los resultados del primer ensayo clínico randomizado sobre circuncisión hace tres años en la 3a Conferencia de la IAS sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH en Rio de Janeiro.⁵⁷ Los estudios comenzaron a reportar

una correlación entre los niveles más altos de circuncisión y los niveles más bajos de VIH en partes de África hace 20 años.⁵⁸ Desde entonces, la OMS ha desarrollado una "Guía para Asegurar la Calidad en la Circuncisión Masculina", proveyendo de un marco para los programas de circuncisión masiva que incluye pautas para el control de infecciones y la reducción de riesgos.⁵⁹

Sin embargo, todavía no hay programas a gran escala de circuncisión en áreas de alta prevalencia del VIH. Richard White presentó un modelo que predice que en el África sub-Sahariana el menor costo por infección con VIH en los próximos 10 años, alrededor de US\$1,000, se alcanzará si el rango de edad del grupo a circuncidar es de 25 a 34 años.⁶⁰ Este es el rango masculino con el mayor riesgo inmediato de VIH y es algo mayor a la franja de edad recomendada por la OMS (hombres entre 12-30 años). Tanto White como un poster presentado por Agnes Binagwaho abogaron por la circuncisión en recién nacidos, aunque los beneficios de hacerlo no serán visibles durante los próximos 25 años.⁶¹



Cuadro 11. Seroincidencia acumulativa de VIH luego de 42 meses por circuncisión

Fuente: Bailey, RC et al. *The protective effect of male circumcision is sustained for at least 42 months: results from the Kisumu, Kenya trial (THAC0501).*

Aprovechar el Tratamiento antirretroviral para la Prevención

Mientras que la implementación de la circuncisión como una estrategia viable de prevención queda atrás, aparece un debate sobre el uso de la terapia antirretroviral como herramienta de prevención. En enero de 2008, la Comisión Federal en Cuestiones Relacionadas al SIDA de Suiza (EKAF) hizo pública una declaración indicando que las personas que viven con VIH y que estuvieran bajo un régimen antirretroviral efectivo (de supresión máxima) no podían transmitir el virus.^{62,63} Había muchas condiciones estrictas adjuntas a esta postura, incluyendo al menos 6 meses de carga viral indetectable, la presencia de ninguna



UNAIDS B Press

Programa de Educación de Pares, Trinidad y Tobago.

otra enfermedad de transmisión sexual, y el asegurar que las parejas VIH negativas pudieran tomar una decisión informada sobre la prescindencia de preservativos.

No obstante, las implicaciones de la declaración suiza en el simposio patrocinado por la EKAf, llevado a cabo justo antes del comienzo de AIDS 2008, generaron polémica. El Presidente de la EKAf Pietro Vernazza expuso el punto de vista de su comisión, que sitúa su posición en un contexto definido muy cuidadosamente.⁶⁴ Dijo que la EKAf estaba estandarizando meramente aquello que los médicos les estaban diciendo a sus pacientes. Además, la ley suiza es muy estricta en cuanto a la exposición de otras personas frente al VIH, inclusive si la transmisión no ocurre. El punto de Vernazza no era que el riesgo de transmisión bajo la terapia supresora sea nulo, sino que es muy pequeño comparable con el riesgo de transmisión mientras se utilizan preservativos. Un tratamiento antirretroviral exitoso debería, por tanto, ser una defensa razonable contra las leyes que criminalizan la exposición al VIH.

Suzanna Attia presentó los resultados de un meta-análisis de estudios que investigan el riesgo de transmisión bajo el ART.⁶⁵ No se han realizado estudios en pacientes bajo tratamiento antirretroviral exitoso o en hombres que tienen sexo con hombres. Se han realizado algunos estudios sobre las parejas heterosexuales VIH discordantes en las que la parte

VIH positiva de la pareja tiene una carga viral no tratada por debajo de las 400 copias/mL. Se notó una transmisión en un total aproximado de 900 pacientes-años. En estos estudios no había información disponible sobre el uso de preservativos ni sobre infecciones de transmisión sexual. Attia pidió más investigación antes de arrojar ninguna conclusión.

Un ensayo ranzomizado controlado se está llevando a cabo en este momento para cuantificar la relación entre el nivel de carga viral suprimida a través del tratamiento y la transmisión del VIH. El ensayo es patrocinado por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos y llevará a cabo el seguimiento de 1,750 parejas VIH discordantes a las que se les asignó un tratamiento inmediato o diferido. Los resultados no estarán disponibles antes de 2016, una fecha problemática, ya que hay investigaciones que sugieren que las personas con VIH suprimido a través de tratamiento ya están reduciendo su uso de preservativo.⁶⁶

La Atormentadora Promesa de la PPrE

Además de ver al tratamiento antirretroviral como una modalidad potencialmente efectiva de prevención para aquellos que ya se encuentran infectados, en la conferencia también se discutió la administración de tratamiento antirretroviral como una forma de profilaxis previa a la exposición (PPrE) para las personas VIH negativas que corren riesgo de infección, entre ellos, los miembros de las

parejas VIH discordantes.⁶⁷ A pesar de encontrarse con cierta oposición entre los activistas en la primera vuelta de la Fase III de los ensayos clínicos, algunos ensayos fueron prematuramente interrumpidos. El apoyo del concepto ha crecido, sin duda también debido al fracaso de otras modalidades biomédicas de prevención y la mejora en el compromiso de la sociedad civil en el diseño y la implementación de protocolos de ensayo clínico de la PPrE.

Existe una cantidad de ensayos sobre PPrE que ya se están llevando a cabo y otros planeados que testean los regímenes diarios (Cuadro 12). A pesar de que la PPrE fue discutida por primera vez a mediados de 1990, faltan por lo menos cuatro años para que los beneficios de la PPrE puedan ser exhaustivamente evaluados en diferentes poblaciones y usando estrategias de múltiples dosajes. La utilidad de los regímenes pre coitales intermitentes se está considerando recién ahora.^{68,69} Hubo un ensayo humano preliminar reportado en AIDS 2008 que involucró PPrE inyectable en el largo plazo. Este ensayo descubrió que la administración intramuscular sostenida de rilpivirina (TMC278, un nuevo inhibidor de la transcriptasa reversa próximo a tener licencia para el tratamiento del VIH), podría proporcionar niveles de droga protectora por más de 12 semanas.

Existen asuntos evidentes relacionados con la seguridad y la economía en la administración de drogas antirretrovirales a grandes poblaciones VIH negativas. En el caso de que

se pruebe la efectividad, la aplicación tópica en las áreas anal y genital podría ser más factible. Como escucharon los participantes de la conferencia, el tenofovir gel aplicado localmente produce concentraciones vaginales de droga de 100 a 1,000 veces mayor que la administración oral sistémica.⁷¹ En contraste, las concentraciones plasmáticas son más de 10-veces menores con el gel.

Los microbicidas tópicos no han tenido buen desempeño en los estudios de prevención del VIH en humanos, con 10 ensayos de compuestos de surfactante y polianiónico con resultados negativos. Estos compuestos no específicos de amplio espectro inactivan la bacteria, los virus e inclusive el esperma a través de la emulsificación (surfactantes) o del envolvimiento (polianiones) de sus capas exteriores.

El campo avanza claramente. AIDS 2008 marcó el cambio del amplio espectro a los microbicidas antirretrovirales.^{72,73} Por otro lado, el estudio VOICE de testeo de la PPrE oral contra el tenofovir gel, otro gran ensayo en estado avanzado, comenzará en los próximos dos años. Es IPM009, todavía en su fase de planificación. Estudiará la eficacia de la dapivirina, un inhibidor de la transcriptasa reversa, ya sea como gel vaginal de corta acción o como aro vaginal de larga duración. El último es un mecanismo nuevo e innovador para administrar los microbicidas anti VIH. El patrocinador de IPM009, International Partnership for Microbicides, planea combinar eventualmente dapivirina con el inhibidor de entrada licenciado maraviroc.

Sponsor/Nombre del estudio	Resultados estimados	Producto/s Testeados	Lugar	Estado	Población Estudiada
CDC: <i>Tenofovir Extended Safety Study</i>	2009	Tenofovir	Estados Unidos (N=400)	Completamente matriculado	HSH
NIH: <i>MTN-001</i>	2009	Tenofovir Tenofovir vaginal gel/ Ambos	Sudáfrica, Uganda, Estados Unidos (N=144)	Matriculando	Mujeres
CDC: <i>Bangkok Tenofovir Study</i>	2009-2010	Tenofovir oral	Tailandia (N=2400)	90% matriculado	Hombres y mujeres usuarios de drogas inyectables
CDC: <i>TDF-2</i>	2010	Tenofovir + emtricitabine	Botswana (N=2000)	Matriculando	Hombres y mujeres Heterosexuales
NIH, Univ. Calif., Gates Foundation: <i>iPrEx</i>	2010	Tenofovir + emtricitabine	Brasil, Ecuador, Perú, Estados Unidos Otros (N=3000)	Matriculando	HSH
Univ. Washington, Gates Foundation: <i>Partners PrEP</i>	2011	Tenofovir Truvada	Kenya, Uganda (N=3900 parejas)	Activado en los primeros sitios	Parejas serodiscordantes
NIH: <i>VOICE</i>	2012	Tenofovir Tenofovir + emtricitabine Tenofovir gel vaginal	Malawi, Sudáfrica, Uganda, Zambia, Zimbabwe (N=4200)	Aún no matriculado	Mujeres
Family Health International: <i>FEM-PrEP</i>	2012	Truvada	Kenya, Malawi, Sudáfrica, Tanzania (N=3900)	Aún no matriculado	Mujeres

Cuadro 12. Estudios recientes de PrEP

Source: Mastro, T. *Pre-exposure prophylaxis: Overview of current and planned trials.* (THSY0603)

Pero los resultados de muchos de estos ensayos no se esperan hasta el 2010-12. Los únicos resultados alentadores de microbicida in vivo en AIDS 2008 provinieron de un pequeño ensayo en macacos de un gel vaginal que combina dos antirretrovirales, tenofovir y emtricitabina. El ensayo aplicó este gel combinado 30 minutos antes de la exposición al VIH. Seis macacos sobre seis fueron protegidos de 20 desafíos vaginales por más de diez semanas. En contraste, siete de ocho macacos de control se infectaron después de una media de 3.5 desafíos.⁷⁴

Vacunas: El Rol de la Inmunidad Protectora

Recientes atrasos, tanto en el campo de las vacunas como en el de los microbicidas, han requerido un reenfoque de los esfuerzos en investigación en ambos campos. En la conferencia, Seth Berkley revisó los esfuerzos de la Iniciativa Internacional por la Vacuna del SIDA (IAVI) para proteger humanos y que logren neutralizar ampliamente los anticuerpos contra el VIH.⁷⁵ Estos anticuerpos prevendrían que las nuevas células se infecten y pueden ser la llave para una vacuna que cree una "inmunidad esterilizadora" contra una gran variedad de grupos de virus diferentes entre sí. Berkley dice que las técnicas de protección masiva han permitido que el proyecto de anticuerpos de la IAVI seleccione candidatos prometedores. Incluso si esos anticuerpos fueran aislados en algunos individuos, el problema seguiría siendo la forma de inducirlos en todo el cuerpo humano. No se espera en el corto plazo una vacuna basada en estos anticuerpos. Berkley también promovió el concepto de uso de vectores virales replicantes, que consistirían en un portador de virus conteniendo genes de VIH recombinantes que inducirían una potente respuesta inmunológica.

Los vectores actuales en vacunas para VIH son todos no replicantes. Entre estos se encuentra el vector del adenovirus usado en la vacuna de Merck, que produjo resultados negativos en el famoso ensayo STEP, concluido el año pasado. Un estudio de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU, que compara las respuestas de chimpancés ante vacunas contra el VIH basadas en adenovirus replicantes y no replicantes, fue una de las primeras advertencias sobre el diseño de la vacuna Merck.⁷⁶ El vector replicante del adenovirus obtuvo respuestas inmunológicas marcadamente superiores. El cambio a los vectores vivos supondrá un retraso considerable ya que se deben resolver varios asuntos técnicos y de seguridad.

Un nuevo Énfasis en los Cócteles Preventivos o la "Prevención Combinada"

Las estrategias de prevención combinada fueron un tópico popular de discusión en la conferencia.⁷⁷ Los programas de circuncisión pueden ser combinados con la promoción de los preservativos y con otros abordajes socio-

comportamentales estructurales para prevenir el VIH. Se proporcionan más detalles sobre la prevención combinada en la próxima sección.

Como muestran los resultados del ensayo en Kisumu, la circuncisión sola no erradicará la incidencia de VIH en hombres. Existe cierto optimismo respecto de la suma de agentes antirretrovirales en una de las formas antes descritas para lograr un mayor impacto en la reducción de la incidencia. La investigación avanza a pesar de este potencial y su implementación masiva también será lenta si se toma la experiencia de la circuncisión como ejemplo. El legado de la investigación en prevención de AIDS 2008 es el creciente reconocimiento de que cumplir con la promesa de las tecnologías emergentes de prevención requiere un renovado sentido de la urgencia.

Notas finales

- ¹ Bhaskaran, K. et al. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *JAMA*. 2008, 300:51-59.
- ² Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *The Lancet*. 2008, 372:293-299.
- ³ Siliciano, R. HIV Persistence on patients on HAART: re-evaluating prospects for eradication. Plenaria (WEPL0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴ Fauci, A. The future of HIV research. Sesión especial (WESS0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵ Sreenath, K. et al. Repression of HIV-1 LTR promoter by nuclear matrix protein SMAR1 promotes proviral latency. Sesión de Resúmenes (WEAA0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶ Hunter, E. Determinants of HIV transmission. Simposio (MOSY0602), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷ Boeras, D. et al. HIV in genital fluids during heterosexual transmission. Sesión de Resúmenes (MOAA0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸ Ganor, Y. et al. The mechanism of sexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV-1) via the foreskin epithelium. Sesión de Resúmenes (MOAA0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹ Geijtenbeek, T.B. et al. DC-SIGN, a dendritic cell-specific HIV-1-binding protein that enhances trans-infection of T cells. *Cell*. 2000, 100:587-597.
- ¹⁰ de Witte, L. Nabatov, A., Geijtenbeek T.B. Distinct roles for DC-SIGN+ dendritic cells and Langerhans cells in HIV-1 transmission. *Trends in Molecular Medicine*. 2008, 14:12-19.
- ¹¹ Kaldensjö, T. et al. Ectocervical expression of C-type lectin receptors in HIV exposed uninfected women. Sesión de Resúmenes (WEAA0204), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹² Mehandru, S et al. Primary HIV-1 infection is associated with preferential depletion of CD4+ T lymphocytes from effector sites in the gastrointestinal tract. *Journal of Experimental Medicine*. 200, 200:761-70.
- ¹³ Brenchley, JM et al. CD4+ T cell depletion during all stages of HIV disease occurs predominantly in the gastrointestinal tract. *Journal of Experimental Medicine*. 2004, ;200:749-759.
- ¹⁴ Chun, TW et al. Persistence of HIV in gut-associated lymphoid tissue despite long-term antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases*. 2008, 197:714-720.
- ¹⁵ Pimenta-Inada, HK et al. The toll-like receptor 2 ligand zymosan inhibits HIV-1 replication in human primary cells. Sesión de Resúmenes (MOAA0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁶ S et al. TLR2 and 5 stimulations increase HIV- 1 integration in human naïve and memory CD4+ T cells. Sesión de Resúmenes (THAA0405), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁷ Brann, T et al. S100A8 and S100A9, endogenous toll- like receptor 4 (TLR4) ligands, inhibit HIV-1 replication in macrophages but not in CD4 T cells. Discusión con Poster (THPDA201), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁸ Lisco, A et al. Local modulation of HIV-1 infection by non-HIV microbes in human tissues. Exposición de Poster (WEPE0134), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁹ Oh, DY et al. A Functional Toll-Like Receptor 8 Variant Is Associated with HIV Disease Restriction. *Journal of Infectious Diseases*. 2008, 198:701-709.
- ²⁰ Schlaepfer, E, Speck, RF. Anti-HIV activity mediated by natural killer and CD8+ cells after toll-like receptor 7/8 triggering. *PLoS ONE*. 2008, 3:e1999.
- ²¹ Nuvor, SV et al. Expression of activating and inhibitory receptors on NK cells in HIV-1 and HIV-2 infections and functional assessment of direct NK cytotoxicity against autologous CD4+ T cells. Sesión de Resúmenes (WEAA0203), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²² Munier, ML, Kelleher, AD. Acutely dysregulated, chronically disabled by the enemy within: T-cell responses to HIV-1 infection. *Immunology and Cell Biology*. 2007, 85:6-15.
- ²³ Conrad, J et al. PD-1 expression is increased on dominant T-cell clonotypes within HIV epitope-specific T-cell populations in chronic HIV infection. Sesión de Resúmenes (TUAA0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁴ Lichterfeld, M et al. Distinct expression pattern of telomere maintenance and shelterin genes in HIV-1-specific CD8+ T cells from HIV-1 "elite" controllers. Sesión de Resúmenes (THAA0201), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁵ Lester, RAT et al. Toll-like receptor expression and responsiveness are increased in viraemic HIV-1 infection. *AIDS*. 2008, 22:685-694.
- ²⁶ Munier, ML, Kelleher, AD. Acutely dysregulated, chronically disabled by the enemy within: T-cell responses to HIV-1 infection. *Immunology and Cell Biology*. 2007, 85:6-15.
- ²⁷ Hammer, S et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA*, 2008, 300:555-570.
- ²⁸ The Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *New England Journal of Medicine*, 2006, 355:2283-2296.
- ²⁹ Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group, Emery S, Neuhaus JA, Phillips AN, et al. Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naïve participants and in those not receiving treatment antiretroviral at baseline in the SMART study. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197:1133-1144.
- ³⁰ Baker, JV et al. CD4+ count and risk of non-AIDS diseases following initial treatment for HIV infection. *AIDS*, 2008, 22:841-848.

- ³¹ Lichtenstein, K et al. Low CD4 count is an important risk factor for cardiovascular disease in the HIV outpatient study (HOPS) in the U.S. Exposición de Poster (THPE0236), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³² Organización Mundial de la Salud. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations from a public health approach. 2006 revisión.
- ³³ Hammer, S et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA*, 2008, 300:555-570.
- ³⁴ Montaner, J. Welcome remarks by Pedro Cahn, Julio Montaner and Craig McClure, and introduction of newly elected Governing Council members. IAS 20th Anniversary symposium. XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
- ³⁵ Lima, V et al. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 198:59-67.
- ³⁶ Charles, M. Monitoring response to antiretroviral therapy (ART) in Haiti. Discusión de Poster (MOP XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008).
- ³⁷ Saraceni, V et al. Tuberculosis, HAART use and survival in the THRio Cohort, Rio de Brasil. Sesión de Resúmenes (MOAB0305), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁸ Toibaro, J et al. Early versus late cART treatment in HIV/TB co-infected patients in Argentina. Discusión de Poster (MOPDB206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁹ World Health Organization. Consensus statement: Addressing knowledge gaps in the public health approach to delivering antiretroviral therapy and care. 4 de agosto de 2008.
- ⁴⁰ Flanagan, L. AIDS Treatment Guidelines Under Scrutiny. *Pretoria News*. 18 August 2008. Viewed at: <http://www.pretorianews.co.za/?fSectionId=&fArticleId=vn20080818101955976C934972> on 15 October 2008.
- ⁴¹ Massaquoi, M et al. Achieving universal access to antiretroviral therapy in a rural district in Malawi: how was it done? Sesión de Resúmenes (TUAB0303), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴² Humphreys, C et al. Effectiveness and safety of nurse led primary-care based antiretroviral treatment in a resource constrained setting. Sesión de Resúmenes (WEAB0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴³ Chung, J et al. Quantification of physician-time saved in a task shifting pilot programme in Rwanda. Sesión de Resúmenes (WEAB0205), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁴ Massaquoi, M et al. Achieving universal access to antiretroviral therapy in a rural district in Malawi: how was it done? Sesión de Resúmenes (TUAB0303), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁵ Chung, J et al. Quantification of physician-time saved in a task shifting pilot programme in Rwanda. Sesión de Resúmenes (WEAB0205), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁶ Hosseinipour, M et al. Resistance profile of patients failing first line tratamiento antirretroviral in Malawi when using clinical and immunologic monitoring. Sesión de Resúmenes (TUAB0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁷ Renaud-Théry, F et al. Use of antiretroviral therapy in resource-limited countries in 2007: uptake of 2nd-line and paediatric treatment stagnant. Discusión de Poster (THPDB103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁸ Phillips AN et al. Outcomes from monitoring of patients on antiretroviral therapy in resource-limited settings with viral load, CD4 cell count, or clinical observation alone: a computer simulation model. *The Lancet*, 2008, 371:1443-1451.
- ⁴⁹ OMS/IAS/Banco Mundial /GFATM. Consensus statement: Addressing knowledge gaps in the public health approach to delivering antiretroviral therapy and care. Ginebra. 4 de agosto 2008.
- ⁵⁰ Campbell, T et al., ACTG A5175: a multinational study of ddI-EC, FTC and atazanavir vs. co-formulated AZT/3TC and efavirenz for initial treatment of HIV-1 infection. Sesión de Resúmenes (THAB0404). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵¹ Ribaudo, H et al. Efavirenz-based regimens in treatment-naïve patients with a range of pretreatment HIV-1 RNA levels and CD4 counts. *Journal of Infectious Disease*, 2008, 197:1006-1010.
- ⁵² Sierra Madero, J et al. A prospective, randomized, open label trial of efavirenz versus lopinavir/ritonavir based HAART among antiretroviral therapy naïve, HIV infected individuals presenting for care with CD4 cell counts. Sesión de Resúmenes (TUAB0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵³ Bailey, RC et al. The protective effect of male circumcision is sustained for at least 42 months: results from the Kisumu, Kenya trial. Sesión de Resúmenes (THAC0501), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁴ Auvert, B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of hiv infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*. 2005, 2:1112-1122.
- ⁵⁵ Krieger, JN et al. Adult male circumcision: effects on sexual function and sexual satisfaction. Sesión de Resúmenes (TUAC0305), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁶ Sawe, F et al. Using male "traditional circumcision" as novel approaches for HIV prevention messages: experiences & opportunities from the Southern Rift Valley of Kenya. Sesión de Resúmenes (TUAC0304), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵⁷ Auvert, B et al. Impact of male circumcision on the female-to-male transmission of HIV. Sesión de Resúmenes (TUOA0402), 3a Conferencia Internacional de la Sociedad de SIDA sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH 2005.
- ⁵⁸ Bongaarts, J et al. The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations. *AIDS*.

