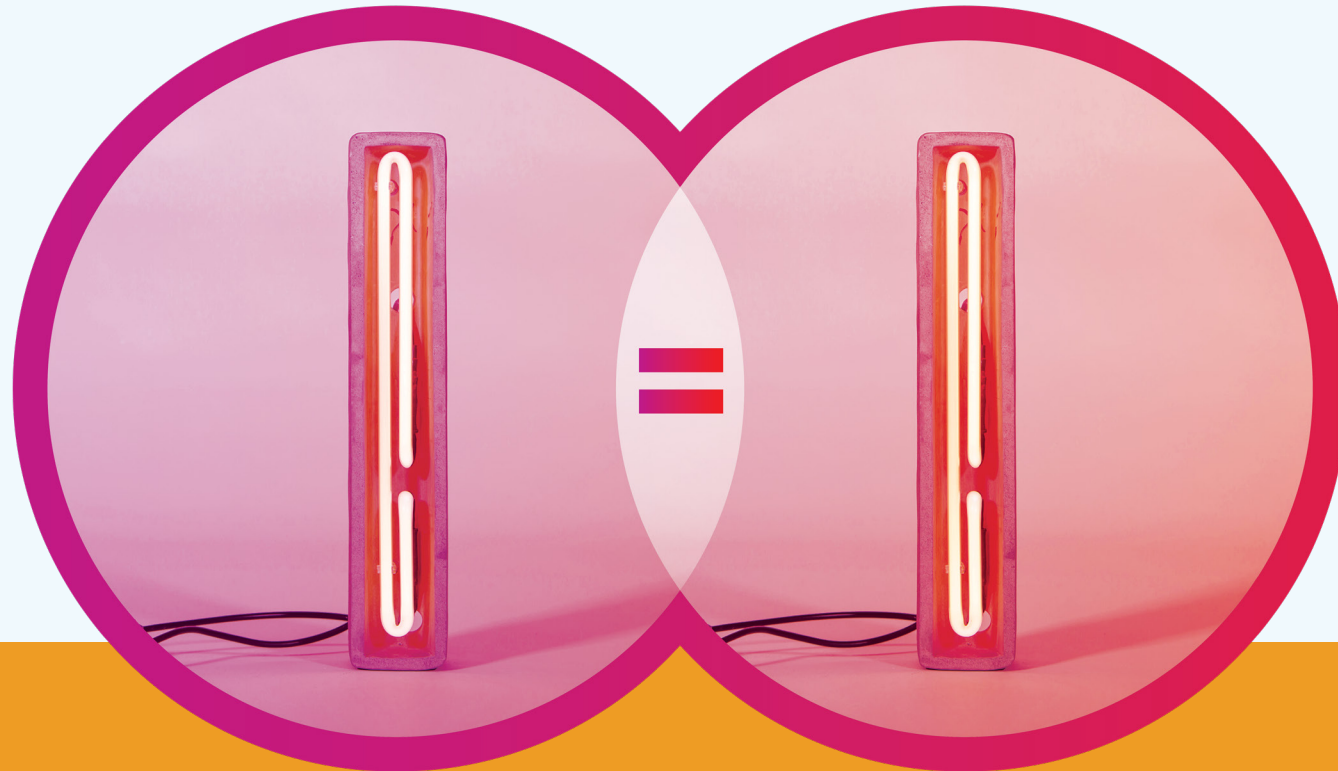


Indetectable = Intransmissible

Informe Comunitario

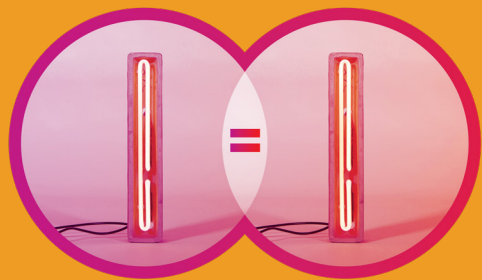
ENERO 2018



icaso
until **we** end aids

120 Carlton St., Suite 311
Toronto, ON
Canada M5A 4K2

+1 416 921 0018
www.icaso.org
icaso@icaso.org



Indetectable = Intransmisible

Informe Comunitario

ENERO 2018

RESUMEN EJECUTIVO

El Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO) elaboró este informe para dar información actualizada a la comunidad sobre la nueva data clínica en relación a la efectividad de la terapia con antirretrovirales (ARV) en la prevención de la transmisión sexual del VIH a las parejas sexuales de personas que viven con VIH.ⁱ Mientras que los beneficios a la salud del tratamiento siempre será el objetivo principal de los ARV, es vital que el beneficio secundario de prevención del VIH para personas que viven con VIH y sus parejas sexuales sea entendido y comunicado plenamente. El informe está organizado de la siguiente manera:

i. Este documento presenta un resumen y análisis de los resultados clínicos sobre la efectividad de la terapia antirretroviral en la prevención de la transmisión sexual del VIH. Por lo tanto, este resumen no incluye asuntos relacionados con otras vías de transmisión del VIH, salud reproductiva o antirretrovirales para el tratamiento.

1

Introducción

Justificación de este informe y glosario de los términos clave.

2

Aspectos básicos del VIH: Prevención, transmisión sexual y el rol dual de los antirretrovirales

Visión general de la información global actual sobre la transmisión sexual, estrategias de combinación de prevención del VIH y el rol dual de los ARV para mejorar la salud de las personas que viven con VIH y la prevención de la transmisión sexual del VIH a sus parejas.

3

La ciencia de la transmisión del VIH: ¿Qué hay de nuevo?