- 1989, 3:373-377.
- ⁵⁹ Dickson, K et al. How to improve the quality and safety of male circumcision services.
- ⁶⁰ White, R et al. Male circumcision for HIV prevention in sub-Saharan Africa: who, what and when? Sesión de Resúmenes (TUAC0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶¹ Binagwaho, A et al. Infant versus adult male circumcision (MC) in Rwanda. A cost-effectiveness study. Exposición de Poster (MOPE0537), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶² Vernazza, P et al. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008, 89:165-169.
- ⁶³ Wasserfallen, FM et al. Swiss Statement for PLWHA on effective ARV treatment. Exposición de Poster (MOPE0212), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁴ Vernazza, P. Summary of the Ginebra closed hearing on HIV transmission under ART. Satélite (SUSAT4104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁵ Attia, S Egger, M Low, N. Can unsafe sex be safe? Review of sexual transmissibility of HIV-1 according to viral load, HAART, and sexually transmitted infections (THAC0505), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁶ HIV Prevention Trials Network. A randomized trial to evaluate the effectiveness of antiretroviral therapy plus HIV primary care versus HIV primary care alone to prevent the sexual transmission of HIV-1 in serodiscordant couples (no date) http://www.hptn.org/research_studies/hptn052.asp.
- ⁶⁷ Mastro, T. Pre-exposure prophylaxis: Overview of current and planned trials. Simposio (THSY0603), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶⁸ Tsai, CC et al. Prevention of SIV infection in macaques by ©-9-(2-phosphonylmethoxypropyl)adenine. *Science*. 1995, 17:270:1197-1199.
- ⁶⁹ van Griensven, F et al. Sex predictability, sex spacing and the feasibility of intermittent pre-exposure chemoprophylaxis (iPrEP) to prevent HIV infection among men who have sex with men (MSM) in Bangkok, Thailand. Exposición de Poster (LBPE1164), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁰ Verloes, R et al. TMC278 long acting – a parenteral nanosuspension formulation that provides sustained clinically relevant plasma concentrations in HIV-negative volunteers. Exposición de Poster (TUPE0042), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷¹ Abdool-Karim, S. tratamiento antirretroviral containing vaginal microbicides in the clinical pipeline: A status of the studies. Simposio (THSY0602), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷² Rosenberg, Z. What the future holds for the next generation microbicides and partnerships with industry. Satélite (MOSAT2702), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷³ Fernandez-Romero, J et al. Evaluating the use of non nucleoside reverse transcriptase inhibitors in carrageenan-based microbicides. Discusión de Poster (THPDA102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁴ Parikh, UM et al. Complete protection against repeated vaginal SHIV exposures in macaques by a combination emtricitabine and tenofovir topical gel. Sesión de Resúmenes (THAC0503), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁵ Berkley, S. New Priorities for IAVI. Symposium (MOSY0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁶ Peng, B et al. Replicating rather than nonreplicating adenovirus-human immunodeficiency virus recombinant vaccines are better at eliciting potent cellular immunity and priming high-titer antibodies. *Journal of Virology*. 2005, 79:10200-10209.
- ⁷⁷ Padian N. Biomedical interventions to prevent HIV: Evidence, challenges and the way forward. Sesión Especial (TUSS0202), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.

CIENCIAS SOCIALES, COMPORTAMENTALES Y ECONÓMICAS, POLÍTICAS Y CIENCIA POLÍTICA

Ciencias Sociales, Comportamentales y Económicas

Las presentaciones del Área D pusieron el énfasis en la manera en que lo social, lo económico y otros procesos contextuales influyen tanto en la epidemia del VIH como en los programas y políticas que responden a ella. En esta oportunidad, más que en cualquier otra Conferencia Internacional sobre el SIDA previa, se destacó con ahínco el rol del estigma y de la discriminación en tanto obstáculos primarios para controlar la epidemia. Estas discusiones exploraron, en particular, la intersección del estigma y de la discriminación con las formas de desigualdad estructural basadas en la raza, la clase, el género, la edad y la orientación sexual.

Otras presentaciones en AIDS 2008 hicieron hincapié en la necesidad de la “prevención combinada”, un abordaje emergente que destaca la necesidad de emplear simultáneamente múltiples intervenciones biomédicas, comportamentales, estructurales y específicas al contexto, en vez de depender de una sola intervención. Además, las nuevas investigaciones llevadas a cabo por y sobre comunidades marginadas, recalcaron que el progreso hacia el acceso universal depende de la participación de las mujeres, las/os trabajadoras/es sexuales, los UDI, los HSH y otros grupos sociales marginados.

Darle Prioridad al Estigma y a la Discriminación

AIDS 2008 instauró firmemente al estigma y a la discriminación como prioridades fundamentales dentro de la lucha por el acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo en relación al VIH. En una sesión sobre los abordajes basados en la evidencia del estigma y de la discriminación, se realizó un llamado a priorizar el objetivo de reducir el estigma y la discriminación, en la financiación nacional e internacional, el desarrollo de políticas y de programas.¹ Este llamado se hizo luego de la reciente publicación de una revisión sistemática de la investigación científica sobre el estigma relacionado con el VIH.² Mahajan y sus colegas destacaron que si bien el estigma relacionado con el VIH está ampliamente considerado como una barrera significativa para el manejo de la epidemia, aún se necesitan más investigaciones en las áreas de definición y medida del estigma, la comprensión de la relación entre el estigma y el testeo del VIH y la expansión del tratamiento y el impacto de las iniciativas para reducirlo. Estos hallazgos son consistentes con el Informe Mundial sobre SIDA 2008, que destacó hasta qué punto el estigma, la discriminación y la violación de los derechos humanos impiden el avance hacia los objetivos

del acceso universal.³ A pesar de que las referencias al estigma proliferaron en la conferencia, suelen hacerse pocos intentos de conceptualizar el significado de este término, particularmente en el contexto de las investigaciones de las ciencias sociales que intentan evaluar, a través de trabajos científicos, sus formas, impactos y remedios potenciales. En múltiples presentaciones se sugirieron dos direcciones importantes para la conceptualización del estigma. La primera es el abandono de la búsqueda de abordajes individuales o estructurales para la reducción del estigma a favor de un abordaje conceptual que enfatice su interconexión.^{4, 5, 6, 7, 8} La segunda es el abordaje del estigma relacionado con el VIH como un fenómeno en capas, fundamentalmente enlazado con y posibilitado por el sexismo, el racismo, la homofobia, la estigmatización de los UDI y de las/os trabajadoras/es sexuales y otras formas de desigualdad social.^{9,10,11,12,13}

Restricciones de Viaje para las PVVIH

Poco antes de AIDS 2008, Estados Unidos, como parte de su reautorización del programa PEPFAR de US\$48 mil millones, quitó la prohibición de entrada a aquellos que quisieran visitar los EEUU por períodos cortos. A pesar de que este es un logro sin precedentes de las personas que defienden la abolición de esta prohibición convertida en ley en 1987, todavía debe ser implementada a través del cambio en las normativas del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EEUU (DHHS). Mientras tanto, alrededor de 67 países conservan alguna forma de restricción de viaje para las PVVS, políticas que contradicen el consejo de los expertos en salud pública – incluyendo la OMS – y discriminan injustamente a las PVVIH. Además de reforzar el estigma relacionado con el VIH, estas prohibiciones contribuyen a la violación de otros derechos humanos relacionados con el VIH, como el testeo obligatorio y las deportaciones inmediatas. Parece, no obstante, que este tema está ganando actualidad: China anunció en la conferencia que eliminará sus propias prohibiciones de entrada para las PVVIH en 2009.

El desarrollo exhaustivo de estos abordajes clave a través del trabajo centrado en lo conceptual y el desarrollo de maneras de volverlos operativos, son objetivos importantes para las investigaciones en ciencias sociales en este área. Una de las implicaciones estructurales más tangibles del estigma

y de la discriminación son las restricciones de viaje que se le imponen a las PVVS en muchos países (ver recuadro de Restricciones de Viaje). Muchos países se comprometen retóricamente a ocuparse del estigma y de la discriminación que enfrentan las personas que viven con VIH, pero ignoran algunas de las manifestaciones legales y políticas más obvias y tangibles relacionadas con el estigma, como las restricciones de viaje que sufren las PVVS.

En la conferencia, se informó sobre los progresos importantes en el desarrollo de herramientas estandarizadas para evaluar los niveles de estigma. Las investigaciones de Puerto Rico y de la India describieron los procesos de validación de índices de estigma que involucran a las PVVIH y a las personas provenientes de ámbitos rurales respectivamente.^{14,15}

Mientras que estos instrumentos de centran en las dimensiones socio cognitivas del estigma, otra iniciativa importante diseñada para evaluar el estigma tanto a nivel individual como estructural – el Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH – fue reportada por Yuvaraj y sus colegas.^{16,17}

El Índice de Estigma de las PVVIH intenta medir los cambios en el estigma a lo largo del tiempo y permitir la comparación entre países para informar a los programas, a las intervenciones políticas y la incidencia. El índice combina la investigación con el empoderamiento, ubicando a las PVVIH en el centro del proceso en calidad de entrevistadoras, entrevistadas y usuarias locales de la información generada. Las lecciones aprendidas a raíz de la expansión mundial de esta herramienta, actualmente en proceso, ayudarán a esclarecer el potencial de este abordaje único basado en la comunidad para la vigilancia y la respuesta frente al estigma.

La investigación presentada en AIDS 2008 también destacó la compleja relación entre el estigma y el acceso de la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo. Dos debates clave en el campo fueron el foco de discusiones considerables: la relación

entre el estigma relacionado con el VIH y el testeo de rutina del VIH (opt- out) y el punto hasta el cual el acceso amplio a los ARV afecta los niveles de estigma relacionados con el VIH. A propósito del testeo de rutina, muchos estudios apuntaron a la necesidad de armonizar las tensiones entre

los abordajes del testeo del VIH basados en las poblaciones y aquellos basados en los derechos, incluyendo también la manera de interpretar los resultados de las investigaciones

18,19,20,21,22,23

Dos estudios adicionales sobre si la expansión del tratamiento contribuye por sí misma a la reducción del estigma produjeron resultados contradictorios, uno de ellos apuntó al incremento del estigma percibido con el uso de tratamiento y el otro sugirió la disminución de las actitudes estigmatizantes con la disponibilidad en aumento del acceso a la ARV.^{24,25} La naturaleza contradictoria de estos estudios señala la necesidad de investigaciones futuras que puedan identificar más efectivamente la mezcla de condiciones individuales y estructurales que median la relación entre el estigma relacionado con el VIH y la adherencia al tratamiento.

AIDS 2008 también presentó investigaciones sobre el estigma relacionado con el VIH entre los trabajadores de la salud. La prueba piloto de un programa para la reducción del estigma llevada a cabo en la Provincia de Yunnan, China, mostró niveles altos de miedo a la infección entre los trabajadores de la salud y poco conocimiento sobre las precauciones universales.²⁶ Luego de la intervención, se observó una mejora en la confidencialidad con respecto a los pacientes VIH positivos y a la asesoría y prueba voluntaria (APV). Un segundo estudio en

Vietnam evaluó los resultados de una campaña de reducción del estigma liderada por la comunidad.²⁷ Los resultados después de un seguimiento de 16 meses, demostraron una relación positiva entre la exposición a las iniciativas de la campaña (por ejemplo, educación comunitaria, carteles, hojas de datos) y la reducción en las tasas de estigma y el miedo a la transmisión. Al focalizarse en el sector del cuidado de la salud, estas dos iniciativas ayudaron a evaluar las

Prevención Combinada

No existe un “santo remedio” en la prevención del VIH. El hecho de que esta evaluación crítica de la prevención haya marcado la primera Conferencia sobre el SIDA en América Latina y en el Caribe debería ser una lección para todos aquellos que trabajan en el campo del VIH en la región.

En lugar de una infinidad de soluciones aisladas, necesitamos desarrollar programas polifacéticos, implementar intervenciones que también apunten a los determinantes de la epidemia, expandir estrategias probadas y centrarnos en los grupos más vulnerables. “La Prevención Combinada” funciona. América Latina y el Caribe poseen las condiciones necesarias para demostrárselo a la comunidad global.

**Gottfried Hirnschall,
Coordinador de Proyecto,
VIH/ITS, OPS**

dimensiones estructurales del estigma. Ellas proveen un ejemplo importante para futuras investigaciones relacionadas con otras fuentes estructurales de estigma, incluyendo las políticas de gobierno, las instituciones religiosas y los sistemas de justicia penal.

Nuevo Consenso: “Prevención Combinada del VIH”

AIDS 2008 subrayó una nueva dirección en la prevención del VIH. En lugar de intervenciones en prevención centradas exclusivamente en el cambio de la conducta individual, muchos oradores hicieron un llamado a lograr la “prevención combinada del VIH”, abogando por un abordaje a largo plazo para la reducción del riesgo del VIH y de la vulnerabilidad, que apunte tanto a los factores individuales como a los contextuales.²⁸ La prevención combinada hace uso de múltiples estrategias de reducción del riesgo en lugar de depender de un sólo “santo remedio” y considera la relación entre los programas de prevención y las políticas, particularmente a nivel del compromiso comunitario y del activismo.²⁹ La investigación y los comentarios en AIDS 2008 contribuyeron a esta nueva dirección en la prevención del VIH de dos maneras importantes.

Primero, los análisis de las implicaciones políticas, sociales y culturales de las estrategias específicas de prevención ayudaron a atenuar las suposiciones ampliamente diseminadas sobre su aplicación universal. Por ejemplo, en una sesión sobre la circuncisión masculina, los oradores discutieron sobre la atención insuficiente que se le está dando a la investigación antropológica sobre el cuerpo, la cultura y la masculinidad considerando el impacto de la expansión de esta intervención.³⁰ De la misma manera, Beloqui señaló el alcance limitado de los esfuerzos en prevención del VIH dirigidos a individuos VIH positivos (también referida como prevención positiva) en el contexto brasileño donde la mayoría de los PVVIH no saben sobre su estatus respecto del VIH. Beloqui sugirió que de restringirse al nivel de cambio individual, la prevención positiva puede tener el efecto de “inculpar” a las PVVIH por la transmisión y erosionar las tradiciones de responsabilidad mutua. Arguyó a favor de una visión de prevención positiva que amplíe el capital social de las PVVIH, así como su acceso al tratamiento y a las tecnologías de prevención a la vez que se trabaja a nivel de las políticas para reducir el estigma y expandir los derechos humanos.³¹

En segundo lugar, AIDS 2008 generó un interés considerable en las formas estructurales de la prevención del VIH y en su relación con las estrategias comportamentales y de prevención biomédica. Se presentaron en la conferencia investigaciones sobre un espectro de intervenciones estructurales, entre ellas esfuerzos para reformar las prácticas policiales que afectan a los UDI, para introducir iniciativas de micro financiación para mujeres en riesgo y para ampliar la movilización comunitaria de las/os trabajadoras/es

sexuales.^{32,33,34} En una sesión en la que se proponía repensar el rol de las cuestiones estructurales de la prevención del VIH, se ofrecieron variados análisis sobre desarrollos innovadores en prevención.³⁵ Birungi describió una iniciativa de Kenia que intenta cambiar la organización de los programas de VIH. En un contexto en el que la respuesta frente a la epidemia se construyó básicamente alrededor del cuidado y la prevención pediátrica y en adultos del VIH, Birungi y sus colegas viraron su atención a una población relativamente desatendida que son los jóvenes VIH positivos. En lugar de buscar el cambio en el comportamiento individual, ellos han trabajado para comprender mejor la construcción de la sexualidad de acuerdo al género entre la juventud VIH positiva, dirigiendo las preguntas de la investigación a sus deseos sexuales, expectativas de relación y esperanzas de amor y paternidad en un esfuerzo de establecer una base de conocimiento sobre la que construir intervenciones relevantes.

El impacto social más significativo dentro de la investigación en ciencias sociales sobre prevención combinada se encuentra en esta dirección. Las investigaciones futuras pueden tomar las fortalezas de la teoría sociológica contemporánea sobre la relación entre estructura y agencia, para profundizar nuestro entendimiento del concepto de estructura que se despliega en el discurso emergente de la prevención combinada.^{36,37} Al mismo tiempo, los abordajes de las ciencias sociales como el trabajo social en red, la teoría de la red de actores y el análisis de los caminos causales tienen mucho que ofrecer para mejorar el entendimiento de la manera en que las estructuras se relacionan entre sí y las formas en que interactúan las intervenciones estructurales con aquellas biomédicas y comportamentales. Finalmente, como destacó Ogden, la innovación metodológica en las ciencias sociales es necesaria para comprender si las intervenciones estructurales en prevención del VIH reducen la transmisión del VIH y de qué modo lo hacen.³⁸

Investigaciones sobre, para y llevadas a cabo por Comunidades Marginadas

Otro importante desarrollo en AIDS 2008 fue la expansión de la investigación del VIH que involucra a las comunidades vulnerables y marginadas, particularmente en los contextos en los que el trabajo sexual, el uso de drogas inyectables y la homosexualidad, son criminalizadas y/o no son reconocidas oficialmente como asuntos significativos dentro de la prevención del VIH. Los análisis críticos y los comentarios que articularon las perspectivas de las comunidades marginadas permitieron una importante comprensión de las condiciones políticas, económicas y sociales que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH de los HSH, las/os trabajadoras/es sexuales y los UDI y echaron luz sobre los esfuerzos a realizar para provocar cambios en esas direcciones. Dentro del Área D, se le prestó especial atención a los trabajadores sexuales HSH, hombres y transgénero.^{39,40}

En su Conferencia Jonathan Mann Memorial, Jorge Saavedra, el Director del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México (CENSIDA) presentó un panorama de la investigación, demostrando que la prevalencia del VIH en HSH es significativamente más alta que en la población general, inclusive en África y en otras áreas con epidemias generalizadas. Presentó otros estudios para ilustrar la pobreza de los recursos dedicados a la prevención entre los HSH. Saavedra arguyó con vehemencia que la homofobia, desde las formas más comunes de discriminación hasta las formas extremas como las leyes que criminalizan el sexo entre hombres, exacerba la expansión del VIH.⁴¹ También pidió a las autoridades de Uganda que levanten los cargos contra tres activistas por los derechos de los gays y de las lesbianas que fueron arrestados en el Encuentro de Implementadores del VIH/SIDA en Kampala en junio de 2008 – el 15 de agosto todos los cargos contra las tres personas fueron levantados y el presidente regional de la Comisión Internacional de los Derechos Humanos para Gays y Lesbianas (IGLHRC) se lo atribuyó directamente al lobby en AIDS 2008.⁴²



Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Peter Piot, AIDS 2008; esta fue la última Conferencia Internacional sobre el SIDA de Piot en su rol de Director Ejecutivo de ONUSIDA.

La presentación plenaria de Saavedra se basó en las cuestiones que enfrentan los gays y otros HSH en la respuesta global frente a la epidemia, planteadas en la pre-conferencia de dos días. Una de las sesiones de la pre-conferencia describió un abordaje innovador para darle forma al apoyo gubernamental en los países de la subregión de Mekong (Tailandia, Vietnam, Camboya, Laos, Myanmar y dos provincias del sur de China). El programa incluyó acuerdos en el lenguaje usado por los funcionarios del gobierno (por ejemplo, el uso de “salud sexual masculina” en las reuniones iniciales, en lugar de “HSH”), una fuerte coordinación y apoyo local, y una coalición entre el gobierno, la sociedad civil y los donantes que resultó en cambios fundamentales en las políticas de estos gobiernos, además de la inclusión de los HSH como prioridad en todos los planes nacionales sobre el SIDA en la subregión de Mekong.⁴³ Shivinanda Khan reportó

éxitos similares al describir un proceso interactivo que incluyó una serie de encuentros – entre ellos, reuniones informales en parques – que resultaron en el incremento del apoyo entre grupos de HSH, el gobierno y la sociedad civil que llevó a la Consulta sobre Salud Sexual Masculina de Asia Pacífico en septiembre de 2006.⁴⁴ Estos ejemplos, aunque críticos, ayudan a subrayar las barreras estructurales que las redes y comunidades de HSH enfrentan cuando desarrollan políticas apropiadas o respuestas programáticas.

El título de la pre-conferencia HSH, El Hombre Invisible: Hombres Gay y Otros HSH en la Epidemia del VIH/SIDA Mundial, puso el acento en la noción de invisibilidad que suele caracterizar a estas comunidades, particularmente en las epidemias de bajo nivel y en aquellas generalizadas. Una investigación llevada a cabo en Togo ilustró el desafío que implica investigar cuestiones de VIH dentro del mismo sexo en climas de invisibilidad. Los funcionarios de gobierno de Togo le dijeron al equipo de investigadores que no se molestasen en investigar a los HSH ya que los mismos no existían. El equipo persistió con un abordaje etnográfico basado en la comunidad, que identificó a 122 HSH y descubrió vacíos clave en su conocimiento sobre el riesgo del VIH. Uno de los resultados de este proyecto de investigación fue el desarrollo de nuevas redes y programas de HSH.⁴⁵

Minorías Sexuales y los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial (MCP)

El Fondo Mundial realizó recientemente una consulta sobre la manera en que su proceso de injerencia en las prioridades nacionales, que depende de los Mecanismos de Coordinación de País, puede llegar mejor a las necesidades de las minorías sexuales. La consulta confirmó que las poblaciones en mayor riesgo y las marginadas podrían estar mal atendidas dentro de ese proceso, particularmente en países con epidemias generalizadas. Las estrategias potenciales para abordar este problema incluyen una supervisión más cercana de las propuestas de desarrollo, la eliminación del requisito que exige que las organizaciones MCP sean “entidades legales”, y el fortalecimiento del rol de los grupos de la sociedad civil como “intermediarios” de estas poblaciones.

Los informes sobre cuestiones tratadas en otra popular sesión sobre HSH en AIDS 2008 produjeron una evaluación positiva sobre: una herramienta australiana de evaluación que consiste en cinco preguntas en cinco minutos para hacer un mapeo del comportamiento sexual tendiente al riesgo;⁴⁶

el uso de una camioneta en la que se llevan a cabo tests de VIH para los HSH peruanos en zonas de difícil acceso;⁴⁷ y un cuestionario interactivo en internet para ayudar a los gays franceses y holandeses a identificar sus disparadores de riesgo no premeditados.⁴⁸

En una sesión basada en resúmenes sobre las/os trabajadoras/es sexuales hombre y transgénero llevada a cabo en la Conferencia Internacional sobre el SIDA, se presentaron investigaciones pioneras sobre los riesgos relacionados con el VIH que enfrentan estas dos poblaciones y sobre iniciativas importantes diseñadas para intervenir en las condiciones que aumentan estos riesgos. Hunter subrayó la invisibilidad de estos grupos en todos los niveles de la respuesta frente al VIH.⁴⁹ Destacó que sólo unos pocos programas nacionales de VIH/SIDA apuntan explícitamente a estos grupos y señaló que el subsumir los programas para las trabajadoras transgénero a los canales de financiación para HSH ha creado obstáculos para los programas de VIH/SIDA que responden a los derechos particulares de estas trabajadoras sexuales.

Sugiriendo un camino hacia adelante, investigaciones en Tailandia y en Perú ofrecieron ejemplos de esfuerzos tempranos por establecer una base de evidencia desde la cual informar a los programas para que puedan responder mejor a los riesgos del VIH que enfrentan las/os trabajadoras/es sexuales hombre y transgénero.^{50,51} Otra investigación esbozó intervenciones diseñadas para aliviar los factores estructurales que aumentan el riesgo frente al VIH. En Colombia, las trabajadoras sexuales transgénero no suelen llevar sus documentos de identidad – un requerimiento legal y condición para recibir cuidados sanitarios – por la discordancia entre su sexo biológico al nacer y su identidad de género posterior. Riascos Sánchez describió un proyecto iniciado por la Fundación Santamaría, una organización basada en la comunidad de personas transgénero, que responde a las vulnerabilidades que esto crea.⁵² Al otorgarles una identificación alternativa en la que se incluye el nombre elegido por la portadora y al involucrar a través del entrenamiento y el lobby a la policía y a los proveedores de cuidados de la salud, el proyecto ha ampliado el acceso de las trabajadoras sexuales trans a los servicios de salud y ha contribuido a disminuir el acoso policial.

La investigación sobre, para y realizada por las comunidades marginadas presentada en AIDS 2008 tendrá importantes implicaciones en las políticas e investigaciones futuras. En el nivel epidemiológico se sugirió un refinamiento en el concepto de “epidemia generalizada”, o al menos un mejor entendimiento de sus efectos potencialmente excluyentes, a través de investigaciones que apuntaron a la alta incidencia de VIH en HSH en países así designados. El interés de la conferencia en el rol de los factores estructurales que contribuyen al riesgo y a la vulnerabilidad frente al VIH

también señaló la necesidad de lobby a nivel mundial sobre este tipo de cuestiones y de nuevas investigaciones en ciencias sociales y nuevos análisis que capturen la compleja interacción entre el comportamiento de riesgo individual y las vulnerabilidades sociales.

Finalmente, la oportunidad para activistas y miembros de grupos marginados de presentar sus investigaciones en un foro internacional y de poder discutir las maneras de utilizar esa evidencia para informar al lobby mundial, continuará teniendo importantes implicaciones para la movilización nacional e internacional de HSH, UDI y trabajadoras/es sexuales.

El Rol de la Investigación en las Ciencias Sociales y de la Evidencia Aceptable



Sociedad Internacional de SIDA /Mondaphoto

Concentración Internacional por los Derechos Humanos, AIDS 2008.

AIDS 2008 incluyó una gran cantidad de debates sobre el rol y la presencia de las ciencias sociales en la investigación del VIH/SIDA, y sobre el tipo de evidencia producto de la investigación científica que se privilegia en la respuesta frente a la epidemia. Dado el predominio de las ciencias biomédicas y de la salud, las ciencias sociales suelen verse como socios menores en la investigación sobre el VIH/SIDA. A pesar de que la conferencia le dedica un área separada a las ciencias sociales y comportamentales, el contenido relacionado con las ciencias sociales de las presentaciones no es siempre claro, aunque esto puede ser un reflejo de las inversiones más débiles en ese campo, comparadas con las biomédicas. Mientras que las presentaciones hacían referencia a disciplinas de las ciencias sociales (como la sociología), un amplio espectro de ciencias sociales no estuvieron bien representadas en la conferencia, siendo las contribuciones en historia, geografía, economía y antropología, las ausencias más evidentes. El atraer investigaciones relevantes de las ciencias sociales hacia la respuesta frente a la epidemia, continúa siendo un desafío.

Se produjeron debates en muchas sesiones de la conferencia sobre las formas de evidencia que se consideran aceptables

y las maneras alternativas que producen conocimiento útil que nos acercan al acceso universal.^{53,54,55,57} En un simposio sobre los desafíos científicos y políticos actuales de la prevención del VIH basada en la evidencia patrocinado por Caucus for Evidence-based Prevention, los presentadores cuestionaron el uso de los ensayos clínicos randomizados (RCT, por sus siglas en inglés) como el estándar aceptado para la evidencia de la investigación.⁵⁸ Judith Auerbach señaló que los RCT no están bien adaptados para dirigirse a la articulación de los factores fisiológicos, sociales, culturales y estructurales, cada vez más reconocidos como fundamental para la prevención del VIH. Rafael Díaz también arguyó que la institucionalización de los RCT como criterios fundantes para la prevención del VIH, particularmente en los EEUU, ha tenido como consecuencia la fidelidad a un “protocolo estandarizado”, lo que crea obstáculos para la investigación en prevención creativa que comienza con las comunidades locales usando una tendencia “de abajo hacia arriba” en lugar de “arriba hacia abajo”.⁵⁹ En la sesión se destacó el hecho de que la exploración significativa de la pobreza, el género, las desigualdades económicas, el racismo y otras relaciones estructurales para las iniciativas de prevención del VIH requerirán un movimiento más allá de los RCT y los métodos tradicionales de investigación para incluir un rango más amplio de disciplinas de las

ciencias sociales, diseños innovadores de evaluación e investigaciones basadas en la comunidad.

Políticas y Ciencia Política

El área E contó con nuevas investigaciones y comentarios sobre las barreras clave para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH. En múltiples presentaciones, los conferencistas reiteraron la creciente preocupación por la escasez de compromisos financieros tanto nacionales como internacionales para llegar a los objetivos de acceso universal.^{60,61,62} Por otro lado, la conferencia hizo hincapié en hallazgos e investigaciones clave sobre derechos humanos y el fortalecimiento de los sistemas de salud y contribuyó a la expansión de la concientización sobre la importancia fundamental de estas cuestiones para lograr la acción universal.

AIDS 2008 trajo a la luz la importancia de los abordajes del VIH basados en la salud y en los derechos. Los derechos humanos fueron el eje de muchas actividades en la Ciudad de México, entre ellas las marchas contra la homofobia, los derechos de las mujeres y la vivienda, la primera “Zona de Trabajo en Red por los Derechos Humanos” en la Aldea



Manifestación por la acción universal, AIDS 2008.

Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Global, y la circulación de publicaciones clave de ONUSIDA y de Open Society Institute sobre derechos humanos y VIH.^{63,64,65} La importancia de asegurar los derechos humanos como un prerrequisito para lograr avances en el camino hacia el acceso universal se destacó a través de nuevas investigaciones sobre tópicos como la discriminación en el lugar de trabajo, las restricciones de viaje y la denegación de los derechos de propiedad y herencia de las mujeres.^{66,67,68}

Los temas clave que emergieron de AIDS 2008 se refirieron al contexto de los derechos humanos del uso de drogas y del trabajo sexual, la criminalización de la transmisión/exposición frente al VIH y el desafío de incorporar los derechos humanos a los fundamentos de los programas para el VIH. La controversial cuestión de la protección de patentes y del precio de las drogas, junto con una nueva iniciativa centrada en salvar las diferencias entre las partes involucradas en este tema, fueron otros asuntos prominentes de discusión.

Uso de drogas inyectables, trabajo sexual y derechos humanos

AIDS 2008 presentó trabajos importantes que documentan la magnitud y naturaleza de los abusos a los derechos humanos que enfrentan los usuarios de drogas y las/os trabajadoras/es sexuales. También se exploraron las fuentes institucionales de semejantes abusos a los derechos y se destacaron áreas clave del lobby y de la reforma de política. Suwannawong informó sobre investigaciones de campo llevadas a cabo en cinco provincias tailandesas que demuestran que a los usuarios de drogas se les ha denegado sistemáticamente el acceso al tratamiento antirretroviral y a la información sobre VIH/SIDA y que sufren usualmente del acoso policiaco.⁶⁹

Otras investigaciones presentadas por los conferencistas en las plenarias apuntaron al acoso policial regular que sufren los clientes y trabajadores de los programas de intercambio de jeringas, inclusive en contextos en los que dichos servicios son legales.⁷⁰ En la primera plenaria sobre trabajo sexual presentada por una trabajadora sexual en una Conferencia Internacional sobre el SIDA, Elena Reynaga ofreció un poderoso informe sobre los abusos a los derechos humanos que sufren las trabajadoras sexuales, incluyendo el testeo obligatorio, la denegación de servicios de salud y las intervenciones de salud coercitivas.⁷¹ Los resultados de la investigación de la acción participativa llevadas a cabo por trabajadoras/es sexuales en doce países y presentada en la conferencia por Anna-Louise Crago reforzaron la reivindicación de Reynaga. El estudio documentó el expandido abuso policiaco a las/os trabajadoras/es sexuales con un 41% de las/os participantes reportando violencia física en el último año.⁷²

Múltiples presentaciones de la conferencia llamaron la atención sobre la manera en que los abordajes del trabajo sexual y el uso de drogas basados en la salud pública y los derechos

humanos han sido desplazados por estrategias que enfatizan la criminalización y el orden público.^{73,74,75} Esto ha desencadenado prácticas policiales problemáticas como la confiscación de agujas obtenidas en los programas de intercambio de agujas, persecuciones policiales y violencia contra las/os trabajadoras/es sexuales. La policía suele tomar posesión de preservativos en mujeres como evidencia de prostitución, desalentando el uso de los mismos. Esas prácticas sitúan a los usuarios de drogas inyectables y a las/os trabajadoras/es sexuales en un lugar de riesgo elevado frente a la transmisión del VIH. La investigación indicó que una respuesta frente al trabajo sexual y al uso de drogas basada en la “ley y el orden” lleva a leyes, normativas y políticas que obstaculizan el acceso a los servicios de VIH para las/os trabajadoras/es sexuales, los usuarios de drogas inyectables y otras poblaciones marginadas en el 63% de los países que presentaron informes de progresos.⁷⁶ Este tipo de evidencia hace hincapié en la tensión en aumento en el terreno de la política entre los abordajes de la salud basados en los derechos humanos y las estrategias de leyes penales y de la policía. En respuesta a esta situación, una cantidad importante de oradores en AIDS 2008 articuló un fuerte llamado a la descriminalización del trabajo sexual y al uso de drogas y a la remoción de las restricciones legales a los servicios de reducción de daños.

Una sesión sobre las respuestas a nivel de políticas en relación a los UDI ilustró el desafío de acopiar información significativa sobre el uso de drogas inyectables y el VIH que pueda ser utilizada para afectar a las políticas públicas. El Grupo de Referencia de la ONU sobre VIH y Uso de Drogas Inyectables presentó los resultados de esfuerzos recientes para recopilar información mundial sobre uso de drogas inyectables y la prevalencia de VIH en poblaciones de UDI. El grupo de referencia pudo llevar a cabo un análisis detallado de 3,000 informes revisados por pares y junto con información de acceso menos usual, de un total inicial de 15,000.⁷⁷ El grupo de referencia concluyó que el uso de drogas inyectables está muy establecido en muchas regiones (con tasas particularmente altas de uso de drogas inyectables en Rusia, China y EEUU), y la prevalencia entre los UDI es alta y sigue creciendo: de los 11 a 21.2 millones de UDIs que hay en el mundo, entre 700,000 y 6.6 millones son VIH positivos.

La información sobre la prevalencia del VIH entre los UDI y las intervenciones basadas en la evidencia de esta población sólo ve reflejada esporádicamente en las respuestas de las políticas públicas nacionales frente al uso de drogas. Human Rights Watch informó sobre los esfuerzos para influenciar las políticas sobre drogas en la Federación Rusa. Las políticas rusas – desde la criminalización del uso de drogas hasta la prohibición de la terapia de sustitución, pasando por opciones de tratamiento peligrosamente poco efectivas – contradicen la evidencia científica y las autoridades rusas son abiertamente hostiles a cualquier disidencia en este punto.⁷⁸ La recientemente formada Red Internacional de Salas de Consumo de Drogas reportó que

a pesar de la considerable evidencia de su impacto positivo, las salas de consumo existen solamente en ocho países y, como demostró el Ministro de Salud de Canadá con su fuerte oposición a este tipo de instalaciones durante la conferencia, son sujetas a intensa oposición política.⁷⁹ Una revisión de las evaluaciones de los programas de intercambio de jeringas en las cárceles, que opera actualmente en 60 cárceles en 11 países llegó a la conclusión de que la cantidad de agujas compartidas fue drásticamente reducida y que no hubo ningún caso en el que las agujas se hayan utilizado como armas, una preocupación que cita frecuentemente el personal de los correccionales.⁸⁰

Las evaluaciones también demostraron una mejora en los resultados de la salud rebatiendo los temores de que los PNEP fueran a conducir al incremento del uso de drogas.

A pesar de esta evidencia, los gobiernos continúan resistiéndose a la expansión de la cantidad y espectro de los PNEP.⁸¹



Diputada Norteamericana Barbara Lee (California), AIDS 2008.

Las investigaciones del Área E también describieron la manera en que las políticas internacionales exacerban el contexto de derechos humanos en relación al uso de drogas y al trabajo sexual. Muchas preocupaciones se centran en la confusión y falta de dirección, producto de políticas internacionales contradictorias e inconsistentes. Mina Seshu opinó que, a pesar de que ONUSIDA reconoce formalmente a las/os trabajadoras/es sexuales como un socio clave en la formación de políticas, ignoró el aporte de las/os mismas/os en su propia Guía 2006 sobre Trabajo Sexual.

En lugar de dedicarse a acentuar la necesidad de la no criminalización del trabajo sexual y hacer hincapié en que la incidencia del VIH entre las/os trabajadoras/es sexuales está disminuyendo, el reporte se centró en la eliminación del trabajo sexual en general.⁸² También se expuso el tema de las estructuras fundantes que marginan los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, tomando entrevistas e investigaciones sobre políticas, Sippel y sus colegas informaron que las políticas anti-prostitución del PEPFAR y el compromiso ideológico con la abstinencia y la “fidelidad” han complicado los esfuerzos locales por responder a la violencia basada en el género y han dificultado el trabajo de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva para las PVVIH marginadas, incluyendo mujeres, inmigrantes y trabajadoras/es sexuales.^{83,84} La reforma de las prioridades en la financiación del PEPFAR y sus restricciones fueron identificadas como un área crítica para el lobby futuro.

Criminalización de la Transmisión del VIH

En AIDS 2008 se estableció que las leyes penales para procesar a las PVVIH que transmiten o exponen a otras personas a la infección por VIH es uno de los temas más urgentes que enfrenta el movimiento mundial del SIDA. Las presentaciones coincidían en que la criminalización del VIH es una mala política pública y enfatizaron que no existe evidencia que demuestre que la aplicación de leyes penales prevenga la transmisión del VIH y sí existe una posibilidad real de que aumenten el estigma y la discriminación. La plenaria de la jueza Edwin Cameron dio un panorama incisivo y aleccionador respecto de la tendencia en aumento a la criminalización de la transmisión del VIH, inclusive en los casos en donde la transmisión no ocurre y las múltiples maneras en que esto mina la respuesta efectiva frente al VIH.⁸⁵

Nuevas investigaciones contribuyeron a la comprensión de la cuestión de la criminalización de la transmisión del VIH de tres maneras principales. Primero, Pearshouse presentó información sobre el monitoreo de las respuestas de las leyes penales sobre la transmisión/exposición al VIH a nivel mundial y ofreció una crítica incisiva del proceso de Leyes Modelo patrocinado por USAID.⁸⁶ Arguyó que el proceso ha producido una escalada de leyes específicas para el VIH en África del Oeste, muchas de las cuales exceden las disposiciones del Modelo de Ley en sí mismo. Las leyes recientemente aprobadas incluyen restricciones problemáticas en la educación sobre el VIH dirigida a la juventud y disposiciones excesivamente abiertas para la criminalización de la transmisión y de la exposición al VIH que, en algunas instancias, se extiende hasta la transmisión de la madre al hijo. Muchas presentaciones de AIDS 2008 desafiaron los méritos del proceso de Modelo de Ley y otras iniciativas que aumentan la criminalización de las transmisión/exposición frente al VIH. Varios conferencistas arguyeron que mejor que la proliferación de leyes específicas para el VIH – de dudosa relación con la prevención del VIH –, las leyes penales sólo deberían aplicarse

Sociedad Internacional de SIDA / Montaphoto

a los casos de transmisión intencional efectiva y que la reforma de la ley debería dirigirse a los factores clave de la transmisión del VIH como la violencia contra las mujeres y la criminalización de las relaciones entre el mismo sexo.^{87,88,89,90}

En segundo lugar, se plantearon serias preguntas sobre el presunto valor que tienen para las mujeres las leyes penales contra la transmisión/exposición al VIH. En África del Este y subsahariana, mucho del ímpetu para lograr la criminalización de la transmisión del VIH ha venido de organizaciones de mujeres que trataban de protegerlas a través de leyes. Clayton y Gathumbi declararon que las leyes penales generadas recientemente no concretan esas buenas intenciones, sino que amenazan la salud y los derechos humanos de las mujeres.^{91,92} Remarcaron, por ejemplo, que los procesos penales suelen aplicarse a una mayoría desproporcionada de mujeres que suelen ser las primeras, dentro de las parejas heterosexuales, en enterarse sobre su estatus respecto del VIH en las clínicas prenatales y quienes suelen ser culpadas de “traer el VIH a casa.”⁹³ En vistas de la amenaza de violencia y malos tratos, muchas mujeres son reacias a revelar su estatus respecto del VIH. En lugar de proteger a las mujeres, los extensos requisitos respecto de la revelación del estatus en algunas normativas penales, por ejemplo en Tanzania donde existe el requisito de revelación inmediata del estatus al cónyuge o compañera/o sexual, las pone en un lugar de riesgo dentro de los procesos penales.⁹⁴

Living 2008 Cumbre de Liderazgo Positivo

Una cumbre de 300 líderes VIH positivos se organizó poco antes del comienzo de AIDS 2008. Vivir con VIH es dramáticamente diferente dependiendo de la geografía, el género, la orientación sexual, el ingreso, la educación, el acceso a la educación y a los servicios de salud y otras variables. Desde mediados de 2007 hasta julio de 2008, el momento en que la cumbre tuvo lugar, PVVIH de todo el mundo se juntaron para desarrollar declaraciones consensuales para el lobby en cuatro áreas clave:

- Acceso al Cuidado, al Tratamiento y al Apoyo
- Salud Sexual y Reproductiva para las PVVIH
- Prevención Positiva
- Criminalización de la transmisión del VIH

Se pueden encontrar las futuras estrategias para el lobby en estas cuatro áreas temáticas en el sitio Web de LIVING2008, www.living2008.org.

Finalmente, durante AIDS 2008 se desarrolló una discusión importante sobre el estado de las investigaciones sobre la criminalización de la transmisión/exposición al VIH. La mayoría

de las nuevas investigaciones que se dieron a conocer en la conferencia tuvieron el formato de sondeos de desarrollos nacionales relacionados con la criminalización o con el análisis desde la perspectiva de los derechos humanos, de los textos legales y de los juicios. Para continuar con los argumentos en contra de la criminalización del VIH, todavía se necesitan investigaciones que exploren los reclamos que afirman que dichas leyes: (1) aumentan el estigma relacionado con el VIH; (2) impiden que las personas se realicen la prueba de la infección por el VIH; y (3) promueven una falsa sensación de seguridad entre aquellos que no están infectados.^{95,96,97,98,99} Los progresos hechos en la dirección de estas preguntas serán anticipados en AIDS 2010.

Más Allá de la Retórica

La iniciativa Ntwenge

En 2006, Ntwenge, una ONG en Zimbabue, comenzó con un proceso de investigación participativa y lobby para identificar los factores que limitan a las mujeres y a las jóvenes para hacer realidad sus derechos de propiedad y herencia. Subsecuentemente, se entrenó a las mujeres y a las jóvenes como educadoras para que dieran talleres legales comunitarios y monitoreasen el cumplimiento de los derechos de propiedad y de herencia. Alrededor 385 casos se han manejado desde entonces, cuyo resultado fue que 600 viudas y sus familias, recuperaran su herencia.