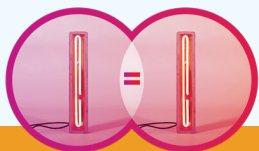
Resumen de los resultados clínicos presentados en 2016 y principios del 2017 sobre el rol de los ARV en la prevención de la transmisión a las parejas sexuales de las personas que viven con VIH; Resumen breve de las evidencias clínicas relacionadas con el uso de ARV como profilaxis oral pre-exposición (PrEP) para personas sin VIH para prevenir la adquisición del VIH.

4

Incidencia política por el acceso a diagnósticos del VIH y ARV

Análisis de las implicaciones de los nuevos y actualizados logros clínicos en la elaboración de estrategias de incidencia política para atender las desigualdades en el acceso a los diagnósticos del VIH, incluyendo pruebas de carga viral y ARV en las distintas regiones.

4



Indetectable = Intransmisible
Informe Comunitario

5

Incidencia política por una educación sobre el VIH precisa y basada en los derechos: Desafiando el estigma

Análisis de las implicaciones de los nuevos y actualizados logros clínicos en la elaboración de programas educativos sobre el VIH basados en los derechos para las personas que viven con VIH.

6

El potencial poblacional de los ARV como prevención

Análisis del potencial poblacional de los ARV en la reducción o eliminación de la transmisión sexual del VIH.

7

Reforma legal de la criminalización de la no revelación del estatus de VIH

Implicaciones para la incidencia política de los esfuerzos de reforma legal dirigidos a darle fin al uso injusto y amplio de leyes generales y específicas de VIH para criminalizar a las personas que viven con VIH; La posición de ICASO es consistente con la orientación internacional sobre restricciones en el uso de las leyes penales a circunstancias excepcionales como la transmisión real e intencional.

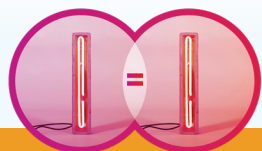
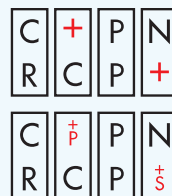
“I=I nos ofrece libertad y esperanza. Para muchas personas que viven con VIH y sus parejas, I=I abre opciones sociales, sexuales y reproductivas que no se pensaban posibles”

Bruce Richman, Prevention Access Campaign

AGRADECIMIENTOS

ICASO quiere agradecer a las organizaciones canadienses que apoyaron este documento y ofrecieron comentarios: Ontario HIV Treatment Network (OHTN), Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE), Red Global de Personas que viven con VIH (América del Norte) (GNP+ NA), Canadian Positive People's Network (CPPN) y la Comunidad Indígena Internacional VIH y SIDA (CIIVS). Queremos también agradecer a Māori, Indigenous & South Pacific HIV/AIDS Foundation (INA) por publicar nuestra declaración conjunta sobre U=U.

ICASO quisiera también agradecer a Rodney Kort por la redacción de este informe y a las personas que revisaron las versiones anteriores: Brent Allan, Laurel Sprague, Bruce Richman, Christian Hui, Edwin Bernard, Tony Di Pede, Bob Leahy y Gus Cairns.



ICASO, en alianza con Ontario HIV Treatment Network (OHTN), Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE), Red Global de Personas que viven con VIH (América del Norte) (GNP+ NA), Canadian Positive People's Network (CPPN) y la Comunidad Indígena Internacional VIH y SIDA (CIIVS), prepararon este documento para darle información actualizada a la comunidad sobre la posibilidad de la transmisión sexual del VIH cuando una persona que vive con el virus está en terapia antirretroviral y tiene una carga viral indetectable por al menos seis meses. La reciente declaración en consenso **Indetectable=Intransmisible (I=I)** (U=U por sus siglas en inglés) realizada por la Campaña de Acceso a Prevención, conjuntamente con algunos resultados clínicos recientes, desató una importante conversación global sobre cómo la comunidad que trabaja en asuntos de VIH y SIDA debería responder a la nueva información relacionada con la transmisión sexual en este contexto, incluyendo la importancia de cómo la comunicación sobre los beneficios de prevención de los antirretrovirales puede y debería reflejar las diferencias en el acceso y experiencia de personas que viven con VIH en distintas regiones del mundo. A nivel global, la transmisión sexual sigue siendo, por mucho, la ruta más común de la transmisión del VIH. Dar estrategias combinadas de prevenciónⁱⁱ y ampliar el acceso a los ARV y diagnósticos de carga viral es esencial para lograr las metas 90-90-90 establecidas en el Programa Global de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA).ⁱⁱⁱ

En enero 2017, ICASO y Māori, Indigenous & South Pacific HIV/AIDS Foundation (INA) **apoyaron conjuntamente** la Declaración en Consenso Indetectable=Intransmisible (I=I). Muchas otras organizaciones comunitarias, científicas y legales también han apoyado la Declaración en Consenso desde que fue emitida y se han convertido en aliados comunitarios de la campaña I=I. La Declaración fue elaborada luego de la presentación de nueva data de estudios clínicos sobre la evaluación del riesgo de transmisión sexual entre parejas de estatus mixto (sero-discordantes) heterosexuales y del mismo sexo, cuando la persona que vive con VIH está en terapia con antirretrovirales efectiva y tiene una carga viral indetectable. La declaración está basada en esos nuevos resultados clínicos y otras evidencias empíricas hasta el momento.