El adoptar un marco de trabajo basado en la salud y en los derechos humanos para responder a la pandemia de VIH tiene que ver, más que con abrazar retóricamente los principios de los derechos humanos, con volverlos operativos en la entrega y en la evaluación de los servicios del VIH.¹⁰⁰ Las investigaciones presentadas en AIDS 2008 demostraron que se han cosechado resultados diferentes. Por un lado, la investigación presentada en la conferencia identificó un rango de programas basados en los derechos que está en uso en la actualidad. Por ejemplo, Patel describió un intento ambicioso de intervenir en los procedimientos legales usando un marco de trabajo de litigación de impacto en África.¹⁰¹ El Strategic Litigation Fund, establecido en 2007, opera en todo África del Sur exceptuando Sudáfrica y busca fortalecer los derechos humanos otorgando a los abogados asistencia monetaria y técnica y movilizándolo a las comunidades por cuestiones relacionadas con los derechos humanos. Hasta ahora, el Fund ha intervenido exitosamente en casos que enfrentaban cuestiones como la desigualdad en los derechos de propiedad de la mujer y la discriminación contra las personas que viven con VIH en el ejército.

Markham Ntwenge, una ONG en Zimbabue que se ocupa de programas relacionados con los derechos de la salud y económicos de las mujeres, niñas y huérfanas es otro ejemplo interesante (ver recuadro sobre la Iniciativa Ntwenge).¹⁰² Mary Robinson identificó la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres – particularmente el impacto devastador de las violaciones y otras formas de acoso que sufren las mujeres que viven en escenarios conflictivos – como una cuestión de seguridad humana con profundas implicaciones en el acceso de las mujeres a los sistemas de salud y de VIH.¹⁰³

Mientras que existen ejemplos prometedores de programas tangibles, la investigación presentada en AIDS 2008 demostró que la puesta en marcha de programas para el VIH basados en los derechos, continúa estando poco desarrollada. La conferencia hizo grandes progresos, preliminares, en esa dirección, en dos frentes. Para comenzar, Bogecho y sus colegas plantearon una discusión sobre el significado de los abordajes basados en los derechos humanos en la práctica, a través del desarrollo de un marco de trabajo para una puesta en operación a nivel nacional que incluya cuestiones relacionadas con la manera en que los principios clave de los derechos humanos se han integrado en el diseño, la entrega y la evaluación de programas.¹⁰⁴ En segundo lugar, Ferguson y sus colegas discutieron sobre la manera de definir indicadores adecuados para el uso en la evaluación formal de los abordajes basados en los derechos.¹⁰⁵ Su investigación puso el énfasis en la utilidad de recurrir al National Composite Policy Index que está disponible e incluye indicadores que capturan la información clave sobre derechos humanos básicos como la no-discriminación, la participación y la responsabilidad.



Marcha contra la homofobia.

Martin Flynn

Acceso, Costos de las Drogas & Patentes

Una cantidad de estudios y presentaciones examinaron el complejo asunto del costo de las medicinas farmacéuticas, ya que afectan el acceso al tratamiento. Los presentadores describieron una variedad de abordajes que han reducido significativamente el precio de los tratamientos en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Muchos desafíos y debates continúan en este terreno altamente discutido, especialmente en vistas de la necesidad en aumento de terapias de segunda línea, la demanda de fórmulas de drogas simplificadas o fijas, de fórmulas pediátricas y de terapias dirigidas a la TBC. Una sesión sobre “Acceso Universal, Crisis Universal y Precios Universales” presentó abordajes específicos y los desafíos del acceso y las cuestiones relacionadas con las patentes. Un informe brasileño describió la experiencia nacional de financiación del acceso universal a los ARV a través de la aplicación de presiones estratégicas a la industria – negociando los precios de marca más bajos en algunas instancias e importando o produciendo genéricos en otras. El informe destacó que la necesidad en aumento y el costo de las segundas líneas de terapia resultan un problema para los recursos del país.¹⁰⁶ Un informe canadiense ilustró las limitaciones del “Régimen Canadiense de Acceso a Medicinas”, una legislación pensada para proveer de productos genéricos para la exportación a los países de bajo ingreso. Algunos elementos de la legislación y sus normativas – como por ejemplo el requisito de una revisión del artículo genérico importado hecha por el Directorio Canadiense de Productos Terapéuticos después de que el fabricante y el país que haya hecho el pedido ya se hayan puesto de acuerdo sobre el precio y la cantidad – producen barreras significativas para lograr estos objetivos, hasta el punto que hasta ahora solo una droga ha sido aprobada para su exportación.¹⁰⁷

Médicos Sin Fronteras (MSF) describió los éxitos, fracasos y frustraciones del abordaje “de la lucha mano a mano” – batallas estratégicas con cada droga y cada combinación en cada uno de los países. MSF y otras ONG están proponiendo un modelo llamado “fondo común de patentes” en las que las compañías farmacéuticas deberían, a cambio de las regalías negociadas, permitir el acceso a sus fórmulas patentadas a los proveedores públicos y a los fabricantes de genéricos para proveer de drogas a más bajo costo a los países de bajo ingreso. De acuerdo con MSF el concepto gira en torno al recibir respuestas positivas de algunos donantes, gobiernos y compañías farmacéuticas para que se apoye más y más esta iniciativa.¹⁰⁸

Iniciativas para el VIH/SIDA en el Mundo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud

AIDS 2008 estableció firmemente la intersección entre los programas específicos para VIH a nivel mundial y la

provisión y reforma amplia del cuidado de la salud como una cuestión fundamental para el movimiento mundial del VIH/SIDA. La atención prestada a estas cuestiones durante la conferencia fue posterior a la publicación de artículos que denunciaban que las iniciativas mundiales específicas al VIH reciben demasiados recursos comparados con otros asuntos de la salud; que están poco integradas con los sistemas generales de salud; que la relación costo beneficio resulta poco efectiva; y que la financiación vertical dedicada al SIDA deforma las prioridades mundiales de salud.^{109,110,111} Una cantidad de oradores desafió la lógica que subyace en este debate, arguyendo que la expansión y sustentabilidad del acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH sólo se lograrán a través de inversiones sustanciales en el refuerzo del cuidado primario integral y en los sistemas de salud generales.^{112,113,114} Esta posición fue apoyada y elaborada de tres maneras importantes. Primero, la naturaleza polarizada y polémica de este debate fue re encuadrada. En segundo lugar, se presentaron importantes investigaciones sobre los efectos de la financiación específica para el VIH a nivel de los sistemas de salud mundiales. Finalmente, los oradores identificaron direcciones clave para la investigación y las respuestas programáticas futuras ante este tema (ver recuadro sobre Evaluación de los Sistemas de Salud por su Respuesta frente al VIH).

Evaluación de los Sistemas de Salud por su Respuesta frente al VIH

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó una nueva iniciativa que apunta a la evaluación de la respuesta frente a la epidemia del VIH de los sistemas nacionales de salud. La metodología se está aplicando por primera vez en la República Dominicana, donde identificaron logros, vacíos en la cobertura, necesidad de financiación y oportunidades perdidas, así como su costo. La metodología de evaluación está basada en un análisis desde la perspectiva de las funciones del sistema de salud y genera recomendaciones para la administración y las políticas públicas dirigidas al uso más efectivo de los recursos y al apoyo para lograr los objetivos de acceso universal. La publicación de la Evaluación del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana en su Respuesta frente al VIH reporta los resultados de la primera evaluación emprendida por participantes de diferentes niveles del sistema de salud, así como por agencias de cooperación y representantes de la sociedad civil.

Reencuadre del Debate sobre los Sistemas de Salud

En AIDS 2008 muchos conferencistas desafiaron la falsa dicotomía entre los programas de VIH y los servicios de salud mundial. Tedros Ghebreyesus, Julio Frenk y otros, desafiaron este esquema en su nivel más básico, destacando que los servicios de VIH son en sí mismos servicios de salud y que no existen de forma independiente del sistema de salud general.^{115,116} Frenk expuso las raíces de esta dicotomía hasta la distinción entre un sistema de salud con prioridades explícitas, denominado abordaje vertical, y un abordaje horizontal que “fortalece el sistema de salud en general, sin prioridades.” Advirtió sobre este último que los abordajes horizontales suelen ser más beneficiosos para los miembros más acaudalados de la sociedad.

Múltiples oradores, arguyeron que encuadrar el debate como servicios específicos de VIH versus el sistema general de salud es antiguo y extremadamente simplista.^{117,118,119} En cambio, se recomendó una estrategia diagonal en la que algunas mejoras específicas en servicios priorizados generan efectos indirectos positivos en otras áreas de entrega de servicios de salud. De acuerdo con Frenk, “el pensamiento diagonal” convierte el debate de una diada simplificada en una pregunta sobre qué mezcla específica de servicios priorizados es la más apropiada, y qué nivel de integración se necesita entre ellos para formar un sistema de salud unificado y adecuado para un contexto determinado.

Gregg Gonsalves, en un esfuerzo por reencuadrar el debate centrado en las denuncias sobre el daño que han producido a la salud global – al evitar el desarrollo de un vigoroso sistema de salud primario en los países en vías de desarrollo – las iniciativas de financiación específica para el VIH y el exitoso lobby de los activistas del SIDA; realizó una crítica de peso a dicho argumento. Gonsalves explicó que mientras el VIH/SIDA ha expuesto las debilidades de los sistemas de salud, esas debilidades anteceden a la aparición del VIH/SIDA como un problema de salud mundial.¹²⁰ En vez de culpar a los activistas del SIDA, una discusión históricamente más precisa debería centrar su atención en las políticas de ajuste estructural de las instituciones de financiación internacional, que agotaron los recursos de los sistemas de salud pública y de asistencia social en los países en vías de desarrollo. Gonsalves y otros oradores, notaron que la repuesta frente al VIH, de hecho, ha revitalizado la salud pública mundial ayudando a focalizar la atención en el problema de los servicios de salud subfinanciados en los países de ingreso bajo y promoviendo fuertes exigencias de la sociedad civil para lograr un mayor compromiso para mejorar los sistemas de salud en general.^{121,122}

El impacto de las Iniciativas Específicas para VIH

Los conferencistas en AIDS 2008 también instaron a considerar más matizadamente el impacto de los programas específicos para VIH en los sistemas de salud generales. Muchas de las discusiones se centraron en demostrar cómo los servicios “verticales” de VIH tienen efectos generalizadores (Cuadro 14). Por ejemplo, Michel Kazatchkine, el Director Ejecutivo del Fondo Mundial, explicó que la financiación específica para el VIH tiene un impacto significativo en la carga de la enfermedad, un efecto importante que libera a los hospitales de la presión de tener que cuidar a pacientes VIH positivos “permitiendo que los hospitales vuelvan a ser hospitales.”¹²³ Otros destacaron que los fondos específicos para VIH ayudan a entrenar y a apoyar a los trabajadores de la salud, a construir infraestructura para proporcionar cuidados primarios, a desarrollar sistemas de procuramiento y distribución de una amplia variedad de medicamentos, y a robustecer el monitoreo y la evaluación del cuidado de la salud.¹²⁴



Cuadro 14. Fuente: Dybul, M. *Human capacity development in the US President Emergency Plan for AIDS Relief (MOSAT1605)*

Al mismo tiempo, se reconoció que las iniciativas específicas para VIH pueden complicar la integración de los sistemas de salud. En algunos países, la financiación específica al VIH ha tensionado las relaciones entre el gobierno y las ONG y no ha integrado suficientemente los sistemas de salud, con las estrategias de reducción de la pobreza y otros esfuerzos para construir capacidades a nivel de los recursos y desarrollar infraestructura.^{125,126,127} Un estudio de 6 países africanos documentó una explosión de nuevas organizaciones que responden al VIH, la mayoría de ellas con poca infraestructura y proyectos de corto plazo que poco proveen en términos de un programa sustentable.¹²⁸ Un estudio de financiación de la Global Health Initiative (GHI) en Uganda, encontró virtualmente ningún tipo de coordinación o alineamiento entre aquellos que financiaban y los mecanismos de coordinación del país¹²⁹ y una revisión separada de los programas de la GHI en Malawi y en

Zimbabwe destacó que estos nuevos recursos tuvieron sólo un pequeño impacto positivo en la escasez de trabajadores de la salud.¹³⁰ Otro informe mostró que un pequeño país, Kyrgyzstan, tenía fondos de no menos de 17 cuerpos de financiación internacionales diferentes con diferente aplicación y mecanismos de reporte.¹³¹ En otro estudio sobre la proliferación de líneas de financiación independiente, Mphu Ramatlapeng y Ghebeysus notaron que los distintos procedimientos relacionados con las finanzas, los informes y la evaluación que poseen los donantes, crean problemas de armonización a nivel nacional.^{132,133} Haciendo hincapié en esta crítica, los autores destacaron la importancia de implementar rápidamente las recomendaciones de la Declaración de París para la Efectividad en el SIDA.

Avance hacia una Agenda Compartida

AIDS 2008 sentó las bases para avanzar con un abordaje revitalizado de la relación entre las iniciativas específicas de VIH y otros servicios de salud. A nivel programático se prestó considerable atención a las medidas con el potencial de ampliar el acceso a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH, y que a la vez fortalezcan la capacidad del cuidado primario de la salud. El apuntar a la extendida escasez de recursos humanos relacionados con la salud en los países de bajo ingreso también fue un tema prominente. Una cantidad de presentaciones enfatizaron la necesidad de ampliar el apoyo de los donantes para el entrenamiento y la compensación de los trabajadores de la salud, así también como la respuesta a la actual fuga de profesionales del cuidado de la salud debido al exceso de trabajo, la inmigración y el corrimiento del sector público de la salud a las ONG, organizaciones basadas en la fe y el sector privado.^{134,135,136} Otros presentadores discurren sobre el impacto positivo de la provisión de tratamiento para los trabajadores de la salud VIH, positivos para mantenerlos entre las filas de trabajadores.¹³⁷ La descentralización del testeo y el cuidado, en un esfuerzo por traer a las primeras líneas el cuidado primario, fue un tema por el cual abogaron varios presentadores.¹³⁸

Dos reseñas sistemáticas de la literatura presentadas en AIDS 2008 mostraron resultados mixtos sobre los efectos en los sistemas de salud de las iniciativas mundiales sobre VIH/SIDA. Atun explicó que una reseña reciente de Cochrane proporcionó evidencia limitada tanto a favor como en contra de los efectos generales sobre los sistemas de salud, mientras que una revisión de la evidencia en 7 países presentada por Rao mostró efectos positivos en los sistemas de salud, gracias a las iniciativas de toma de decisiones de la sociedad civil y a la descentralización nacional.^{139,140} Ambas revisiones sugirieron que la necesidad de investigación empírica adicional otorgará una base de evidencia para responder a la pregunta sobre cómo promulgar mejor la integración de las prioridades específicas a una enfermedad en ciertos



Sociedad Internacional de SIDA / Mondaphoto

Manifestación por la Acción Universal, AIDS 2008.

contextos. Kim describió un programa de investigación emergente que busca hacer exactamente eso.¹⁴¹ Incluye una sociedad multi-institucional que se centrará en nuevas formas de pericia, incluyendo investigación en sistemas de ingeniería y operación, datos cualitativos y cuantitativos, creación de teorías y metodologías innovadoras de evaluación para explorar comparativamente cómo se utilizan las iniciativas de inversión en salud global. El objetivo es identificar los principios específicos al contexto y aquellos independientes del contexto que están detrás de la integración exitosa, que podrían ayudar a guiar la toma de decisiones futuras en los ámbitos de los sistemas de salud.

Notas finales

- ¹ Moving from Promises to Actions: Building Global and National Commitment for Evidence-Based Approaches to Addressing Stigma and Discrimination. Sesión especial (WESS03), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008
- ² Mahajan, A et al. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22 (suppl 2):S67-S79.
- ³ ONUSIDA. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Ginebra, 2008.
- ⁴ Cameron, E. Connecting the dots between human rights and stigma reduction. Sesión basada en resúmenes (WESS0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵ Li, L et al. HIV stigma reduction intervention in health care in China. Sesión basada en resúmenes (MOAX0605), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶ Pecheny, M., Manzelli, H. Complex vulnerability: findings on stigma, social exclusion and criminalisation of a national survey on adults living with HIV in Argentina (Septiembre-Noviembre 2006). Exposición de poster (THPE0790), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷ Samuels, F et al. Empowering sex workers and men who have sex with men: the role of social capital in preventing the spread of HIV in Andhra Pradesh. Exposición de poster (WEPE0395), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸ Gupta, AK. Impact of public positive speaking in reducing

- stigma & discrimination. Exposición de poster (WEPE0398), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹ Nyblade, L. Promoting evidence-based stigma reduction programming. Sesión especial (WESS0303), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰ Harawa, N et al. Power and prejudice: the perceptions of people who provide services to non gay-identifying African American men who have sex with men. Sesión basada en resúmenes (MOAX0604), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹ Pérez Vázquez, H et al. Political advocacy by key populations to reduce stigma and discrimination in México. Sesión basada en resúmenes (MOAE0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹² Nelson, V. Educating, employing and empowering women living with HIV. Exposición de poster (THPE0791), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹³ Asar-Brown, S. The effect of gender on HIV-related stigma and discrimination: cases from Turkey. Exposición de poster (TUPE0713), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁴ Jimenez, J et al. A new concise self-administrated instrument to measure felt-stigma in Spanish speaking people living with HIV. Exposición de poster (THPE0734), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁵ Dyalchand, A et al. An HIV stigma scale is validated and measures decreased HIV-related stigma among men in a community-based HIV prevention services programme in rural Maharashtra, India. Exposición de poster (WEPE0349), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁶ Yuvaraj, A. Measuring stigma: the stigma index. Sesión especial (WESS0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁷ Stackpool-Moore, L et al. The people living with HIV stigma index – a research initiative by and for positive people. Exposición de poster (THPE0745), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁸ Kippax, S. (2006). A public health dilemma: a testing question. *AIDS Care*, 18:230–235.
 - ¹⁹ Weiser, S et al. (2006). Routine HIV testing in Botswana: A population based study on attitudes, practices, and human rights concerns. *PLoS Med*, 3:e261.
 - ²⁰ Abadia-Barrero, C, Castro, A. Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social Science & Medicine* (2006); 62:1219–1228.
 - ²¹ Cameron, E. Connecting the dots between human rights and stigma reduction. Sesión basada en resúmenes (WESS0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²² Welbourn, A. Introduction to Rhetoric or Reality: Disclosure in Treatment and Testing. Sesión basada en resúmenes (WEAD0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²³ Krumbach, U, Sarker, M, Neuhaus, F. To disclose or not to disclose – the interaction between disclosure of HIV status, adherence and treatment outcome: a literature review. Sesión basada en resúmenes (WEAD0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²⁴ Holzemer, W et al. The impact of ARV medication use on perceived HIV stigma in persons living with HIV infection in five African Countries. Exposición de poster (THPE0761), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²⁵ Genberg, B et al. Knowledge of antiretroviral therapy (ART) and HIV/AIDS-related stigma and discrimination in Sub-Saharan Africa and Thailand. Exposición de poster (THPE0750), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²⁶ Li, L et al. HIV stigma reduction intervention in health care in China. Sesión basada en resúmenes (MOAX0605), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²⁷ Nyblade, L. Promoting evidence-based stigma reduction programming. Sesión especial (WESS0303), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ²⁸ Ogden, J. Understanding and addressing structural factors in HIV prevention. Special session (TUSS0204), XVII International AIDS Conference 2008.
 - ²⁹ O'Malley, J. The history and challenge of HIV prevention. Sesión especial (TUSS0201), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁰ Male Circumcision: Addressing Implementation Challenges and Demonstrating Impact. Sesión basada en resúmenes (TUAC03), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³¹ Belouqui, J. Positive prevention framework. Simposio (TUSY0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³² Kelly, R et al. HIV, IDU, and policing: a structural intervention addressing risks in Dhaka, Bangladesh. Exposición de poster (WEPE0357), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³³ Globberman, J et al. Learning from the South: microfinancing for HIV positive women in Ontario, Canada. Exposición de poster (MOPE0760), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁴ Mascarenhas, M et al. Creating effective structures for community led targeted interventions in HIV prevention. Exposición de poster (WEPE0373), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁵ Rethinking Structure: Prevention in Challenging Settings. Sesión basada en resúmenes (MOAD01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁶ Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*, Polity Press: Cambridge.
 - ³⁷ Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*, Polity Press: Cambridge.
 - ³⁸ Ogden, J. Understanding and addressing structural factors in HIV prevention. Sesión especial (TUSS0204), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁹ Reaching Diverse Populations of Men who Have Sex with Men in Lower and Middle Income Countries. Sesión basada en resúmenes (TUAD03), XVII Conferencia Internacional

- sobre el SIDA 2008.
- ⁴⁰ Male and transgender sex workers: identities and vulnerabilities. Sesión basada en resúmenes (MOAD03), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴¹ Saavedra, J. et al. Sex between men, Jonathan Mann Memorial Lecture. Presentación plenaria (TUPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴² Beyrer, C. Personal communication with Carey Johnson, Regional Chair, IGLHRC.
 - ⁴³ Arayawongchai, S. HIV interventions for MSM in the Greater Mekong Sub-region (GMS). The Invisible Men: Gay Men and Other MSM in the Global AIDS Epidemic. 31 de julio – 1 de agosto de 2008.
 - ⁴⁴ Khan, S. Initiating, scaling-up and neutralising national government resistance to HIV programming for MSM-Making lessons learned in Asia available to other parts of the world. The Invisible Men: Gay Men and Other MSM in the Global AIDS Epidemic. 31 de julio – 1 de agosto de 2008.
 - ⁴⁵ Geiss, M. et al. HIV prevention with men who have sex with men (MSM) in Togo, West Africa: an ethnographic study. Sesión basada en resúmenes (MOAC0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁶ Gibbie, T. et al. High risk sexual behaviour in men who have sex with men: the development of a sexual risk behaviour screening tool. Sesión basada en resúmenes (MOAC0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁷ Smith, E. et al. Using a mobile van to provide voluntary counseling and testing (VCT) to high-risk and closeted MSM. Sesión basada en resúmenes (MOAC0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁸ De Wit, J. et al. Reducing non-premeditated risk-taking in MSM: a new intervention protocol to increase vigilance and control tested for efficacy in a prospective RTC. Sesión basada en resúmenes (MOAC0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁹ Hunter, A. Introduction to the topic: Male and transgender sex workers: identities and vulnerabilities. Sesión basada en resúmenes (MOAD0301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁰ Nemoto, T et al. HIV risk behaviors among transgender (Kathoey) sex workers in Bangkok, Thailand. Sesión basada en resúmenes (MOAD0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵¹ Konda, K et al. Male sex workers among men who have sex with men in Lima, Peru. Sesión basada en resúmenes (MOAD0304), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵² Riascos Sanchez, V et al. ID cards that reflect gender identity can play role in reducing vulnerability of transgender sex workers. Sesión basada en resúmenes (MOAD0305), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵³ Thornton, R. Sex is a social relation, not a behaviour: implications for HIV/AIDS research, prevention and treatment. Exposición de poster (WEPE0728), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁴ Gruskin, S. et al. Social science perspectives are key to making HIV trials work for women and adolescent girls. Exposición de poster (WEPE1056), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁵ Vulnerability and Poverty: How They Drive the Epidemic. Sesión basada en resúmenes (TUAD04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁶ Global Health Initiatives: The Impact of Vertical Funding on Health Systems and Community Priorities. Sesión basada en resúmenes (TUAX02), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁷ To Transmit or Not to Transmit: Is that Really the Question? Criminalization of HIV Transmission. Sesión basada en resúmenes (WEAE01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁸ Confronting the “evidence” in evidence-based HIV prevention. Sesión satélite (TUSAT13), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁹ Diaz, R. Beyond RCTs as the standard of evidence. Sesión satélite (TUSAT1301), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶⁰ Katz, I. Scaling up: contribution of Global Fund-sponsored programs to international ARV treatment targets. 2008-2012. Sesión basada en resúmenes (MOAE0202), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶¹ Baker, B et al. Addressing gaps in financing for HIV and human resources for health. Exposición de poster (THPE0961), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶² Nitschke, A. Results of a comprehensive costing of Namibia’s national HIV/AIDS response. Exposición de poster (MOPE0635), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶³ ONUSIDA. *Criminalization of HIV transmission. Policy brief*. Ginebra, ONUSIDA, 2008.
 - ⁶⁴ Open Society Institute Law and Health Initiative. *10 reasons why criminalization of HIV exposure or transmission is bad public policy*. New York, Open Society Institute, 2008.
 - ⁶⁵ Open Society Institute Law and Health Initiative. *10 reasons why human rights should occupy the center of the global AIDS struggle*. New York, Open Society Institute, 2008.
 - ⁶⁶ Kishore, M. Discrimination at the workplace: winning the battles but losing the war? Sesión basada en resúmenes (WEAE0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶⁷ Timberlake, S. On the lack of a public health rationale for restricting entry of PLWHA. Sesión especial (TUSS0408), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶⁸ Markham, B. Women’s property rights as a response to HIV and AIDS – lessons from community interventions in Binga, Zimbabwe. Sesión basada en resúmenes (WEAX0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶⁹ Schleifer, R et al., Deadly denial: barriers to HIV/AIDS treatment for people who use drugs in Thailand. Sesión

- basada en resúmenes (TUAE0203), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁰ Kamarulzaman, A. Substance use and harm reduction. Sesión plenaria (TUPL0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷¹ Reynaga, E. Sex work. Sesión plenaria (WEPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷² Crago, A et al. Sex workers' experience of police raids and violence in Central and Eastern Europe and Central Asia (CEE/CA): implications for HIV transmission. Sesión basada en resúmenes (THAE0304), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷³ Pearshouse, R et al. Rape, sexual assault, domestic violence and HIV: promoting women's rights through legislation. Sesión basada en resúmenes (THAE0306), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁴ Csete, J et al. Dependent on rights: assessing treatment of drug dependence from a human rights perspective. Discusión de poster (WEPDE105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁵ Fredy, F. The role of the drug user network in Indonesia as a catalyst of HIV/AIDS policy improvement. Exposición de poster (MOPE0611), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁶ UNGASS country progress reports, 2008 cited by Gruskin, S. and Ferguson, L. Human rights in the response to HIV: where are human rights and why does it matter? Discusión de poster (MOPDE102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁷ Mathers, B. et al. Improving global estimates of injecting drug use and HIV among people who inject drugs. Sesión basada en resúmenes (TUAX0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁸ Lohman, D. et al. The role of Russia's drug dependence treatment system in fighting HIV. Sesión basada en resúmenes (TUAX0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷⁹ Navarro, J. et al. First international network on drug consumption rooms (INDCR). Sesión basada en resúmenes (TUAX0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁰ Navarro, J. et al. First international network on drug consumption rooms (INDCR). Sesión basada en resúmenes (TUAX0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸¹ Chu, S. et al. A public health and human rights imperative: the case for prison needle and syringe programs. Sesión basada en resúmenes (TUAX0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸² Seshu, M et al. The ONUSIDA guidance note on sex work and HIV. Sesión basada en resúmenes (MOAE0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸³ Sippel, S, Gay, J. Impact of US funding on HIV/AIDS and sexual and reproductive health and rights in the Dominican Republic. Sesión basada en resúmenes (TUAX0204), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁴ Taylor, J, Sippel, S. Envisioning a new PEPFAR: effective HIV prevention for women and girls. Discusión de poster (WEPDC102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁵ Cameron, E. Criminal Statutes and Criminal Prosecutions in the Epidemic: Help or Hindrance? Plenaria (FRPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁶ Pearshouse, R et al. Legislation contagion: the spread of problematic new HIV laws in Africa. Sesión basada en resúmenes (WEAE0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁷ Misquith, L. Caught for transmission: legal and public health issues. Exposición de poster (WEPE0962), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁸ Hows, J et al. Sex, lies, and prosecutions: criminalization of HIV in Europe and Central Asia. Sesión basada en resúmenes (WEAE0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸⁹ Kennedy, M. Criminal law and public health responses to cases of knowing and reckless HIV transmission: complementary or competing policy approaches. Sesión basada en resúmenes (WEAE0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹⁰ Cameron, E. Criminal Statutes and Criminal Prosecutions in the Epidemic: Help or Hindrance? Plenaria (FRPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹¹ Clayton, M et al. Criminalizing HIV transmission: is this what women really need? Sesión basada en resúmenes (WEAE0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹² Gathumbi, A. Why is criminalization of HIV transmission bad public policy? Human rights networking zone session. XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹³ Gathumbi, A. Op. Cit.
- ⁹⁴ Clayton, M. Where is criminalization occurring, what does it involve and why? Simposio (WESY0902), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹⁵ Galletly, C, Pinkerton, S. Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS and Behavior*, 2006, 10:451-461.
- ⁹⁶ Dodds, C, Keogh, P. Criminal prosecutions for HIV transmission: people living with HIV respond. *International Journal of STD & AIDS*, 2006, 17(5): 315-318.
- ⁹⁷ Dodds, C. Homosexually active men's views on criminal prosecutions for HIV transmission are related to HIV prevention need. *AIDS Care*, 2008, 20(5):509 – 514.
- ⁹⁸ Persson, A, Newman, C. Making monsters: heterosexuality, crime and race in recent Western media coverage of HIV. *Sociology of Health & Illness*, 2008, 30(4): 632-646.
- ⁹⁹ Bernard, E. *Criminal HIV Transmission*. London, NAM, 2007.
- ¹⁰⁰ Gruskin, S, Tarantola, D. Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans.

- AIDS*, 2008, 22 (suppl 2):S123-S132.
- ¹⁰¹ Patel, P. Using impact litigation to strengthen the human rights of those most vulnerable to HIV/AIDS in Southern Africa. Discusión de poster (MOPDE104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰² Markham, B. Women's property rights as a response to HIV and AIDS – lessons from community interventions in Binga, Zimbabwe. Sesión basada en resúmenes (WEAX0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰³ Robinson, M. Gender, security and HIV. Simposio (WESY0701), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰⁴ Gruskin, S et al. Operationalising a human rights-based approach to HIV programming: translating human rights theory into practical programming tools. Exposición de poster (WEPE0932), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰⁵ Gruskin, S et al. HIV/AIDS indicators for human rights: what? why? and how? Exposición de poster (WEPE1078), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰⁶ Simão, M. Drug pricing policies and challenges: Lessons from Brazil. Simposio (THSY0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰⁷ Elliot, R. Beyond the WTO: Canada's example of implementing flexibilities in the TRIPS agreement. Was it successful? Do the flexibilities in TRIPS allow for access to essential HIV medicines? Simposio (THSY0105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰⁸ Hoen, E. Access to medicines—generic drugs, compulsory licenses and FTAs. What are the obstacles? Why have patents taken precedence over access to essential medicines? Simposio (THSY0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹⁰⁹ England, R. The dangers of disease specific programmes for developing countries. *British Medical Journal*, 2007, 335:565.
 - ¹¹⁰ England, R. The writing is no the wall for UNAIDS. *British Medical Journal*, 2008, 336:1072.
 - ¹¹¹ Garrett, L. The challenge of global health. *Foreign Affairs*, 2007;86(1):14-38.
 - ¹¹² Wibulpolprasert, S. Fast tracking the building of health systems: the example of Thailand. Satélite (MOSAT1603), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹³ Piot, P. Opening statements. Satélite (SUSAT1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹⁴ Dybul, M. Human capacity development in the US President Emergency Plan for AIDS Relief. Satélite (MOSAT1605), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹⁵ Ghebeyesus, T. Panel 2:HRH. Satélite (SUSAT1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹⁶ Frenk, J. Panel 2:HRH. Satélite (SUSAT1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹⁷ Russel, A. Civil society perspectives on positive synergies. Satélite (MOSAT16), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹⁸ Kazatchkine, M. Panel 1. Satélite (MOSAT16), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹¹⁹ Møgedal, S. Opening statements. Satélite (SUSAT1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁰ Gonsalves, G. tratamiento antirretroviral scale up. Sesión plenaria (THPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²¹ McClure, C. Opening statements. Satélite (SUSAT1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²² Gonsalves, G. Panel 1: HIV/AIDS. Satélite (SUSAT1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²³ Kazatchkine, M. Global financial architecture. Sesión especial(TUSS01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁴ Ghebeyesus, T. Perspectives of recipient countries and implementers. Sesión especial (TUSS0101), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁵ Koenders, B. Global financial architecture. Sesión especial (TUSS01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁶ Johnson, W et al. Call for an international NGO code of conduct for health systems strengthening. Exposición de poster (TUPE1043), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁷ Spicer, N. The effects of global health initiatives in concentrated epidemics: emerging findings from the Global HIV/AIDS Initiative Network. Sesión basada en resúmenes (TUAX0205), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁸ Kelly, K. et al. The effects of changing aid architecture on civil society responses to HIV/AIDS. Sesión basada en resúmenes (TUAX0202), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹²⁹ Cruz, V. et al. Are global health initiatives for HIV/AIDS in Uganda by-passing the government's policies and systems? Sesión basada en resúmenes (TUAX0203), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹³⁰ Mwapasa, V. et al. HIV/AIDS workload and staff motivation in Zambia and Malawi: comparative effects of global HIV/ AIDS initiatives (GHIs) Sesión basada en resúmenes (TUAX0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹³¹ Spicer, M. The effects of global health initiatives in concentrated epidemics: emerging findings from the Global HIV/AIDS Initiatives Network, Sesión basada en resúmenes (TUAX0205), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹³² Ramatlapeng, M. Perspectives of recipient countries and implementers. Global Financial Architecture. Sesión especial (TUSS0109), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹³³ Adhanom Ghebeyesus, T. Global Financial Architecture. Sesión especial(TUSS0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ¹³⁴ Kruse, G et al. Healthcare workers in Lusaka district, Zambia: utilization of HIV services and burnout. Exposición de poster (MOPE0786), XVII Conferencia Internacional

sobre el SIDA 2008.

- ¹³⁵ Kasozi, M. Challenges of human resources and capacity building in HIV/AIDS programming: a case study of the AIDS support organization. Discusión de poster (WEPDB105), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁶ Sufula, K. Retention of trained health workers in the districts. Exposición de poster (TUPE0971), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁷ Clinton, W. HIV/AIDS and health system reform: Achieving universal coverage. Sesión especial (MOSS04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁸ Gonsalves, G. tratamiento antirretroviral scale up. Sesión plenaria (THPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³⁹ Atun, R. Panel 2. Satélite (MOSAT16), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁴⁰ Hotchkiss, D et al. The system-wide effects of global HIV/AIDS initiatives: a review of the evidence. Exposición de poster (THPE0947), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁴¹ Kim, J. HIV and TB programmes as an entry point to strengthen primary health care in Haiti. Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Satélite (MOSAT1601), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.

FOCO REGIONAL

En esta sección se resumen presentaciones, discusiones y debates centrales en torno a las principales políticas y programas implementados en la respuesta frente al VIH en seis regiones geográficas:

- África Subsahariana
- Asia y el Pacífico
- Europa Oriental y Asia Central
- América Latina
- El Caribe
- Medio Oriente y África del Norte

Esta sección se basa principalmente en las presentaciones y discusiones de los Programas de Liderazgo y Comunitario de AIDS 2008, especialmente en las seis sesiones regionales organizadas por la Sociedad Internacional de SIDA. También se basa en las actividades programáticas relevantes de la Aldea Global y otras actividades del programa de la conferencia. Cada una de las subsecciones regionales es presentada con un recuadro con datos epidemiológicos del año 2007 extraídos del Reporte Global sobre la Epidemia de SIDA de 2008.

África Subsahariana

El África Subsahariana continúa siendo la región más afectada por la epidemia, con el 67% del total de PVVIH y cerca del 75% de las muertes por SIDA de 2007. Casi el

90% de los niños con VIH en el mundo residen en el África Subsahariana y el VIH es la causa subyacente de casi un tercio de las muertes infantiles en los países más afectados por la enfermedad.¹

Sudáfrica tiene la mayor epidemia del mundo, con alrededor de 5,7 millones de PVVIH. Aproximadamente 500.000 personas contraen la infección cada año y 1.000 personas mueren por día por enfermedades relacionadas al SIDA. El riesgo de contraer la infección es considerablemente mayor en las mujeres sudafricanas que en los hombres.²

África Subsahariana

- Personas viviendo con VIH: 22 millones
- Muertes relacionadas con el SIDA (2007): 1,5 millones
- Nuevas infecciones (2007): 1,9 millones
- Poblaciones vulnerables: mujeres y niñas, niños, jóvenes

Lecciones Aprendidas

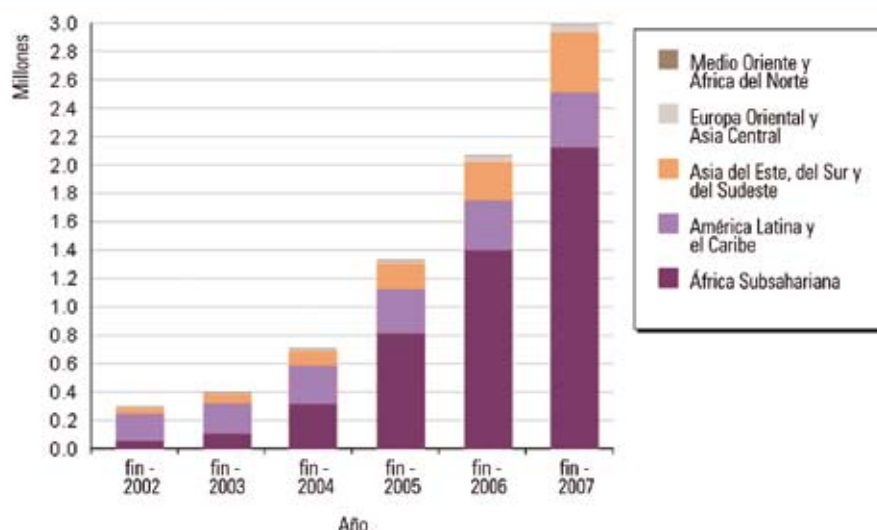
La sesión regional del África Subsahariana reconoció los importantes avances logrados en cuanto a las respuestas nacionales frente a la problemática del SIDA en los últimos años, incluidos los considerables aumentos en la cobertura de



Parteras tradicionales, Egipto.

UNAIDS/G. Pirozzi

Cantidad de personas recibiendo drogas antirretrovirales en países de ingreso medio y bajo, 2002-2007



Fuente: Datos obtenidos de ONUSIDA & OMS, 2008.

2008 Report on the global AIDS epidemic

la ART.³ Se ha observado una caída de la prevalencia del VIH en varios países, en particular en África occidental, donde la epidemia es de menor escala. En su panorama general de la respuesta regional, el camerunés Lazare Kaptue elogió los logros de países como Botsuana, Kenia, Malawi, Namibia y Zambia, en los cuales el compromiso político, la coordinación multisectorial y la participación activa de la sociedad civil han tenido éxito, a pesar de contar con recursos limitados.⁴ Sin embargo, la prevalencia del VIH estable o en declive puede deberse, al menos parcialmente, a una paridad aproximada entre las muertes por SIDA y los nuevos contagios, suscitando interrogantes acerca del nivel de eficacia de las intervenciones de prevención. Los países que están en guerra civil y/o pasando por severas crisis económicas y políticas han producido datos que sugieren que el VIH está en retroceso, cuando es posible que esté sucediendo lo opuesto. En este sentido, los conferencistas remarcaron que los recientes éxitos en la prevención en Zimbabwe citados por ONUSIDA deben ser interpretados cuidadosamente, ya que la emigración y la dispersión de personas VIH positivas pueden ocultar las tasas reales de prevalencia de VIH. Un estudio de reciente aparición sobre el impacto de los conflictos — específicamente los disturbios civiles postelectorales en Kenia — reveló un considerable impacto negativo sobre la adherencia a las terapias antirretrovirales y otras consecuencias vinculadas a la salud.⁵

En Tanzania, el Presidente y la Primera Dama lanzaron una campaña nacional de testeo y asesoramiento sobre VIH en

julio de 2007, haciéndose ellos mismos el test voluntario. En abril de 2008, el número de personas que se hicieron el test de VIH fue aproximadamente 10 veces mayor al promedio anual. La reciente Encuesta de Demografía y Salud de Namibia dio cuenta de una de las mayores tasas de testeo de VIH de la región.⁶

En Camerún, donde el programa nacional de terapia antirretroviral ha sido implementado de forma progresivamente descentralizada, un estudio concluyó que los servicios de VIH brindados a nivel distrital eran tan efectivos como los servicios centrales y provinciales.⁷ Un estudio en Suazilandia halló que la terapia antirretroviral implementada en el nivel comunitario reduce el número de ausentismo a las citas médicas.⁸

En 2005, el gobierno de Botsuana contrató a una empresa privada para tercerizar la terapia antirretroviral al sector privado de la salud, aliviando la congestión de las instalaciones públicas. En mayo de 2007, se habían inscripto casi 6.000 pacientes para la terapia antirretroviral y las listas de espera del sector público se habían reducido dramáticamente.⁹ En el mismo año, más del 90% de las mujeres VIH positivas embarazadas recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión a sus hijos.¹⁰

Otros oradores alertaron sobre la complacencia en las respuestas al VIH/SIDA en esta región. Elizabeth Mataka, enviada especial de las Naciones Unidas para el SIDA en África, reclamó una toma de conciencia sobre los riesgos

de tener múltiples parejas simultáneas y advirtió acerca del resurgimiento de prácticas sexuales riesgosas en países como Uganda, donde la epidemia había comenzado a estabilizarse.¹¹ El informe del Onceavo Encuentro de la Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA – Society for Women against AIDS in Africa) de Soulymane Mboup observó que, si bien ha habido mejoras significativas en cuanto a la introducción de las cuestiones de género en políticas y planes regulares, su implementación deja mucho que desear. La promoción de los derechos sexuales, reproductivos y humanos de las mujeres infectadas y afectadas por VIH/SIDA y la lucha contra la violencia contra las mujeres, serán una parte integral de un tratamiento efectivo de las cuestiones de igualdad de género y, en última instancia, de la respuesta global a la problemática del SIDA en esta región.¹²

Desafíos y Oportunidades

Los programas de VIH en el África Subsahariana siguen enfrentándose a una crítica escasez de trabajadores de la salud y de infraestructura para el cuidado de la salud. Los oradores de Uganda y Malawi – países que han logrado un progreso considerable en la expansión de su respuesta frente al VIH en los últimos años – han explicado cómo la “segunda ola” de expansión no será sostenible sin la construcción de capacidad en recursos humanos, otorgamiento de mejores condiciones de trabajo y otros incentivos destinados a la retención del personal.¹³ También hicieron hincapié en la necesidad de fortalecer la infraestructura de todos los niveles del sistema de provisión de servicios de salud, de llegar a áreas rurales, a poblaciones de difícil acceso y de integrar los servicios relacionados al VIH en el marco del sistema de salud público. Este es un tema que, como advirtió Bience Gawanse, se complica por los enormes desafíos planteados por la doble epidemia de tuberculosis y VIH.