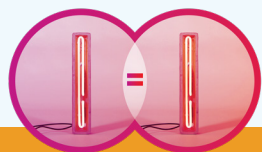
- ii. La prevención combinada enfatiza que la prevención altamente activa debe combinar estratégicamente cuatro enfoques diferentes (comportamiento, biomédico, tratamiento y justicia social) para responder a las distintas epidemias locales y asegurar al mismo tiempo que estos enfoques se implementen en contextos que se refuercen mutuamente para aumentar el liderazgo en prevención y tratamiento y movilizar la participación comunitaria: Coates T et al. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. Lancet: 23 agosto 2008: 669-684. Ver <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702246/>
- iii. Para el 2020, 90% de todas las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH; 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada y 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral: ONUSIDA 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA, 2014. Ver http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

Este informe contiene un análisis detallado de las implicaciones legales, políticas y de incidencia política de I=I para las personas que viven con VIH y para el sector comunitario en toda su extensión. También provee información sobre cómo estas nuevas evidencias científicas pueden apoyar la incidencia política de la sociedad civil en la ampliación del acceso a tratamientos y diagnósticos de carga viral que son requeridos para lograr las metas 90-90-90.

- iv. Directrices desarrolladas para países de altos ingresos generalmente recomiendan hacerse la prueba de carga viral más frecuentemente – al menos cada seis meses después de la supresión viral: Günthard HF, Saag MS, Benson CA et al. IAS-USA Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults 2016 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. JAMA. 2016;316(2):191-210.

TÉRMINOS CLAVE

- ❖ **Diagnósticos de VIH:** la infección del VIH es diagnosticada usando pruebas en laboratorios o en sitios de cuidado de salud o utilizando una prueba rápida que detectan los anticuerpos del VIH y los antígenos virales en la sangre usando un algoritmo validado. Si la prueba de descarte inicial es reactiva se hace una segunda prueba para confirmar la infección del VIH. Información adicional sobre las pruebas de diagnósticos del VIH actualmente en uso o en desarrollo pueden encontrarse en www.aidsmap.com.
- ❖ **Antirretrovirales (ARV) y Terapia Antirretroviral (TAR):** TAR es una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales (ARV) que consumen las personas que viven con VIH para bloquear la reproducción del VIH. Evitar la reproducción viral previene la infección y daño de células blancas por parte del VIH. Las células blancas las necesita el cuerpo para combatir infecciones y enfermedades.
- ❖ **Prueba de carga viral:** las pruebas de carga viral son usadas para determinar la cantidad de virus en la sangre, normalmente expresada como el número de copias del VIH por mililitro de sangre (por ejemplo, 2.500 copias/ml). Hay distintos tipos de pruebas de carga viral o “ensayos” disponibles pero la mayoría son lo suficientemente sensibles para detectar cargas virales entre 20-500 copias/ml. Las pruebas de carga viral son el método preferido para monitorear la enfermedad del VIH y determinar la efectividad de la TAR. Como mínimo, la prueba de carga viral debe hacerse entre 6 y 12 meses luego de empezar el tratamiento y cada 12 meses a partir de ese momento.^{iv}





Carga viral indetectable: la cantidad de virus en la sangre es conocida como la “carga viral”. Una carga viral indetectable significa que la cantidad de virus en la sangre está por debajo del límite de la detección de la prueba o “ensayo” de carga viral. Una carga viral indetectable significa que el tratamiento ha sido efectivo en suprimir la reproducción del virus. Aumentos significativos de la carga viral, que son raros si la persona cumple con el tratamiento, posiblemente signifique que se requiera de un cambio en el régimen de tratamiento. La mayoría de ensayos en países de altos ingresos tienen un límite de detección de 20-40 copias/ml. Muchos países de medianos y bajos ingresos usan ensayos de carga viral que tienen un límite de detección de 500 copias/ml. Existen algunas variaciones dependiendo de la sensibilidad del ensayo utilizado en distintos lugares sobre el significado de “indetectable”.^v Por ejemplo, una persona que vive con VIH podría tener una carga viral de 350 copias/ml, que estaría por debajo del límite de detección en un ensayo usado en un país de bajos ingresos (y por lo tanto considerado “indetectable”) pero la misma cantidad de virus usando procedimientos más sensibles en países de altos ingresos podría estar por encima del límite de detección y por lo tanto ser “detectable” (aun cuando sea bastante bajo). El punto importante es que las evidencias clínicas sugieren que no hay una diferencia significativa en términos del riesgo de transmisión una vez la persona llegue a una carga viral por debajo del límite de detección, independientemente de lo sensible del ensayo.^{vi} A menos que se indique lo contrario, este resumen usa los límites de la campana I=I de 200 copias/ml como “indetectable”.



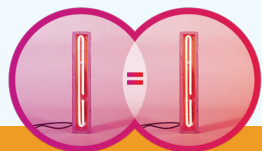
Campaña Indetectable = Intransmisible (I=I) (U=U en inglés): I=I son las siglas del programa iniciado por la Campaña de Acceso a la Prevención destacando resultados clínicos nuevos o actualizados que demuestran que alguien en tratamiento antirretroviral y con una carga viral indetectable por al menos seis meses no puede transmitir el virus sexualmente y, por lo tanto: Indetectable = Intransmisible.