Los representantes enfatizaron que el respeto y el reconocimiento de los derechos humanos, sin distinción de género, orientación sexual y etnicidad, deben ser centrales a la respuesta en la región. Mataka y otros conferencistas han argumentado que los programas de VIH en el África Subsahariana han desatendido enormemente las necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres, frenados por la negación y la homofobia. Lo mismo sucede con las necesidades de los UDI. Si bien los líderes políticos presentes en la conferencia expresaron su apoyo al tratamiento de las necesidades de estos grupos, habrá que esperar a las próximas conferencias para poder juzgar si la retórica se traduce en las reformas legales y de políticas tan necesarias. A la fecha, las acciones de los gobiernos nacionales – desde las declaraciones homofóbicas del Presidente de Gambia hasta el arresto de tres militantes gay ugandeses en el Encuentro de Implementadores del VIH/SIDA en junio de 2008 – parecen ser un reflejo más fiel de la posición de muchos hacedores de políticas de la región.^{14,15}

La importancia de la información estratégica sólida también fue planteada en varias sesiones, como base del diseño y de mejora de programas y como indicador de transparencia y responsabilidad al rendir cuentas. Las estimaciones del tamaño de la población con alto riesgo de infección son limitadas y en muchos de los informes de los países faltó información acerca de la cobertura de servicios dentro de estos grupos. Los oradores destacaron que las organizaciones a nivel comunitario pueden jugar un rol más relevante en el monitoreo de avances y en la responsabilización de los gobiernos en las conferencias venideras, pero para lograr este objetivo necesitan tener acceso a más apoyo técnico y capacidad para realizar informes paralelos a los informes gubernamentales oficiales.

El mensaje es que si bien se han logrado avances importantes y sustanciales en cuanto a la ampliación de las intervenciones prioritarias en cuanto al VIH en el África subsahariana, ese progreso es frágil y se requiere de más atención y recursos para el tratamiento de problemas de capacidad del sistema de salud y las necesidades de las poblaciones vulnerables y de alto riesgo.

Asia y el Pacífico

La epidemia de VIH en Asia y el Pacífico es una de las más diversas en el mundo, con tendencias epidemiológicas que varían mucho según los países y las subregiones. Las epidemias en Camboya, Tailandia y Myanmar muestran un prevalencia del VIH en declive, mientras que en Vietnam, Indonesia y Papúa Nueva Guinea se registra un crecimiento. También han aumentado las nuevas infecciones en países muy poblados como China y Bangladesh.

Asia y el Pacífico

- Personas viviendo con VIH: 5 millones en Asia, 74.000 en el Pacífico
- Muertes relacionadas con el SIDA (2007): 380.000 en Asia, 1.000 en el Pacífico
- Nuevas infecciones (2007): 380.000 en Asia, 13.000 en el Pacífico
- Poblaciones en mayor riesgo: trabajadoras/es sexuales, UDI, HSH

Lecciones Aprendidas

Países como Tailandia, Camboya y algunos estados indios han demostrado respuestas al VIH efectivas y focalizadas, especialmente las campañas que alientan el uso de preservativos en el 100% de las situaciones de trabajo sexual. En Tamil Nadu, India, un programa dirigido a las/os trabajadoras/es

sexuales introducido en 1995 mediante un acuerdo tripartito entre el gobierno, organizaciones comunitarias y agencias de financiamiento, ha dado como resultado un importante incremento en el uso de preservativos entre trabajadoras sexuales y camioneros.¹⁶

En Malasia, el gobierno autorizó la introducción de programas de reducción de daños en 2005 y, en 2008, más de 22.000 usuarios de drogas recibieron terapia de sustitución de opioides, se distribuyeron más de un millón de agujas y se introdujo un programa de metadona en las prisiones.¹⁷ En China, Vietnam e Indonesia, la respuesta ha ganado ritmo recientemente y ha mostrado un éxito moderado. Los programas de reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables se están expandiendo gradualmente en la región, sin embargo, los hombres que tienen sexo con hombres han sido, en gran medida, pasados por alto.

Wipas Wimonsate de Tailandia informó acerca del rápido incremento de las tasas de incidencia del VIH entre HSH en una cohorte de Bangkok. Se reclutaron 1.000 HSH VIH negativos y se les realizaron exámenes de VIH cada cuatro meses. A la fecha, el estudio ha estimado la incidencia anual de VIH del grupo en 5.1%.¹⁹

La Iniciativa Avahan

Avahan ha apoyado programas de prevención para casi 280.000 individuos de alto riesgo – incluidos las trabajadoras sexuales, sus clientes masculinos y los usuarios de drogas inyectables – en 605 pueblos de seis estados de la India.

El éxito de Avahan se basa en un modelo de ampliación orientado a los negocios. Comenzando con un cálculo detallado del “tamaño de mercado” de la población de los grupos de alto riesgo, Avahan identificó locaciones clave con una alta concentración de comportamientos de alto riesgo, desarrolló un programa mínimo común y trabajó con un amplio espectro de socios implementadores para llevar a cabo las intervenciones. Se reclutaron voluntarios de la comunidad para elaborar un mapa social de redes de grupos de alto riesgo, con el objetivo de involucrarlos directamente en la provisión de servicios. Por ejemplo, en cada distrito, un/a trabajador/a sexual administra las necesidades de servicios de 35 a 50 de sus colegas y registra los resultados semanalmente. Avahan también usa un sistema de monitoreo del programa para medir el progreso y mejorar sus servicios.

En Bangladesh, se ha integrado la información acerca de la prevención del VIH a los planes de estudio de las escuelas, tomando en cuenta el contexto cultural y religioso local.²⁰ Papúa Nueva Guinea está frente a una epidemia del VIH generalizada, que se está expandiendo rápidamente en un contexto de una débil infraestructura de salud, insuficiente compromiso político y altas tasas de violencia contra la mujer. Si bien la respuesta nacional recientemente ha demostrado algunos logros, la defensa efectiva se ve restringida por los desafíos que plantea la movilización de la sociedad civil, incluidas las PVVIH y la heterogeneidad geográfica y lingüística del país.

La iniciativa Avahan fue lanzada en la India por la Fundación Bill & Melinda Gates en 2003, con el objetivo de incrementar el acceso a la prevención del VIH en los seis estados con las mayores tasas de prevalencia de VIH de la India. Por medio de su trabajo con el gobierno a nivel nacional, local y distrital y con las principales ONG, Avahan provee fondos y apoyo técnico para distribuir preservativos, proveer análisis y tratamiento para infecciones de transmisión sexual y para expandir el acercamiento entre los pares dentro de comunidades de grupos de alto riesgo. En el recuadro sobre la Iniciativa Avahan se da información más detallada sobre el proyecto.²¹

Desafíos y Oportunidades

Una Comisión independiente del SIDA en Asia presentó sus recomendaciones en una sesión satélite de AIDS 2008.²² Las recomendaciones de la Comisión enfatizan la importancia de centrarse en la poblaciones de alto riesgo e insta a los líderes políticos a que inviertan en intervenciones basadas en evidencias y a que adquieran un conocimiento completo sobre la dinámica de la epidemia en sus países. Los oradores de la sesión regional de Asia y el Pacífico se mostraron de acuerdo con estas recomendaciones.²³

En varias sesiones también se resaltó un número de casos en los que las actividades de mantenimiento de la ley que penalizan el uso de drogas, el trabajo sexual y la homosexualidad siguen obstruyendo la provisión de servicios relacionados al VIH. Por ejemplo, en Tailandia y Myanmar, los usuarios de drogas enfrentan penas de prisión e incluso la muerte en manos de agentes del orden público.²⁴ En Camboya y China, los trabajadores sexuales sufren violencia y violaciones de derechos humanos.²⁵ El sexo entre hombres sigue siendo ilegal en la mayor parte de Asia, por lo que es mantenido en la clandestinidad. Están emergiendo algunos ejemplos de progreso: por ejemplo, durante la conferencia, el Ministro de Salud de la India expresó su apoyo a una reforma del Código Penal Indio, que criminaliza la homosexualidad.²⁶ De todas formas, es evidente que se requiere de un mayor compromiso de los líderes políticos para asegurar el acceso igualitario a los servicios relacionados al VIH para estos grupos.

Otras prioridades en la región incluyen la expansión de la provisión de tratamiento y cuidado, incluido el acceso a drogas de segunda línea asequibles, el mantenimiento de la adhesión al tratamiento, el fortalecimiento de los vínculos con programas de tuberculosis y VHC, y la integración de los servicios relacionados al VIH con los servicios de maternidad y salud reproductiva. La expansión del testeo y del asesoramiento de VIH es clave, acompañada de la necesidad de mantener un equilibrio entre la protección de los derechos de confidencialidad del individuo por un lado, y la facilitación del acceso a los servicios por el otro. También se mencionaron los programas de mitigación del impacto, en especial para mujeres y niños.



Pedro Cahn, AIDS 2008

Los conferencistas también plantearon la necesidad de obtener datos confiables sobre las poblaciones afectadas por el VIH y su acceso a servicios relacionados. Se necesita invertir más, no sólo en la generación de datos para la evaluación y mejora de los programas, sino también en la construcción de capacidades para analizar y utilizar datos de distintas fuentes. El extenso trabajo emprendido por la Comisión del SIDA en Asia para revisar las pruebas existentes y hacer recomendaciones, servirá de base a la expansión de la respuesta a la epidemia en la región y para evaluar los avances en conferencias venideras.

Europa del Este y Asia Central

En esta región, en particular en la Federación Rusa y en Ucrania, encontramos una de las epidemias de VIH de más rápido crecimiento, concentrada primordialmente entre los UDI, con una considerable superposición entre el uso de drogas inyectables y el trabajo sexual. Mientras que la atención política y los recursos destinados al VIH se incrementan, la respuesta desde las políticas y los programas – incluidos los esfuerzos gubernamentales por involucrar a la sociedad civil en la toma de decisiones – carecen de coordinación y consistencia.

Europa del Este y Asia Central

- Personas viviendo con VIH: 1,5 millón
- Muertes relacionadas con el SIDA (2007): 58.000
- Nuevas infecciones (2007): 110.000
- Poblaciones en mayor riesgo: UDI, trabajadoras/es sexuales, HSH

Lecciones Aprendidas

Según el Informe de Progreso Nacional Ruso de 2008, los recursos nacionales destinados a la respuesta del VIH en la Federación Rusa en el año 2007 fueron 57 veces mayores que los del año 2005 (hasta 10.700 millones de rublos o U\$S 444,8 millones en total).²⁷ En Uzbekistán, los “puntos de confianza” de UDI, que ofrecen programas de agujas y jeringuillas y terapia de sustitución, están siendo lentamente ampliados.²⁸ En Moldavia, las intervenciones de reducción de daños ya se están aplicando en las cárceles.²⁹

Ucrania tiene la mayor prevalencia de VIH de la región, con índices muy elevados de infección entre UDI. El gobierno ucraniano ha demostrado un fuerte compromiso político para tratar la epidemia y lentamente se incrementa el acceso a terapias de sustitución y antirretrovirales para los usuarios de drogas inyectables. El primer proyecto piloto de terapia de sustitución fue introducido en Ucrania en 2004 y, en 2007, ya contaba con 11 locaciones. Se está ultimando un plan operacional nacional para incrementar la terapia de sustitución de opioides en Ucrania entre 2007 y 2011.³⁰

Asimismo, la cantidad de personas recibiendo tratamiento antirretroviral en Ucrania pasó de 137 en 2004 a casi 8.000 en 2007, luego de que la administración de una subvención del Fondo Mundial fuera transferida del Ministerio de Salud a la ONG Alianza Internacional sobre VIH/SIDA, a causa de los problemas en el manejo de los fondos por parte del receptor gubernamental. La Alianza, en colaboración estrecha con el Ministerio de Salud, el Centro de SIDA Ucraniano y la Red Ucraniana de Personas viviendo con VIH/SIDA, ha demostrado cómo un enfoque multidisciplinario con responsabilidades compartidas logra ampliar la provisión de servicios a nivel nacional.

Desafíos y Oportunidades

No se podrá alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento y el cuidado del VIH en Europa del Este y Asia Central a menos que se lleven a cabo cambios de políticas y legislativos que despenalicen la homosexualidad y el trabajo sexual, y a menos que se incrementen los servicios

de prevención y tratamiento basados en evidencias para UDI (incluyendo la puesta a disposición de la buprenorfina y la metadona para las terapias de sustitución de opioides). El acceso total a estos servicios para UDI continúa siendo inaceptablemente escaso.

Aunque el acceso a los servicios de prevención y tratamiento para UDI se encuentra en expansión, muchos proyectos se encuentran en la fase piloto. El acceso sistemático a los programas de agujas y jeringas continúa siendo limitado y algunos países, incluida la Federación Rusa, aún no proveen terapias de sustitución de opioides. Durante la Conferencia, el Director Ejecutivo del Fondo Mundial, Michel Kazatchkine, instó a la comunidad internacional a dialogar con la Federación Rusa acerca de la efectividad de las intervenciones de reducción de daños, incluidas las terapias de sustitución de opioides.³¹



Michel Kazatchkine, AIDS 2008.

Los datos de la epidemia entre HSH son muy limitados, aunque las pruebas indican que ésta podría ser considerablemente mayor a las estimaciones oficiales. El sistema ucraniano de vigilancia de VIH, por ejemplo, sólo informó 159 transmisiones de VIH por sexo entre hombres desde que comenzó su actividad, a pesar de que se estima que hay 40.000 HSH viviendo con VIH en el país.³² La región ha progresado mucho en la prevención de la transmisión perinatal, alcanzando una cobertura del 71% en 2007. El acceso a la terapia antirretroviral también se ha incrementado, aunque la cobertura era sólo del 17% en 2007 y los precios de las drogas siguen siendo elevados. La coinfección con tuberculosis y hepatitis B y C es altamente prevalente en la región.³³

Los conferencistas abogaron por mayor vigilancia y monitoreo del VIH, incluyendo la desagregación de los indicadores de servicio por sexo y grupo vulnerable, y el monitoreo de los resultados de los tratamientos y la resistencia a las drogas. Los participantes también advirtieron que mientras las epidemias en la región fueron categorizadas como concentradas, un gran número de

personas resultó infectado. Este dato centró la atención en la probabilidad de que se esté subestimando el peso de la enfermedad, en especial entre los HSH, trabajadoras/es sexuales y prisioneros.

Los conferencistas también instaron a la integración de la prevención y el cuidado del VIH con las medidas tendientes a fortalecer los sistemas generales de salud y a garantizar la calidad de los servicios en estos países. Los representantes de la sociedad civil reclamaron una mayor cooperación entre las organizaciones de la sociedad civil y las agencias gubernamentales en los procesos de toma de decisiones y de diseño de políticas. Por otra parte, la participación significativa de la sociedad civil – en particular de las PVVIH – sigue siendo menor. Las cuestiones de esta región se han visto complicadas en algunos países por un rápido crecimiento económico y una menor dependencia del Fondo Mundial y otros donantes externos, lo que podría poner en peligro la continuidad de las subvenciones y los programas existentes.³⁴

América Latina

Cómo anfitrión de AIDS 2008, la respuesta latinoamericana frente al VIH estuvo en el centro de las discusiones y debates de la conferencia. El co-presidente local de AIDS 2008, Luis Soto-Ramírez, remarcó que “la conferencia ha tenido un gran impacto en México y el resto de América Latina. Las personas ahora hablan abiertamente del VIH y del SIDA. No sólo ayudará a los hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales y usuarios de drogas, sino también a migrantes y comunidades indígenas en México.”³⁵ Se continúa registrando una cantidad significativa de nuevos infectados entre HSH, trabajadoras/es sexuales y, en menor medida, UDI. Se estima que, sólo en México, hay 200.000 personas viviendo con VIH.

América Latina

- Personas viviendo con VIH: 1,7 millones
- Muertes relacionadas con el SIDA (2007): 63.000
- Nuevas infecciones (2007): 140.000
- Poblaciones en mayor riesgo: HSH; trabajadoras/es sexuales

Lecciones Aprendidas

AIDS 2008 proporcionó una plataforma oportuna para poner las cuestiones latinoamericanas en primer plano y reclamar acción. Justo antes del comienzo de la conferencia, se llevó a cabo la 1ª Marcha Internacional contra el Estigma, la

Discriminación y la Homofobia en México DF y los ministros de Educación y Salud de América Latina y el Caribe firmaron una declaración en la cual se comprometieron a implementar programas de educación y salud sexual entre los jóvenes.³⁶ En la conferencia, Jorge Saavedra, director de CENSIDA – programa nacional mexicano de VIH – presentó una plenaria orientada al sexo entre hombres.³⁷ La fundadora de la Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina realizó una presentación plenaria centrada en cuestiones relacionadas con el trabajo sexual, la inequidad de género, la violencia sexual y los derechos laborales.³⁸ Panamá, el único país latinoamericano que sigue penalizando la homosexualidad, anunció durante la conferencia la existencia de una orden legislativa para revocar la ley.



Trabajadoras sexuales, Guatemala

La conferencia destacó algunos éxitos en la región. Brasil, ampliamente reconocido por su exitoso programa de ART, también ha avanzado en dirección a la protección de los derechos de las/os trabajadoras/es sexuales. El trabajo sexual no es un crimen en Brasil y el Gobierno promueve la educación en la prevención del VIH entre las/os trabajadoras/es sexuales. También incentiva su autoestima, como lo hace en una llamativa campaña de comunicación bajo el slogan, “sin vergüenza, muchacha, eres una profesional”.³⁹ RedTraSex, la Red de Trabajadoras Sexuales de América Latina y el Caribe, apoya a las organizaciones miembro de la región para que lleven a cabo un acercamiento desde los pares y promuevan los derechos

de las/os trabajadoras/es sexuales. En Ecuador, las trabajadoras sexuales obtuvieron recientemente el derecho de portar la misma credencial de salud que los demás, garantizándoles el mismo acceso que el resto de las mujeres a los servicios de la salud esenciales que.⁴⁰ En Lima, Perú, un proyecto de investigación está usando nuevos enfoques que buscan acercarse a HSH y mujeres para promover la prevención y el cuidado del VIH.⁴¹

La respuesta Mexicana

La epidemia mexicana está concentrada entre los HSH y las/os trabajadoras/es sexuales y está creciendo entre los UDI. En respuesta a esto, el Gobierno y las organizaciones gubernamentales han emprendido varios esfuerzos de prevención entre las/os trabajadoras/es sexuales, gays y otros HSH. México DF ha ido más allá en el tema de la discriminación contra los gays/HSH al legalizar el casamiento entre gays – fue una de las primeras jurisdicciones en hacerlo en la región – y al implementar una campaña de conciencia sobre el VIH, que coincidió en el tiempo con AIDS 2008. La sociedad civil mexicana ha colaborado activamente en el tratamiento de estas cuestiones y el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, Marcelo Ebrard, habló específicamente en contra de la discriminación y la homofobia en su discurso de clausura.

La terapia antirretroviral, provista de forma gratuita y pública desde 2003, cubría alrededor del 57% de la demanda mexicana a fines de 2007.⁴² Durante la conferencia el Presidente mexicano, Felipe Calderón, anunció la eliminación de las barreras para la fabricación y venta de antirretrovirales de compañías farmacéuticas extranjeras en suelo mexicano.⁴³ Los programas de agujas y jeringas se han expandido, como el de Tijuana en la frontera México-Estados Unidos.⁴⁴ El Gobierno mexicano también aceptó proveer metadona a los participantes de la conferencia que usan drogas, a pesar de que la metadona es ilegal en México.

Bajo el liderazgo de Jorge Saavedra, el primer funcionario gubernamental de alto rango abiertamente gay de México, el país ha tomado una serie de pasos para combatir la homofobia y la discriminación contra HSH y mejorar su acceso a los servicios de la salud. El gasto total en programas de VIH se ha incrementado considerablemente entre 2001 y 2005, incluyendo fondos para programas destinados a HSH. En 2005, México lanzó una campaña nacional contra la homofobia con el apoyo del Gobierno y está trabajando para declarar las 51 nuevas clínicas para cuidados ambulatorios del VIH en México como “servicios libres de homofobia”.⁴⁵

Desafíos y Oportunidades

Dando un panorama de la respuesta regional, César Núñez de ONUSIDA instó a ampliar la escala de la respuesta regional con un liderazgo político sostenido, movilización de recursos

y un mayor involucramiento de la sociedad civil en el combate contra el estigma, la discriminación y la homofobia.⁴⁶

A pesar de los avances realizados en muchos países, las/os trabajadoras/es sexuales y HSH continúan enfrentándose a la negación, la exclusión y la violencia. La Red de Trabajadoras Sexuales de América Latina y el Caribe registró el asesinato de 34 trabajadoras/es sexuales en América Latina en los diez meses que precedieron a la conferencia.⁴⁷ Las epidemias ocultas entre HSH se están propagando por la homofobia y la falta de conciencia. Los oradores también instaron a una mayor atención de las necesidades de los pueblos indígenas y los trabajadores migrantes.⁴⁸

Mientras que muchos países han avanzado en el incremento del acceso al tratamiento y al cuidado para las personas viviendo con VIH, la región sigue enfrentando el desafío que plantean los limitados recursos humanos entrenados y la inadecuada infraestructura de salud, en especial en las áreas rurales. Se necesita un financiamiento sostenible, tanto de fuentes nacionales como internacionales, incluso para países que no reúnen los requisitos para las subvenciones de agencias multilaterales como el Fondo Mundial.

Muchos conferencistas también enfatizaron la necesidad de obtener mejor información estratégica de la epidemia y de la respuesta. Existen datos limitados de las dinámicas y tendencias de la epidemia entre los grupos de alto riesgo, y se sabe poco acerca de su acceso a los servicios de VIH. Alessandra Nilo remarcó que muchos países de la región no tienen planes nacionales de monitoreo y evaluación para la respuesta al VIH comunes y acordados, lo que compromete tanto la toma de decisiones como la responsabilidad a la hora de rendir cuentas.⁴⁹ Para fortalecer los programas y evaluar los resultados, también se hace necesaria una mayor capacidad de interpretación y utilización de datos, incluso entre las organizaciones de la sociedad civil.