- v. [Transmisiones genéticamente vinculadas no han sido registradas en la literatura cuando la pareja que viven con VIH estaba en TAR y con una carga viral indetectable por al menos seis meses, pero hay cuatro estudios en donde una o dos transmisiones genéticamente vinculadas ocurrieron cuando una persona que vivía con VIH estaba en TAR y tenía una carga viral indetectable en algún momento del estudio. Sin embargo, el diseño de esos estudios implicaba que no estaba claro si la transmisión ocurrió dentro del período de seis meses: Globerman J, Gogolishvili D, Rourke SB. Evidence Review: HIV sexual transmission risk by people with suppressed HIV viral load. Ontario HIV Treatment Network: Toronto, ON, May 2017.](#)
- vi. [Attia S, Egger M, Müller M, et al. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. AIDS 23:1397-1404, 2009.](#)

TÉRMINOS CLAVE

(CONTINUACIÓN)

- **Pruebas CD4+:** Las células CD4+ son un tipo de células blancas que el cuerpo necesita para luchar contra las infecciones; esas células son el objetivo principal del VIH y, con el tiempo, se dañan y mueren por los ataques virales. Las pruebas de CD4+ miden la cantidad de esas células en la sangre y son usadas, conjuntamente con las pruebas de carga viral, para monitorear el impacto del VIH en el sistema inmunológico. Mientras más bajo es el número de células CD4+ más difícil es para el cuerpo luchar contra las infecciones como el VIH, tuberculosis y otras.
- **Ensayos Clínicos:** un ensayo clínico es un estudio de investigación que asigna grupos de participantes humanos, que han dado su consentimiento a participar, para recibir una o más intervenciones de salud en un período de tiempo para así evaluar la seguridad de la intervención y su eficacia en lograr los resultados específicos de salud (como reducir el avance de una enfermedad o los índices de mortalidad). Las intervenciones pueden incluir medicamentos, dispositivos médicos o cualquier otra intervención.
- **Revisión sistemática y meta-análisis:** una revisión sistemática resume los resultados de los estudios de atención de la salud disponibles (ensayos clínicos) en las revistas médicas de revisión entre pares y ofrece argumentos de alto nivel sobre la efectividad de las intervenciones de atención de la salud debido a que analiza los resultados de varios ensayos clínicos que evalúan la misma intervención. Un meta-análisis es el uso de los métodos estadísticos para resumir los resultados de esos estudios.
- **Profilaxis oral pre-exposición (PrEP):** PrEP es una manera utilizada por una persona VIH negativa para reducir el riesgo de adquirir el VIH al recibir ARV antes de la relación sexual. El uso de tenofovir (TDF) solo o en combinación con emtricitabine (FTC) como PrEP es una estrategia de prevención del VIH altamente efectiva cuando se usa tal como se prescribe. Como con los ARV para el tratamiento del VIH, la adherencia es clave para maximizar los beneficios preventivos de la PrEP oral.



Aspectos básicos del VIH: prevención, transmisión sexual y el rol dual de los antirretrovirales

Las relaciones sexuales que impliquen una exposición al VIH generan la gran mayoría de las infecciones por VIH en el mundo. ONUSIDA estima que hay aproximadamente 36.7 millones de personas que viven con VIH, de las cuales solo el 60% conocen que su estatus; más de 14 millones de personas que viven con VIH no han sido diagnosticadas.^{vii} Las poblaciones clave tienen mayores índices de infección (incidencia del VIH) y una prevalencia general más alta de VIH (el número total de personas en una población en específico que viven con VIH) en comparación con otras poblaciones. Las poblaciones clave incluyen a trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas transgéneros y personas que se inyectan drogas; dependiendo de la región las poblaciones clave podrían incluir a prisioneros, migrantes, jóvenes, niñas y mujeres. Por ejemplo, la data de ONUSIDA sugiere que más del 90% de las nuevas infecciones por VIH en Asia Central, Europa, América del Norte y Medio Este y Norte de África, en 2014, ocurrieron en personas de las poblaciones clave y sus parejas sexuales.^{viii} A pesar que la incidencia del VIH y muertes por SIDA están disminuyendo, en 2015 ocurrieron 2.1 millones de nuevas infecciones: intervenciones de prevención efectivas, conjuntamente con el mayor acceso a pruebas del VIH, son elementos críticos para darle fin al SIDA.

Hay una gran cantidad de evidencias clínicas que demuestran los beneficios en la salud de los antirretrovirales en personas que viven con VIH, incluyendo mejoras significativas en la expectativa de vida en distintas circunstancias.^{ix}

vii. ONUSIDA, UNAIDS Global AIDS Update 2016 [Global Update 2016]; Hoja Informativa OMS, VIH/SIDA (actualizada en noviembre del 2016).

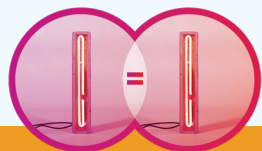
viii. Ibid.

ix. Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Med.* 2017 Apr;18(4):256-266.

- x.** Los ARV han sido probados usando una variedad de fórmulas y mecanismos para su administración, como gel vaginal y microbicidas, pero el resultado más sólido hasta la fecha son los logros de los ensayos clínicos que estudian la PrEP (orales o en píldoras). Los estudios a nivel del medicamento encontraron que la PrEP usada como debe ser es casi 100% efectiva (tres casos sin disputa a nivel mundial de fracasos de PrEP en más de cien mil personas que las usaron). Ver : <http://www.aidsmap.com/Four-doses-of-PrEP-a-week-may-be-enough-to-protect/page/2279465/>
- xi.** La circuncisión voluntaria masculina (VMMC) reduce el riesgo de la transmisión de mujer a hombre en aproximadamente 60% (Hoja Informativa OMS, VIH/SIDA actualizada en noviembre del 2016).
- xii.** El uso consistente y “correcto” del condón, si no se rompe, proporciona 100% protección en contra de la infección, porque el condón provee una barrera física impermeable al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual. Ver <http://www.aidsmap.com/Do-condoms-work/page/1746203/> y <http://www.aidsmap.com/CDC-researchers-publish-estimate-of-effectiveness-of-condom-use-in-anal-sex/page/2930716/> .
- xiii.** Samji H, Cescon A, Hogg RS, et al. Closing the Gap: Increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS One*. 2013 Dec 18;8(12); Katz IT, Maughan-Brown B, Improved life expectancy of people living with HIV: who is left behind? *The Lancet HIV*, 10 mayo 2017.
- xiv.** Johnson LF, Mossong J, Dorrington RE, et al. Life expectancies of South African adults starting antiretroviral treatment: collaborative analysis of cohort studies. *PLoS Med*. 2013; 10: e1001418.

Los ARV también son altamente efectivos para prevenir la adquisición del VIH al usarlos tal como son prescritos por la pareja VIH negativa antes de la relación sexual; eso es conocido como la profilaxis pre-exposición o PrEP.^x La combinación de paquetes de prevención, que podrían incluir la circuncisión masculina médica voluntaria^{xi}, educación y asesoramiento sobre VIH, programas de condones^{xii} e intervenciones basadas en ARV, han demostrado ser efectivos en mejorar dramáticamente la salud de las personas que viven con VIH, reducir o eliminar la posibilidad de la transmisión a la pareja sexual y prevenir la transmisión vertical (madre-hijo/a).

Si bien es cierto que la mayoría de las personas que han sido diagnosticadas recientemente con VIH e inician tratamiento en los países de altos ingresos pueden esperar una expectativa de vida casi normal, también es cierto que no todas las poblaciones clave (como prisioneros y personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales) tienen acceso igualitario a tratamientos y otras intervenciones de VIH basadas en las evidencias.^{xiii} Igualmente, hay barreras legales, institucionales y estructurales que limitan su acceso a las intervenciones de VIH. Estudios recientes indican que resultados de expectativas de vida similares pueden lograrse en países de bajos y medianos ingresos como Suráfrica.^{xiv} Sin embargo, la tardanza en el diagnóstico del VIH y el acceso limitado a educación sobre VIH, diagnósticos, condones y tratamiento significa que eso está muy lejos de ser una realidad para la mayoría de las personas que viven con VIH en el sur global.



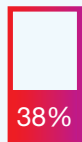
La Ciencia de la Transmisión del VIH: ¿Qué hay de nuevo?

Los resultados de algunos estudios clínicos, publicados en 2016, complementan las evidencias anteriores que el VIH no puede transmitirse sexualmente si la personas que vive con VIH está en tratamiento y tiene una carga viral indetectable. En 2011, el ensayo clínico de la Red de Ensayos de Prevención del VIH (HPTN 052) informó que el riesgo de trasmisión se reduce dramáticamente si la pareja que vive con VIH está en tratamiento efectivo.^{xv} Unos resultados más recientes (cinco años de seguimiento luego de la selección inicial) fueron publicados en 2016, indicando que no había casos de transmisión entre parejas heterosexuales sero discordantes cuando el tratamiento redujo la carga viral por debajo de los límites de la detección.^{xvi} El tratamiento redujo el riesgo de transmisión en un 93%; la reducción del riesgo no fue más alta debido a que hay transmisiones genéticamente vinculadas que ocurren tanto en los días de la iniciación del tratamiento o luego del fracaso del mismo.^{xvii} Una revisión sistemática de estudios que evaluaron el riesgo de transmisión heterosexual por cada acto sexual cuando la persona que vive con VIH estaba en tratamiento encontró que era menos de 13 en 100.000 casos, a pesar que ese riesgo sería significativamente menor si el evento de transmisión documentado ocurriera antes de la supresión plena de la carga viral (por ejemplo, antes de los seis meses de la iniciación del tratamiento).^{xviii} Los resultados preliminares, publicados en 2015, del estudio de observación Opuestos se Atraen (Opposites Attract) con 234 parejas sero-discordantes del mismo sexo en Australia, Brasil y Tailandia, no reportó ninguna transmisión cuando la pareja con VIH estaba en tratamiento a pesar de casi 6.000 actos de relaciones sexuales anales sin condón.^{xix} Un reciente estudio español con 202 parejas heterosexuales sero-discordantes no encontró transmisión en las 199 parejas en donde la persona que vive con VIH estaba en un tratamiento efectivo, a pesar de 7.600 actos sexuales sin condón y los 85 embarazos naturales que ocurrieron en el curso del estudio.^{xx}

- xv.** Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365:493-505.
- xvi.** Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission, *N Engl J Med*, septiembre 2016; 375:830-839.
- xvii.** Eshleman SH, Hudeelson, SE, Red AD, et al, Treatment as Prevention: Characterization of Partner Infections in the HIV Prevention Trials Network 052 Trial, *J Acquir Immune Defic Syndr*, enero 2017; 74(1): 112-116.
- xviii.** Supervie V, Viard JP, Costagliola D, Breban R, Heterosexual risk of HIV transmission per sexual act under combined antiretroviral therapy: systematic review and bayesian modeling, *Clin Infect Dis*, julio 2014;59(1):115-22.
- xix.** Grulich AE, Bavinton BR, Jin F, et al. HIV Transmission in Male Serodiscordant Couples in Australia, Thailand and Brazil, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 13 – 14 febrero 2015, resumen (abstract) 1019LB.
- xx.** Del Romero J, Río I, Castilla J, Baza B, Paredes V, Vera M, Rodríguez C, Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual sero-discordant partners, *Enferm Infecc Microbiol Clin*, diciembre 2015;33(10):666-72.