El Caribe

El Caribe tiene la prevalencia de VIH más elevada de todas las regiones – con la excepción del África subsahariana – con aproximadamente el 75% de los caribeños con VIH residiendo en Haití (el país más pobre del hemisferio occidental) o en República Dominicana. La prevalencia total en la región es de aproximadamente 1%.⁵⁰ La pobreza, el desempleo, la iniciación sexual a temprana edad y la falta de conciencia

con respecto al VIH contribuyen a los nuevos contagios en la región, de los cuales el 50% involucran a mujeres.^{51,52}

El Caribe

- Personas viviendo con VIH: 230.000
- Muertes relacionadas con el SIDA (2007): 14.000
- Nuevas infecciones (2007): 20.000
- Poblaciones en mayor riesgo: mujeres, trabajadoras/es sexuales, HSH

Lecciones Aprendidas

En 2001, los países caribeños adoptaron el Marco Estratégico Regional del Caribe para el VIH/SIDA, un enfoque regional coordinado para tratar la epidemia de VIH. Muchos han diseñado planes nacionales estratégicos, han redactado leyes y han expandido los servicios de VIH. Los oradores han reafirmado su compromiso con la estrategia y con sus planes regionales y nacionales. Las autoridades de la salud pública también se han comprometido a eliminar la transmisión vertical del VIH y de sífilis en el Caribe para el año 2015.⁵³

El enfoque regional coordinado para tratar la epidemia de VIH en esta región incluye una serie de asociaciones, incluida la Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA, la Alianza de Medios de Difusión del Caribe, el Día del Examen de SIDA (en 2008) y las colaboraciones de ONUSIDA para promover la conciencia del

VIH durante la Copa Mundial de Cricket que se celebró en el Caribe en 2007.

Peter Figueroa también remarcó el considerable progreso alcanzado en el incremento del acceso a la terapia antirretroviral en países como Cuba, Barbados y Jamaica, así como la disminución de las tasas de transmisión perinatal.⁵⁴ Sin embargo, también resaltó la falta de datos sobre la epidemia entre las poblaciones de alto riesgo, que se debe mayormente al estigma y a la dificultad de acceder a estos grupos.

Estrategias comunitarias en Haití

La respuesta al VIH en Haití ha evolucionado con una fuerte participación comunitaria. Claude Pean de Haití presentó la experiencia del Instituto Fame Peree, una organización sin

“Tampoco será posible hacer un trabajo de prevención del VIH/SIDA efectivo si no despenalizamos el sexo entre hombres en el Caribe.”

Mario Kleinmoedig, Antillas Holandesas

finés de lucro que provee servicios de VIH a comunidades de áreas urbanas de alta densidad y bajos ingresos en Haití.⁵⁵ El Instituto provee servicios de VIH como educación, tests y asesoramiento, prevención de la transmisión perinatal, tratamiento y apoyo por medio de equipos móviles de trabajadores de la salud que se acercan a las comunidades de bajos ingresos en hogares, escuelas, iglesias y otros espacios públicos. También han realizado campañas contra el estigma y la discriminación.

Se están utilizando enfoques comunitarios para incrementar el acceso al tratamiento antirretroviral en el país. Un estudio realizado en clínicas manejadas por Partners in Health llegó a la conclusión de que el cambio de tareas bajo un enfoque del cuidado del VIH centrado en la enfermería fue un modelo de incremento efectivo en las áreas rurales de Haití, con buenos resultados para los pacientes.⁵⁶ Otro estudio concluyó que el apoyo y el seguimiento regulares por parte de trabajadores de la salud comunitarios ayudó a mejorar la permanencia en el cuidado del VIH.⁵⁷

Desafíos y Oportunidades

Muchos conferencistas enfatizaron que para lograr el acceso universal es imprescindible combatir la homofobia, la estigmatización y la discriminación en el Caribe, despenalizar el trabajo sexual y el sexo entre hombres. Sin un cambio en las actitudes públicas y la legislación relevante, los grupos de alto riesgo seguirán enfrentando barreras a la hora de acceder a los cuidados básicos de la salud. Los oradores también remarcaron la importancia de abordar las necesidades de los jóvenes y de encontrar maneras de involucrarlos en los esfuerzos de prevención y control del VIH.

Los participantes también estuvieron de acuerdo en la importancia de fortalecer la vigilancia y monitoreo del VIH en la región, especialmente en relación a los grupos de alto riesgo. También existe la necesidad de tratar cuestiones de desarrollo más amplias para reducir las vulnerabilidades y expandir el acceso a los servicios. Muchos países del Caribe se ven limitados por sus deficientes infraestructuras públicas y economías frágiles. La pobreza y el desempleo contribuyen al crecimiento del sexo transaccional, la movilidad poblacional y las inequidades de género.

Medio Oriente y África del Norte

En la Sesión Regional de Medio Oriente y África del Norte, Oussama Tawil enfatizó que no existe una única epidemia de VIH en la región, y que la respuesta ha sido formada en diferentes contextos sociopolíticos y epidemiológicos.⁵⁸ Describió la respuesta regional en tres categorías superpuestas: una respuesta “integral” en países como Djibouti, Irán, Marruecos, Somalia y Sudán; una respuesta

“adaptativa y potencialmente efectiva” en países como Jordania, Líbano, Túnez y Yemen; y respuestas “limitadas”, ya sea por restricciones políticas (como en Egipto y la Jamahiriya Árabe Libia) o por contextos de guerra o posguerra (Afganistán, Irak, Territorios Palestinos Ocupados).

Medio Oriente y África del Norte

- Personas viviendo con VIH: 380,000
- Muertes relacionadas con el SIDA (2007): 27,000
- Nuevas infecciones (2007): 40,000
- Poblaciones en mayor riesgo: trabajadoras/es sexuales, UDI, HSH

Lecciones Aprendidas

Nawel Lahouel de Argelia hizo hincapié en la importancia de involucrar a las PVVIH en la respuesta nacional y desarrollar su capacidad de participar en la planificación e implementación, incluidos los esfuerzos para luchar contra el estigma y construir vínculos con líderes religiosos.⁵⁹ Remarcó la importancia de la Declaración Argelina de Personas Viviendo con VIH de 2005, que reunió a personas viviendo con VIH de distintos países de la región, y el consiguiente establecimiento de grupos de apoyo en muchos países, incluidos la República Islámica de Irán, Marruecos, Túnez y Yemen.

El Ejemplo Marroquí

Las actividades de acercamiento entre trabajadoras/es sexuales se han realizado a través de organizaciones no gubernamentales y han incluido tanto la distribución de preservativos y el testeo de VIH, como el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. La *Association de Lutte Contre le Sida*, una ONG local, aumentó el número de sus centros de testeo y asesoramiento de 5 en 2001 a 20 en 2007, multiplicándose por diez la cantidad de clientes. Marruecos también estuvo entre los primeros países en introducir programas de reducción de daños para los UDI, incluyendo la provisión de terapias de sustitución en algunos sitios piloto. Marruecos también posee un centro de conocimientos de la Red de Reducción de Daños de África Central y del Norte, que realiza actividades de capacitación, defensa e intercambio de información en la región.

Amal Karaouaoui de Marruecos presentó su perspectiva de campo sobre la provisión de servicios de prevención del VIH a poblaciones de alto riesgo.⁶⁰ Remarcó que aunque la homosexualidad y el trabajo sexual se encuentran en una “zona prohibida” en el contexto sociopolítico y religioso de la región, algunos países estaban adoptando un enfoque comunitario para acercarse a los grupos de alto riesgo. En el Sultanato de Omán, los trabajadores comunitarios se acercan a las/os trabajadoras/es sexuales y HSH, los involucran en los esfuerzos de generación de conciencia y construyen vínculos entre estos grupos vulnerables y los servicios de la salud. En Sudán, los trabajadores se acercan y difunden información relativa a la salud entre los vendedores de té y trabajadoras/es sexuales. Karaouaoui también instó a los demás países de la región a seguir estos ejemplos, reconociendo las dificultades y promesas inherentes de este trabajo.

Otros conferencistas remarcaron los logros alcanzados en la República de Irán, donde se proveen servicios de prevención y tratamiento para UDI en 600 clínicas de adicciones en el país y más de 100.000 UDI están recibiendo terapia de sustitución, incluso en las prisiones.⁶¹

Marruecos es reconocido por su respuesta integral al VIH, con una fuerte participación de organizaciones comunitarias y el apoyo del liderazgo político.^{62,63}

Desafíos y Oportunidades

El mayor desafío para la ampliación de la respuesta frente al VIH en África del Norte y Medio Oriente continúa siendo el estigma y la marginación a los que se enfrentan los grupos de alto riesgo. El acceso a la información para la salud entre los grupos de alto riesgo es muy limitado, así como lo es su acceso a servicios de la salud, sociales y judiciales. Para que el acercamiento sea efectivo se debe facilitar el acceso de estos grupos al testeo, tratamiento y cuidado del VIH, además de disipar los estigmas y tabúes. Muchos conferencistas también instaron a expandir el diálogo con líderes políticos y religiosos y a construir la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para un acercamiento más efectivo a estos grupos.

Los participantes también remarcaron la importancia de mejorar la vigilancia y el monitoreo en la región. Poco se sabe acerca de la naturaleza y el alcance de la epidemia entre los grupos de alto riesgo, tanto por los inadecuados sistemas de vigilancia como por el estigma asociado a estos grupos. Las organizaciones comunitarias, que juegan un papel fundamental en el acercamiento a poblaciones marginadas de la región, también pueden tener un rol significativo monitoreando el acceso de estos grupos a los servicios y a los resultados en cuanto a la salud. Para lograr este objetivo

se deberá invertir más en la construcción de capacidades y equiparlos con los conocimientos y recursos necesarios.

Conclusiones

La conferencia planteó una serie de cuestiones relativas a las políticas e incidencia que deben ser tratadas para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento y el cuidado del VIH. Aunque algunas cuestiones pertenecen específicamente a un contexto epidemiológico y sociopolítico de un país o una región en particular, se llegó a un consenso acerca de algunos temas globales que deben ser tratados en la ampliación de las respuestas nacionales al VIH:

1. Promover los derechos humanos universales

La necesidad de tratar el tema de los derechos humanos básicos para mujeres y niñas, gays y otros HSH, UDI y trabajadoras/es sexuales en el planeamiento de las políticas del SIDA a nivel nacional se repitió en varias de las presentaciones nacionales y regionales de AIDS 2008. Los gobiernos nacionales deben reconocer las necesidades de los grupos más afectados por el VIH y expandir su acceso a los servicios de la salud. También, y principalmente, eliminar las barreras legales y políticas que impiden la despenalización del trabajo sexual y la homosexualidad; tomar medidas concretas para tratar las causas fundamentales de la desigualdad de género; y adoptar la implementación de estrategias de reducción de daños para los UDI, incluidos los programas de agujas y jeringas y las terapias de sustitución de opioides. Los gobiernos también deben colaborar más estrechamente con grupos de la sociedad civil – especialmente aquellos que representan a las personas que viven con VIH – en el desarrollo, la implementación y el monitoreo de los programas. El mantra de los principios del activismo del SIDA, “nada sobre nosotros sin nosotros”, fue un tema recurrente durante la conferencia.

2. Asegurar la sustentabilidad de la respuesta al VIH y fortalecer los sistemas de salud

Muchos de los países con recursos limitados enfatizaron la necesidad de aumentar la capacidad de recursos humanos y de proveer capacitación e incentivos para trabajadores de la salud, con el fin de ampliar la respuesta al VIH. Las estrategias como el cambio de tareas, que está teniendo resultados positivos, deben ser implementadas poniendo la debida atención en que se asegure la calidad del servicio y se protejan los derechos de los pacientes. Una ampliación sostenida de los programas de VIH también requiere una infraestructura de salud adecuada, que incluya sistemas para la obtención y el suministro de drogas, laboratorios, y la provisión de servicios en áreas rurales y otras poblaciones de difícil acceso. Las presentaciones a lo largo

de la conferencia hicieron eco de la necesidad de construir sinergias entre los programas de prevención y tratamiento del VIH y un fortalecimiento más amplio de los sistemas de la salud. Los representantes también pidieron la eliminación de los topes impuestos por el Fondo Monetario Internacional a los gastos en salud y, al mismo tiempo, instaron a los países a aumentar sus gastos nacionales en salud. Una respuesta sostenida frente al VIH también dependerá de un apoyo financiero continuado por parte de la comunidad internacional, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

3. Invertir en información estratégica de la salud y mejorar la responsabilidad a la hora de rendir cuentas

Hubo un claro consenso en torno a la necesidad de obtener datos más sólidos para comprender el peso y las tendencias de la epidemia, para informar el desarrollo de programas y para medir los resultados. La falta de datos sobre las

poblaciones de alto riesgo, especialmente los HSH, fue evidente en todas las sesiones nacionales. Las necesidades de salud de estos grupos seguirán siendo descuidadas a menos que los países se comprometan a saber el tamaño de las poblaciones en riesgo, monitoreando las tendencias de la enfermedad y rastreando su acceso a los servicios. En muchas sesiones también se hizo evidente que los datos deben ser interpretados con precaución. Por ejemplo, en varias presentaciones de países, los datos sobre la cobertura de los servicios de tratamiento fue medida sólo sobre la cantidad de personas que ya conocen su estatus de VIH y están registrados en los servicios públicos, ignorando a muchos que aún no han sido diagnosticados. La comunidad internacional debe jugar su papel para asegurar que los países recolecten e informen datos precisos y completos. Las organizaciones de la sociedad civil están cada día más dispuestas a construir su propia capacidad para monitorear avances y responsabilizar a gobiernos y agencias internacionales.



Día Mundial del SIDA, Ucrania

UNAIDS/L.Taylor

Notas Finales

- ¹ ONUSIDA/OMS. Report on the global AIDS epidemic 2008. Ginebra, Julio 2008.
- ² UNAIDS/WHO. Op. Cit.
- ³ Sesión Regional del África Subsahariana, Simposio (MOSY04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴ Kaptue, L. Status of the response in the region – regional overview. Simposio (MOSY0401), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁵ Vreman, R. The impact of the Kenya post-election conflict on medication and visit adherence for HIV-infected children in Western Kenya. Sesión basada en resúmenes (THAE0401), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁶ Shein, AM. Sesión Regional del África Subsahariana, (MOSY04). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷ Protopopescu, C et al. Health-related quality of life among ART-treated HIV-infected patients in Cameroon: the impact of HIV services decentralization. Exposición de posters (THPE0828), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁸ Humphreys, C et al. Effectiveness and safety of nurse-led primary care based antiretroviral treatment in a resource constrained setting. Sesión basada en resúmenes (WEAB0206), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁹ Puvimanasinghe, JPA et al., Evaluation of the outsourcing of tratamiento antirretroviral services to the private sector in Botsuana. Exposición de posters (MOPE0996), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁰ Gaolathe, T et al. Mother-to-child HIV transmission rate in Botswana – analysis of dried blood spot (DBS) results from the national PMTCT programme. Sesión basada en resúmenes (THAC0402). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
- ¹¹ Mataka, E. Regional session on sub-Saharan Africa. Simposio (MOSY04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹² Mboup, S. Key lessons from the latest regional AIDS conferences. Simposio (MOSY0402), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹³ Presentaciones de la sesión “Universal ARV Scale Up: Delivering the Second Wave” (WEBS02), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁴ President plans to kill off every living homosexual. *allAfrik.com*. Lunes, 19 de mayo de 2008. Visto el 2 de noviembre de 2008 en <http://en.afrik.com/article13630.html>.
- ¹⁵ Gay arrests in Uganda condemned. BBC News. 5 de junio de 2008. Visto el 2 de noviembre de 2008 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/7437854.stm>
- ¹⁶ Krisostomo, V. Key learnings and lessons from Asia Pacific. Simposio (MOSY1004), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁷ Kamarulzaman, A. Substance Use and Harm Reduction. Sesión plenaria (TUPL0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ¹⁸ *Advocates discuss travel restrictions around the world*, Kaiser HIV/AIDS Daily Report del 6 de agosto de 2008 Leído en: http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=53758 el 25 de agosto de 2008.
- ¹⁹ Wimonasate, W. Successful start of a preparatory HIV cohort study among HSH in Bangkok, Thailand. Sesión basada en resúmenes (MOAC01), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁰ Bosu, AK et al., Integrating sustainable HIV prevention information into Bangladesh’s national curricula – a best practice case from the South Asia region. Discusión de pósters (TUPDC202), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²¹ La Iniciativa Avahan fue presentada en varias sesiones de la conferencia, incluidas las sesiones satélite “Leading the AIDS Response in Asia: the report of the Commission on AIDS in Asia” (TUSAT16), y el Simposio “New Frontiers in HIV Prevention Science” (TUSY08).
- ²² Commission on AIDS in Asia: genuine community consultation influencing regional recommendations. Exposición de posters (MOPE0926), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²³ Sesión Regional de Asia y el Pacífico, Simposio (MOSY10), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁴ Kamarulzaman, A. Substance Use and Harm Reduction. Sesión plenaria (TUPL0102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁵ Reynaga, E. Sex Work. Sesión plenaria (WEPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁶ *The Hindustan Times* del 12 de agosto de 2008 leído en <http://www.hindustantimes.com/StoryPage/StoryPage.aspx?sectionName=&id=104e918a-9a93-4879-9893-1861d0279c56&&Headline=Gays+upbeat+over+Ramadoss'+support&strParent=strParentID> on 25 August 2008.
- ²⁷ Country Progress Report of the Russian Federation on the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS, Enero 2006-Diciembre 2007, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Federación Rusa, marzo 2008.
- ²⁸ Makhkamov, A. Trust points as an effective approach to scale up HIV prevention among injecting drug users. Sesión basada en resúmenes (CDB0334), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ²⁹ Gherman, L. Comprehensive approach to HIV prevention in Moldova prison settings. Sesión basada en resúmenes (CDC0549), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³⁰ KKlepikov, A. The progress in Ukraine. Sesión puente (WEBS0203) y Universal ARV Scale Up: Delivering the Second Wave. Sesión puente (WEBS02), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³¹ Sesión Regional de Europa del Este y Asia Central, Simposio (WESY04), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³² Kis, Z et al. HIV prevention, care and support for HSH in a post-Soviet country: fighting with old stereotypes. Simposio

- (WESY0503), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³³ WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008*. WHO, 2008. <http://www.aids2008.org/admin/images/upload/829.pdf>.
 - ³⁴ Kizub, D. Personal Communication to Ron MacInnis. 1 de noviembre de 2008.
 - ³⁵ Flynn, M. AIDS 2008: Final comments from Conference Chairs and IAS President. 8 de agosto de 2008. Leído el 4 de octubre de 2008 en <http://www.aids2008.org/admin/images/upload/829.pdf>.
 - ³⁶ Leaders pledge to promote sexual health to stop HIV in Latin America and the Caribbean, ONUSIDA, leído en http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080731_Leaders_Ministerial.asp
 - ³⁷ Saavedra, J. Sex between men. Sesión plenaria (TUPL0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁸ Reynaga, E. Sex Work. Sesión plenaria (WEPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ³⁹ Batista Simao, M. Brazilian Response to AIDS in mobilising community based response. Sesión satélite (SUSAT4402), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁰ Reynaga, E. Sex Work. Sesión plenaria (WEPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴¹ Caceres C et al. Vulnerable men who have sex with men and women in Lima: feasibility of new strategies to recruit them for prevention, care and research. Sesión basada en resúmenes (TUAD0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴² WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress Report 2008*. WHO, 2008.
 - ⁴³ Mexico to Allow Drug Companies to Make, Sell Generic Antiretrovirals in Country, President Calderón Announces, *Kaiser HIV/AIDS Daily Report* 5 de agosto de 2008, leído en http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=53722 28 de agosto de 2008.
 - ⁴⁴ Strathee, S. et al. Predictors of needle exchange programme utilization during its implementation and expansion in Tijuana, México. Sesión basada en resúmenes (THAC0204), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁵ Saavedra, J. Sex between men. Sesión plenaria (TUPL0104), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁶ Nunez, C. Status of the response in Latin America. Simposio (TUSY1002), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁷ Reynaga, E. Sex Work. Sesión plenaria (WEPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁸ Carrillo, H. "Se Fue al Gabacho": Mexico-US Migration and Vulnerability to HIV and AIDS. Sesión basada en resúmenes (TUAD02). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁴⁹ Nilo, A. Key messages from the latest Latin American AIDS conference. Simposio (TUSY1003), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁰ Slater, D. Universal access in the Caribbean: what is the reality? Sesión satélite (SUSAT3101). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
 - ⁵¹ Cenac, V. Structural Drivers of Stigma and Discrimination. Sesión satélite (SUSAT3104). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
 - ⁵² Paen, C. Lessons learned to roll back the infection rate in urban areas in Haiti: community-based responses. Simposio (THY0305), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵³ Caribbean public health authorities propose to eliminate vertical transmission of HIV and syphilis by 2015. Comunicado de prensa del 7 de agosto de 2008, Organización Panamericana de la Salud, leído en <http://www.paho.org/english/dd/pin/pr080807b.htm> on 28 August 2008.
 - ⁵⁴ Figureoa, P. The HIV epidemic and the response in the Caribbean. Simposio (THSY0302), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁵ Pean, C. Regional conference strategy planning for response (CARICOM approach). Simposio (THSY0305), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁶ Ivers, LC et al., Task-shifting in HIV care: a nurse-centered, community-based model of care in rural Haiti. Sesión basada en resúmenes (WEAX0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁷ Mukherjee, J et al. The intersection of access and adherence: improving retention in HIV programmes in resource-poor settings. Exposición de poster (MOPE0146), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁸ Tawil, O. There is no single HIV Epidemic in MENA – learning from facts to shape the AIDS response in the region. Simposio (THSY0902), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁵⁹ Lahouel, N. "Part of the Solution" – people living with HIV engaged as key actors to achieve Universal Access in MENA. Simposio (THSY0905). XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶⁰ Karaouaoui, A. Keeping the focus: HIV prevention services for those most in need – perspectives from the field. Simposio (THSY0903), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶¹ Kamarulzaman, A. Substance Use and Harm Reduction. Sesión plenaria (TUPL0103), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶² Karkauri, M et al. Scaling up HIV testing: from an NGO perspective. Exposición de poster (TUPE0967), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
 - ⁶³ Asouab, F et al. Morocco: Process and Lessons learned from implementing harm reduction policy targeting injecting drug users in low HIV prevalence setting. Discusión de pósters (WEPDE102), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.