BRECHAS EN LA PREVENCIÓN COMBINADA

ONUSIDA, Informe de Brechas en Prevención 2016



Solo 38% de las personas que viven con VIH tienen supresión viral



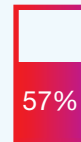
La disponibilidad de condones en el África Subsahariana cubre menos de la mitad del estimado necesario



Solo un tercio de las personas jóvenes tienen un conocimiento correcto sobre el VIH



El uso del condón es muy bajo en todas las poblaciones en alto riesgo de infección



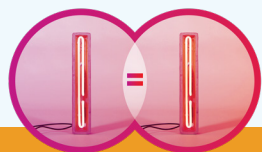
57% de los países con uso documentado de inyección de drogas tienen programas de intercambios de agujas



La circuncisión voluntaria masculina debe duplicarse para alcanzar la meta del 2020



La cobertura de la PrEP es menos del 5% de la meta 2020.



En enero 2016, uno de los autores de la declaración de la Comisión Federal Suiza del 2008 publicó un editorial titulado *El VIH no se transmite en una terapia plenamente supresora: La declaración suiza ocho años después*. Este editorial está basado en evidencias científicas actualizadas y en la experiencia de los autores en el Estudio Cohorte Suizo.^{xxi} La declaración actualizada fue publicada, en parte, por la preocupación de los autores sobre la persecución criminal injusta de la exposición potencial o percibida del VIH en Suiza, y también para confirmar la recomendación original a los médicos suizos que las personas heterosexuales sero-discordantes no requieren de tecnología reproductiva artificial (por ejemplo, inseminación artificial) para concebir si la pareja con VIH está en tratamiento y con una carga viral indetectable. Una declaración reciente, basada en distintos estudios clínicos y consultas, destacó la seguridad de la concepción natural y el embarazo en personas que viven con VIH y están en tratamiento con una carga viral indetectable.

^{xxii} En julio 2016, el estudio *Partners of people on ART – a New Evaluation of Risk* (PARTNER) (Aliados de personas en tratamiento antirretroviral, una nueva evaluación del riesgo), un estudio de cohortes observacional y prospectivo que evaluó el riesgo de transmisión entre parejas tanto heterosexuales como homosexuales masculinas, no reportó ninguna transmisión en los 4 años del estudio cuando la pareja que vivía con VIH estaba en tratamiento y tenía una carga viral indetectable.^{xxiii} Los resultados estaban basados en aproximadamente 22.000 actos sexuales sin condón entre parejas de hombres y aproximadamente 36.000 actos sexuales entre parejas heterosexual. Tanto el HPTN052 como el PARTNER fueron estudios grandes, longitudinales, con varios cohortes internacionales lo que generó evidencias robustas tanto para contextos desarrollados como en desarrollo sobre la eficacia del tratamiento en la eliminación del riesgo de transmisión.

“Si tienen una supresión viral duradera no transmitirás [el virus] a tu pareja”

Carl W. Dieffenbach, Ph.D., director, División de SIDA, NIAID, NIH

- ^{xxi.} Vernazza PL, Bernard E, HIV is not transmitted under fully suppressive therapy: The Swiss Statement – eight years later, *Swiss Med Wkly*, enero 2016, 146:w14246 [Declaración Suiza o Swiss Statement].
- ^{xxii.} Matthews, LT, Beyeza-Kashesya J, Cooke I, Davies N, et al. Consensus Statement: Supporting Safer Conception and Pregnancy for Men and Women Living with and Affected HIV. *AIDS Behav* (2017).
- ^{xxiii.} Alison J, Rodger, Valentina Cambiano, Tina Bruun, et al, Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy, *JAMA*, 2016;316(2):171-181.

xxiv. OMS, Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH.

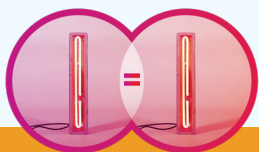
xxv. https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/news/Final-Analysis-Factsheet_20170711.pdf

“A los científicos no les gusta usar la palabra “nunca” sobre un posible riesgo. Pero creo que en este caso podemos decir que el riesgo de la transmisión de una persona que vive con VIH en tratamiento y con una carga viral indetectable podría ser tan bajo como para no poder medirse, y eso es lo mismo que decir que no son infecciosos. Es una situación inusual cuando las abrumadoras evidencias científicas nos hacen tener confianza que lo que decimos es un hecho.”

Dr. Anthony Fauci, Director del U.S. National Institute for Allergies and Infectious Diseases (Julio 2017).

Los estudios clínicos y los análisis de literatura científica proporcionan evidencias sólidas sobre el hecho que el tratamiento reduce dramáticamente el riesgo de transmisión, independientemente del acto sexual. Como consecuencia de esto y de resultados científicos adicionales en relación a los beneficios a la salud de una iniciación temprana del tratamiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó sus directrices clínicas en 2016 para recomendar el inicio inmediato del tratamiento luego del diagnóstico del VIH.^{xxiv} La OMS también recomienda las pruebas de carga viral como la herramienta de monitoreo preferida por las personas que están en ARV.

Más recientemente, en la Conferencia sobre la Ciencia del VIH del *International AIDS Society* en julio 2017, los resultados del estudio *Opposites Attract* (“Los opuestos se atraen”) del Instituto Kirby revelaron que, durante los 4 años de la investigación, entre las 358 parejas gay de Tailandia, Brasil y Australia en donde uno vivía con VIH y el otra no, se reportaron 17 mil actos de relaciones sexuales anales sin condón y no se generó una sola transmisión del VIH.^{xxv}



Incidencia política por el acceso al tratamiento y diagnósticos de carga viral

Algunos activistas y organizaciones comunitarias han expuesto una legítima preocupación que los mensajes y eslogan de “tratamiento como prevención” (o “TasP” por su nombre en inglés) colocan un enfoque exagerado en el tema de “indetectable” y no responden al hecho que muchas personas que viven con VIH no tienen acceso a tratamientos, pruebas de carga viral y atención de calidad y basada en los derechos.^{xxvi}

La data disponible más reciente indica que solo el 46% de las personas adultas que viven con VIH están en antirretrovirales (18.2 millones de personas) y tienen acceso limitado a los diagnósticos de carga viral.

^{xxvii} Un 38%, aproximadamente, de las personas que viven con VIH tienen una carga viral indetectable. El acceso a los servicios de VIH con base en los derechos es aún más limitado para las poblaciones clave, muchas de las cuales enfrentan barreras programáticas, sociales y legales en el acceso al diagnóstico del VIH y servicios de tratamiento.^{xxviii}

La OMS actualmente recomienda comenzar el tratamiento inmediatamente después del diagnóstico, con base en amplias evidencias científicas que la iniciación temprana optimiza los resultados de salud a largo plazo y reducen el riesgo de otras infecciones.^{xxix} A pesar que el monitoreo de la carga viral es ahora el estándar de atención y ha sido incorporado en la mayoría de las directrices en los países de bajos y medianos ingresos, todavía no han sido puesto en práctica en muchos lugares. Nuestra capacidad de cumplir con las metas 90-90-90 depende de ampliar las pruebas de VIH, el tratamiento y los diagnósticos de carga viral, particularmente para poblaciones clave que no reciben de manera frecuente los servicios en los actuales programas nacionales de VIH. Innovaciones y diagnósticos, como el uso de tecnologías de puntos de sangre seca (DBS) para el diagnóstico de infantes y la cuantificación de la carga viral, tienen la capacidad de expandir significativamente el acceso al monitoreo de la carga viral en países de bajos y medianos ingresos y reducir aún más la morbilidad y mortalidad relacionadas con el SIDA.^{xxx} Asegurar el acceso a estas innovaciones en diagnósticos y cuantificación de la carga viral es una de las metas más importantes de la incidencia política para los líderes comunitarios y nuestros aliados en las comunidades científicas y

^{xxvi.} GNP+, Follow-up on previous article: On Fear, Infectiousness, Undetectability, febrero 2017.

^{xxvii.} ONUSIDA, Global AIDS Update: 2016 (esta data es principalmente para países de bajos y medianos ingresos, excluyendo China y la Federación Rusa y no incluye data de países de ingresos altos); ONUSIDA, La Necesidad de Pruebas de Carga Viral Rutinarias: Preguntas y Respuestas (2016).

^{xxviii.} 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de SIDA (2014).

^{xxix.} OMS, *supra* 7.

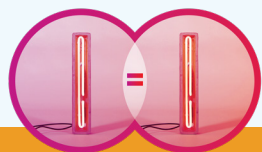
^{xxx.} Smit PW, Sollis KA, Fiscus S, Ford N, Vitoria M, Essajee S, et al., Systematic Review of the Use of Dried Blood Spots for Monitoring HIV Viral Load and for Early Infant Diagnosis, *PLoS ONE* 9(3): e86461 (2014).

- xxxi.** ONUSIDA, Nota de prensa: Landmark HIV Diagnostic Access Program will save \$150M and Help Achieve New Global Goals on HIV/AIDS, 25 septiembre 2014; ONUSIDA, Nota de prensa: Breakthrough Global Agreement Sharply Lowers Price of Early Infant Diagnosis of HIV Infection, julio 2015.
- xxxii.** Organización Mundial de Comercio (OMC), Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (1994); Declaración de Doha relativa a los ADPIC (2001); Watson AG, International Intellectual Property Rights: Do Trips' Flexibilities Permit Sufficient Access to Affordable HIV/AIDS Medicines in Developing Countries? 32 *B. C. Int'l & Comp. L. Rev.* 143 (2009).

médicas. Los resultados clínicos recientes les dan a los líderes comunitarios evidencias adicionales para incorporarlas en sus estrategias de cabildeo con el fin de obtener los recursos necesarios para ampliar el acceso al tratamiento y pruebas de carga viral.

Adicionalmente al desafío de lograr que los donantes y gobiernos nacionales inviertan adecuadamente en tratamiento y tecnologías de carga viral, la sociedad civil debe solicitar a los fabricantes de tecnologías de carga viral que las ofrezcan a precios más asequibles en países de medianos y bajos ingresos. La Iniciativa de Acceso a los Diagnósticos, creada en 2014, anunció recientemente un nuevo acuerdo de precios con un tope de 9.40 US\$ por unidad de prueba de carga viral, algo que baja significativamente ese costo en países de bajos y medianos ingresos, así como una reducción de precios en materiales para DBS con el fin de abaratar el costo del diagnóstico para infantes.^{xxxi} A pesar que esos son pasos importantes, se necesita de más incidencia política para asegurar el acceso a tecnologías de sitios de cuidado de salud asequibles y confiables en todos los países de bajos y medianos ingresos. Los actuales regímenes de propiedad intelectual presentan una barrera adicional en la expansión del acceso al tratamiento y los diagnósticos de carga viral para personas en países de bajos y medianos ingresos. Muy pocos países con capacidad tecnológica limitada y pocos recursos desean o pueden utilizar las flexibilidades disponibles en el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) por miedo a represalias por parte de las compañías farmacéuticas y de la Organización Mundial del Comercio, iniciadas por países de altos ingresos, en donde el cabildeo por parte de la industria farmacéutica ha impulsado las políticas internacionales de comercio en este tema.^{xxxii}