AIDS 2008 Y LA RESPUESTA GLOBAL FRENTE AL SIDA

Seguimiento de los Progresos y Rendición de Cuentas

En un esfuerzo por fortalecer el rol de la conferencia como mecanismo para la rendición de cuentas, el Comité Coordinador de la Conferencia AIDS 2008 organizó muchas sesiones y encuentros centrados en el seguimiento del progreso de los compromisos asumidos y de las estrategias en desarrollo, para aumentar la responsabilidad entre las partes involucradas. En una sesión de revisión de progresos de los objetivos de UNGASS, muchos de los oradores le recordaron a los participantes que, si bien el proceso UNGASS ha sido esencial para los esfuerzos de expansión, está siendo obstaculizado por el hecho de que tanto los objetivos como los informes de progreso son preparados por Estados Miembro de la ONU, sobre los que las organizaciones multinacionales y la sociedad civil tienen influencia limitada.¹ Kieran Daly observó que muchos países no informan sobre los indicadores UNGASS relacionados con políticas y leyes que prohíben la discriminación o que protegen a las poblaciones clave. Esta información sobre las poblaciones que se encuentran más en riesgo suele estar ausente en los reportes.² A pesar de que 147 Estados Miembro presentaron sus informes en el último encuentro de UNGASS en 2008, solamente uno presentó información sobre los 25 indicadores y más de 40 países no presentaron sus informes nacionales de progreso.^{3,4} La intransigencia que mostraron los Estados Miembro a la hora de identificar a las poblaciones más vulnerables frente al VIH en las declaraciones de UNGASS de 2001 y de 2006 o en los reportes subsecuentes de progreso, es sólo un ejemplo de las limitaciones del proceso UNGASS. La ausencia de ese tipo de información compromete los esfuerzos dirigidos a algunos de los conductores subyacentes de la epidemia.

La Conferencia Internacional sobre SIDA ofrece un foro de la sociedad civil complementario a UNGASS, para hacer el seguimiento de los progresos en el camino al acceso universal y a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG, por sus siglas en inglés), además de robustecer la responsabilidad entre las partes involucradas. La conferencia, en tanto encuentro multidisciplinario que reúne a las comunidades científica, política y de liderazgo como socios igualitarios en la respuesta global, posee – comparada con los encuentros de UNGASS – ventajas inherentes. No obstante, el tamaño y complejidad actual del programa de la conferencia conlleva desafíos significativos para la reestructuración – ya sea total o parcial – , que permita que la misma sirva de mecanismo formal de rendición de cuentas, con un componente más sistemático de monitoreo. Si, como sugirieron algunos oradores, la conferencia está convirtiéndose en un encuentro más amplio de salud y de desarrollo, sin duda esto acarreará una complejidad adicional.

En una reunión de partes involucradas clave organizada por la IAS durante la conferencia, se apoyó con fuerza la idea de un abordaje más estratégico y estructurado para monitorear el progreso hacia los objetivos de acceso universal y los MDG. Esto tendrá particular importancia durante AIDS 2010, que coincidirá con la fecha límite para cumplir con los compromisos UNGASS. No obstante, la sugerencia de que la conferencia genere reportes sobre un grupo selecto de países usando un conjunto de indicadores – un abordaje similar a aquel propuesto por AIDS Accountability International⁵ – planteó dudas, ya que sería un proceso paralelo a UNGASS y el sistema de la ONU ya ha realizado importantes inversiones en infraestructura y construcción de capacidades para apoyar el informe a nivel nacional con el UNGASS National Composite Policy Index.

Responsabilidad de la Sociedad Civil: UNITAID

UNITAID presentó su novedoso abordaje para asegurar la responsabilidad y la transparencia para los miembros de la sociedad civil, en el marco de una sesión que giró en torno a si las estructuras de gobierno del SIDA rendían cuentas a las comunidades. Trabajando con el panel de selección del Fondo Mundial, que había establecido los criterios originales para las posiciones, así como con los activistas que fueron observadores en las reuniones de la junta; los miembros y suplentes de la misma, pertenecientes a la sociedad civil, desarrollaron un marco de trabajo para evaluaciones de desempeño, que incluía criterios cualitativos y cuantitativos. Una vez establecido el marco, se realizó una revisión de 360 grados, con los aportes de los miembros de la junta, tanto miembros como no miembros de ONGs, el personal de la secretaría y los activistas observadores.

También se le pidió a cada delegado que realice una revisión personal a través de un cuestionario que giraba en torno a la asistencia, la cantidad de veces que el delegado hizo aportes a cuestiones de la junta desde sus incumbencias, la cantidad y calidad de documentos presentados a la junta, los logros tangibles como resultado de su participación, y otros indicadores de desempeño. La primera evaluación completa de los delegados de la junta pertenecientes a la sociedad civil y sus suplentes terminó con el despido de uno de los representantes de la sociedad civil de la junta de UNITAID. El proceso está siendo revisado en la actualidad por el Fondo Mundial para su uso potencial aplicado a los puestos de la sociedad civil de su junta.

Las estrategias potenciales para formalizar el rol de la Conferencia Internacional de SIDA como un mecanismo para rendir cuentas incluyen el establecimiento de un área separada o la reestructuración del Programa de Liderazgo. La cuestión de asegurar la participación de líderes políticos en el foro es un gran desafío para los organizadores de la conferencia, ya que serán evaluados sus compromisos con las poblaciones más en riesgo, las intervenciones controversiales en prevención (como las salas de consumo de droga) o los conductores estructurales de la epidemia.⁶ Craig McClure, el Director Ejecutivo de la IAS, reconoció que los estatutos existentes que describen los roles y responsabilidades del CCC y de otras estructuras de gobierno de la Conferencia Internacional sobre el SIDA, probablemente deberán ser revisados.

Si bien existe un interés sustancial en darle a AIDS 2010 un matiz de mecanismo de rendición de cuentas más formal, la convocatoria de funcionarios gubernamentales en un foro con fuerte presencia de activistas y altas probabilidades de exponerse a críticas públicas, es un desafío para los organizadores. No todas las discusiones sobre la rendición de cuentas y la responsabilidad giraron en torno a los líderes políticos y a los hacedores de políticas. Una sesión que giró en torno a la manera en que las estructuras de gobierno rinden cuentas a las comunidades dio la posibilidad de dirigirse a la responsabilidad de la sociedad civil con sus electores. Mogha Yanni describió un proceso de evaluación de desempeño innovador creado por los representantes de la sociedad civil del directorio de UNITAID para evaluar la responsabilidad civil (ver recuadro sobre la Responsabilidad de la Sociedad Civil).^{7,8}

Fortalecimiento de las Relaciones entre las Conferencias

La plétora de conferencias regionales sobre el SIDA y otros encuentros científicos le presentan a los donantes y a los profesionales del VIH difíciles decisiones sobre si financiar y participar de estos eventos intensivos de recursos. La IAS le ha dedicado una cantidad significativa de recursos y trabajo al armado de sociedades regionales a lo largo de muchos años y está otorgando apoyo financiero, organizativo y técnico – con el apoyo de la Fundación Bill & Melinda Gates – a varias de las conferencias regionales. El propósito de este abordaje es no solamente fortalecer la transferencia de conocimiento entre estas conferencias y la Conferencia Internacional sobre el SIDA – a través de mecanismos como las sesiones regionales organizadas en AIDS 2008 – sino también impulsar la inversión de los donantes hacia el intercambio de conocimiento y el trabajo en red, mientras se toquen los temas específicos a cada región de manera adecuada.

En una reunión basada en cómo reforzar el impacto de las conferencias de SIDA regionales e internacionales en la respuesta global, muchos oradores señalaron un aumento en el escepticismo entre los medios y los delegados con más experiencia, respecto de los beneficios de estos encuentros

en relación a sus costos. También hicieron hincapié en la necesidad de diferenciar de manera más clara los méritos respectivos y las ventajas comparativas de cada uno de estos eventos.⁹ Esta situación fue subrayada por un informe posterior a la conferencia sobre la cobertura de los medios, en el que se indicó que algunos de los medios de comunicación más importantes descansan en las oficinas de noticias locales y los servicios de cables para realizar su cobertura en vez de enviar especialistas, debido en parte a los costos.¹⁰ Algunas conferencias relativamente nuevas como aquella iniciada por el PEPFFAR, el Encuentro de Implementadores del VIH/SIDA, se suman a la compleja topografía de las reuniones y conferencias sobre el VIH. Aunque el interés y la participación en la Conferencia Internacional sobre el SIDA continúan siendo altos, muchos observadores sugirieron que el calendario de las conferencias de SIDA regionales e internacionales así como también el de otros encuentros, debería ser revisado y amalgamado en la medida de lo posible.¹¹ Los desafíos de un proceso semejante en un contexto en el que hay múltiples socios organizadores, agendas que compiten e intereses financieros, son formidables. A pesar de los desafíos, la IAS declaró su apoyo a esta iniciativa y ONUSIDA aceptó utilizar su poder de convocatoria para facilitar el seguimiento de las discusiones, en un esfuerzo por avanzar hacia un abordaje más racional y con mejor relación costo beneficio de estas reuniones.

Programa Educativo y de Mentores

La IAS, the AIDS Vaccine Advocacy Coalition y las redes de PVVIH organizaron un programa educativo y de mentores para 25 defensores comunitarios que asistieron por primera vez a la conferencia. El objetivo fue proveerlos con los recursos necesarios para el desarrollo profesional y ayudarlos a involucrar a sus comunidades en la comprensión y la promoción de la investigación en prevención biomédica. Los expertos les proporcionaron información y consejos prácticos sobre incidencia y ciencias útiles para ampliar la participación comunitaria en las discusiones sobre prevención biomédica. Fue a través de un curso de entrenamiento durante un día de la pre-conferencia y en sesiones de parte diario durante la conferencia misma. Al término de AIDS 2008, los participantes se unieron en una red mundial de incidencia, que facilitará el aprendizaje continuo y la transferencia e intercambio de conocimiento entre sus comunidades locales.

Los Medios y el Mensaje

Sin duda, uno de los objetivos primarios de la Conferencia Internacional sobre el SIDA es aumentar la conciencia respecto

del VIH entre el público en general, los hacedores de políticas y otras personas que toman decisiones a través de una extensiva cobertura de prensa. AIDS 2008 atrajo a los medios de todo el mundo a la ciudad de México, con más de 2,500 periodistas presentando notas sobre cada uno de los aspectos de la conferencia y de sus eventos afiliados. Se escribieron más de 11,000 notas solamente en inglés.

Una de las funciones más importantes de la conferencia es incrementar la conciencia del VIH en las comunidades del mundo entero a través de historias que hablen de cada uno de los aspectos de la respuesta al SIDA. Si bien es difícil evaluar el impacto de esta cobertura en la respuesta mundial frente al VIH, la posibilidad de una cobertura negativa de prensa prácticamente asegura la atención de los líderes políticos para los que la cobertura mediática es una influencia esencial de la opinión pública. Dentro de esta lógica, tanto líderes políticos como líderes de negocios hicieron varios anuncios sobre cambios en políticas y normativas antes y durante AIDS 2008, entre ellos:

- El Presidente de Panamá revocó la ley que hacía del sexo entre hombres un acto criminal, este es el último país en América Latina (sin incluir el Caribe) en eliminar los actos homosexuales del código penal.
- El Presidente mexicano Felipe Calderón anunció la eliminación de la barrera normativa que obligaba a que las compañías farmacéuticas tuvieran una planta en México para poder vender sus drogas dentro del país. El bajo precio de las drogas será considerado una prioridad para su gobierno.
- El Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, Marcelo Ebrard, habló en contra de la homofobia en su discurso de la Sesión de Clausura y anunció que el gobierno local distribuirá nuevos libros de texto sobre salud que incluyan educación sexual en las escuelas públicas.
- El Ministro de Salud de la India, Anbumani Armados, instó públicamente al parlamento indio a revocar la sección 377 de su código penal, en la que se criminalizan los "actos no naturales" (incluyendo a los actos homosexuales), reforzando una declaración previa en esta dirección del Juez de la Corte Suprema, Bilal Nazki.
- China anunció que en 2009 levantará su prohibición de entrada al país para las personas que viven con VIH.
- La Coalición en VIH de Primeras Damas y de Líderes Mujeres de América Latina anunció su compromiso para eliminar la transmisión de madre a hijo y la sífilis en el 2015.
- Representantes de 30 Ministerios de Salud y de 25 Ministerios de Educación de América Latina anunciaron que darán prioridad a la educación sexual y a la prevención en las escuelas como parte de su estrategia regional sobre el VIH/SIDA.
- Merck and Company anunció que reducirá el precio del Stocrin (efavirenz) en México en un 40% de 777 pesos mensuales por paciente a 468 pesos (aproximadamente de US \$77.50 a US \$46), y el Isentress (raltegravir) en un

30% de 9.05 pesos a 6.85 pesos mensuales por paciente (aproximadamente de US \$9.03 a US \$6.83).

- La Vicepresidenta española Maria Teresa Fernández de la Vega anunció una contribución de €10.2 millones de su país a ONUSIDA, de los cuales €3 millones serán para apoyar actividades de la Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA y €1.5 millones serán para el Partenariado Internacional por los Microbicidas.
- El gobierno español anunció la inclusión del tratamiento de la lipodistrofia en la lista de servicios cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.

Más allá de los anuncios tangibles de políticas y de financiación, el análisis de la cobertura reveló una cantidad de atención sin precedentes puesta sobre el estigma y la discriminación, particularmente a partir del mensaje del Secretario General de la ONU, Ban-Ki Moon, durante la sesión de Apertura. Otros temas a los que se les otorgó considerable atención en los medios a nivel internacional fueron los desafíos que enfrentan a nivel mundial los gays y otros HSH, y el debate actual sobre si el SIDA recibe una cantidad desproporcionada de financiación en relación a otras cuestiones de salud y desarrollo. La cobertura de los medios mexicanos y latinoamericanos se centró en las barreras para la entrega de prevención, cuidado y tratamiento a los gays y otros HSH, un tema que se presentó como dominante en AIDS 2008.

Sedes de la Conferencia

Por primera vez en la historia, la IAS expandió el alcance de la conferencia a través de una serie de "sedes": salas de sesión en lugares geográficamente remotos de todo el mundo en los que las sesiones de la conferencia fueron bajadas, proyectadas y discutidas entre moderadores y participantes. Hubo una sede oficial en la provincia de KwaZuluNatal, Sudáfrica, con sedes asociadas e independientes en otros 122 lugares en 44 países. Muchas sedes también se organizaron para un evento de tres días – entre el 7 y el 9 de octubre – en asociación con la Red de Desarrollo Mundial de la Educación. En siete puntos del mundo, los participantes tuvieron la oportunidad de revisar los destacados de la conferencia y discutir cómo implementar mejor la investigación y las lecciones allí aprendidas en varias disciplinas y áreas de intervención.

La necesidad de abordar la homofobia y los desafíos que enfrentan las poblaciones gay y HSH fue subrayada en una declaración de la Comisión Episcopal de la Pastoral Social de la Iglesia Católica de México. La declaración condena el estigma y la discriminación que enfrentan las PVVIH y promete trabajar

con otros actores sociales en la respuesta, en particular con aquellos que se dirigen a las comunidades socialmente vulnerables “como las personas indígenas, mujeres, prisioneros, jóvenes y aquellos excluidos de los sistemas de educación y salud, los pobladores rurales, los migrantes y sus familias, los niños y jóvenes sin techo.”¹² Notablemente ausentes de la lista se encuentran los grupos con más alta de prevalencia de VIH México: los gays y otros HSH.

La cobertura sudafricana giró en torno a las sesiones de la conferencia dirigidas a los peligros de la criminalización del VIH, con el discurso de la plenaria del Juez Edwin Cameron, así como el prometedor potencial del cambio de tareas para mejorar la capacidad de los sistemas de salud en los países de ingreso medio y bajo.

Como parte de su actual estrategia para expandir el alcance y el impacto de la conferencia a través de Internet, la IAS trabajó con sus socios online: Clinical Care Options, que una vez más se ocupó de la cobertura científica online, y Kaisernetwork.org, que produjo más de 75 transmisiones Web, reportes diarios de noticias y otros resúmenes de noticias para un público mundial online.

Mirando hacia el 2010

AIDS 2008 se centró en algunos de los temas más urgentes del campo del VIH, acercándose a 2010, la fecha límite para lograr los objetivos de acceso universal. Entre muchos otros impactos tangibles de la conferencia, algunos de los más importantes son: el reconocimiento de la necesidad de que los hacedores de políticas hagan un movimiento para salir de los compromisos retóricos con los derechos humanos, a propósito de las poblaciones vulnerables, hacia cambios concretos en las legislaciones y políticas con impacto en los conductores ambientales y estructurales de la epidemia; nueva evidencia sobre los efectos fortalecedores de los sistemas de salud que tiene la financiación específica para el VIH, creando sinergias con otras áreas del sistema de cuidado de la salud y ayudando a deconstruir la polémica alrededor de las inversiones verticales contra las horizontales; un nuevo consenso sobre la necesidad de “prevención combinada”, que integra los abordajes biomédicos, comportamentales y basados en la comunidad ya existentes con intervenciones para atacar las desigualdades sociales y estructurales que continúan generando infecciones; nueva evidencia clínica que sugiere que la tratamiento antirretroviral debería iniciarse con anterioridad y ser usada agresivamente para poner freno a la mortalidad y a la morbilidad, y para optimizar el impacto potencial en la reducción de la transmisión; la promesa de la PPrE como una nueva herramienta potencial de prevención biomédica en el horizonte; y la nuevas investigaciones en ciencia básica que exploran las dinámicas celulares de la respuesta inflamatoria frente al VIH que podrían llevar

a nuevas aplicaciones terapéuticas y – quizás – a nuevas perspectivas en el terreno de la erradicación viral.

Sin duda, el impacto de AIDS 2008 fue más fuerte en el país huésped y en América Latina, desde los cambios anunciados en las políticas por el Presidente Calderón sobre la fabricación farmacéutica hasta el foco en las/os trabajadoras/es sexuales, los gays y otros HSH en las marchas, el activismo y el programa de la conferencia.

Los próximos dos años determinarán si los éxitos anunciados en México son sostenibles y si los desafíos identificados fueron superados. AIDS 2010 en Viena tendrá lugar en la fecha límite para lograr los objetivos de acceso universal a la prevención, el tratamiento, el cuidado y el apoyo del VIH. El mundo, estará mirando.

Notas finales

- ¹ Where are we in achieving UNGASS targets? Simposio (MOSY08), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ² Daly, K. Where are we in achieving UNGASS targets? Simposio (MOSY08), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ³ Garay, R. Are AIDS governance structures accountable to communities? Satélite (SUSAT22), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁴ Resumen del encuentro 2008 de alto nivel de revisión integral de la puesta en marcha de la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA y la Declaración Política sobre VIH/SIDA. 62 Sesión de la Asamblea General de la ONU, Agenda ítem 44. 3 Julio 2008.
- ⁵ Garay, R. Are AIDS governance structures accountable to communities? Satélite (SUSAT22), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
- ⁶ Tracking Scale-Up of Evidence-Based HIV Interventions: The Role of IAS and the International AIDS Conference. Key Stakeholder Meeting. XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA 2008.
- ⁷ Yanni, M. Are AIDS governance structures accountable to communities? Satélite (SUSAT22), XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA.
- ⁸ Elouardighi, K. Personal Interview, 3 de agosto de 2008. XVII International AIDS Conference 2008.
- ⁹ Enhancing the impact of international and regional AIDS conferences. Stakeholder meeting, 4 de agosto de 2008. XVII International AIDS Conference 2008.
- ¹⁰ Sociedad Internacional de SIDA. Cobertura de Medios de AIDS 2008. Informe no publicado. Septiembre 2008.
- ¹¹ Sociedad Internacional de SIDA. Op. Cit.
- ¹² The Episcopal Social Pastoral Commission. Putting Our Faith in Action for a Dignified Life for our Brothers and Sisters Living with HIV: Guidance for the Response of the Bishops' Social Pastoral Commission to the Challenges Presented by HIV and AIDS. Ciudad de México, 2 de agosto de 2008.

MENCIONES

Todas las personas involucradas en la organización de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA agradecen el apoyo de los donantes. Este apoyo de los gobiernos, fundaciones, compañías y agencias multilaterales que hizo que esta conferencia pudiera realizarse. Quisiéramos agradecer en particular a las siguientes instituciones que nos prestaron su apoyo:

Gobiernos que cooperaron

Gobierno de México y Ministerio de Salud de México
Gobierno de la Ciudad de México

Instituciones que cooperaron

Programa Conjunto de VIH/SIDA de las Naciones Unidas
Organización Mundial de la Salud
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

Grandes donantes de la industria

Abbott
Boehringer Ingelheim
Bristol-Myers Squibb
Gilead
Glaxo Smith Kline
Merck Sharp and Dohme
Pfizer
Tibotec
Virco

Patrocinadores comerciales de la industria

Roche

Donantes

Gobierno de España
Fundación Bill and Melinda Gates
Gobierno de Suecia
Gobierno de Holanda
Fundación Ford
Insituto de Salud Carso
Gobierno de Canadá
Gobierno de Noruega
OPEC Fund for International Development
Gobierno de Gran Bretaña
Glaxo Smith Kline Positive Action
Gobierno de Irlanda
Gobierno de Australia
Gobierno de Francia
Fundación John D and Catherine T. MacArthur
(oficina de México)

Con el apoyo de

Clinical Care Options
Farmacos Especializados S.A. de C.V.
Fundación México Vivo
Fundación Henry J. Kaiser Family
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
International Medical Press
The Lancet
Microsoft
Quo
Universidad Nacional Autónoma

También agradecemos a nuestras organizaciones internacionales asociadas por su arduo trabajo, su compromiso y contribución al éxito de esta conferencia:

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA
Red Global de Personas Viviendo con VIH/SIDA
Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
YWCA Mundial
Red Asiática de Reducción de Daño



International
AIDS Society

Stronger Together