También necesitamos mejor data sobre los costos y el acceso a los diagnósticos de carga viral y exhortamos a entes mundiales como ONUSIDA y la Sociedad Internacional del SIDA (International AIDS Society) a apoyar esos esfuerzos para asegurar que tengamos esa data. Mientras es importante reconocer que I=



podría no ser una realidad para muchas personas que viven con VIH ni suficiente para balancear el mensaje “tratamiento como prevención” con la importancia del tratamiento para la salud individual, el llamado a la acción inherente en el mismo mensaje I=I y reforzado por los últimos resultados científicos puede y debe informar la incidencia política de la sociedad civil. Las metas tangibles de más personas que viven con VIH con acceso a tratamiento para lograr una carga viral indetectable manifestada en las metas 90-90-90 están apoyadas en las aspiraciones de I=I y empuja al mundo a conseguir al fin del SIDA.

5

Incidencia política por una educación veraz y basada en los derechos sobre el VIH: desafiando el estigma del VIH

Es alarmante que de los millones de personas que viven con VIH, están en tratamiento y tienen una carga viral indetectable, muchos no saben que no pueden transmitir el VIH a sus parejas sexuales vía sexo vaginal o anal. No solo esa información daría un incentivo adicional para la adherencia, y por lo tanto a maximizar los beneficios del tratamiento para la salud individual, sino también tiene importantes implicaciones en la autoestima (incluyendo internalizar el estigma del VIH) y en las conversaciones potencialmente difíciles sobre la revelación del VIH. Los activistas, asesores y educadores comunitarios que trabajan en temas de salud podrían no conocer las últimas informaciones sobre la posibilidad de la transmisión sexual del VIH si una persona está en un tratamiento efectivo con ARV, ya que esos datos están limitados a las personas que trabajan en el campo del VIH. Un estudio del 2015 en los Estados Unidos encontró que personas con tratamiento efectivo sobrestiman su riesgo de transmisión, especialmente afroamericanos y personas que se inyectan drogas. ^{xxxiii}

^{xxxiii}. Landovitz RJ, Tran TT, Cohn SE, et al, Perception of infectiousness in HIV-infected persons after initiating ART: ACTG A5257. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, resumen (abstract) #55, 2016.

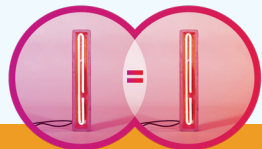
Muchas personas que viven con VIH siguen manteniendo la errada creencia que su existencia diaria es una marcada por la etiqueta de “agente infeccioso” y desafortunadamente la descripción de las personas que viven con VIH en los medios de comunicación, así como otras vías, refuerzan implícita o explícitamente esa identidad. Sin embargo, la ciencia detrás del mensaje I=I tiene el potencial de mejorar la salud psicológica de las personas que viven con VIH y transformar radicalmente esa identificación de sentirse rechazados a vivir con una condición crónica que no es infecciosa si está en tratamiento efectivo con ARV.

Mientras que los beneficios clínicos de una iniciación inmediata del tratamiento luego del diagnóstico son claros, es vitalmente importante que el tratamiento post-diagnóstico, asesoramiento sobre prevención y apoyo entre pares sea preciso, basado en los derechos y responda al contexto social y psicológico de la persona que vive con VIH. La autonomía individual en las decisiones relacionadas con el tratamiento es clave. Iniciar el tratamiento inmediatamente luego del diagnóstico podría no ser óptimo, clínicamente hablando, si la persona no está preparada para una adherencia a largo plazo. Asegurar que el asesoramiento post diagnóstico incluya información certera en relación a los riesgos de transmisión, otras intervenciones de prevención y la importancia de la adherencia, son clave para asegurar que las personas que viven con VIH puedan seleccionar la decisión adecuada y basada en los derechos. Las evidencias clínicas y la campaña I=I no deberían interpretarse como un menoscabo de las intervenciones de salud pública, como los programas de condones, ya que realmente consiste en dar información certera a las personas

que viven con VIH sobre la existencia de una nueva herramienta de prevención del VIH entre otras alternativas.

La información científica actualizada sobre los beneficios de prevención de los ARV también tiene importantes implicaciones para las parejas sero-discordantes que quieren tener hijos. Tal como lo demuestra el número de embarazos naturales en el estudio español, la concepción es posible sin la necesidad de tecnologías reproductivas costosas que están fuera del alcance de la mayoría de las personas que viven con VIH en el sur global. El impacto del tratamiento en el riesgo de transmisión en el amamantamiento es un área que requiere de mayores estudios para ser definitiva.

El estigma relacionado con el VIH alimenta el miedo público y perpetúa concepciones erradas y peligrosas sobre el riesgo de transmisión del VIH, algo que tiene consecuencias negativas en la comunidad del VIH, incluyendo el aumento de enjuiciamiento penales. Algunos resultados clínicos recientes agregan evidencias importantes para contrarrestar esos miedos y concepciones erradas. Los educadores comunitarios y otras personas que viven con VIH que actúan como apoyo entre pares tienen una oportunidad única de dar una ayuda adicional a las personas que viven con VIH sobre su salud individual y la salud de sus parejas sexuales. Esto incentiva la retención en los cuidados: las personas tienen más probabilidades de realizarse la prueba si el estigma asociado al VIH se reduce, es más probable que revelen su estatus si están en tratamiento efectivo y tienen mayores posibilidades de mantenerse adherente y permanecer bajo el cuidado médico.





La prevención combinada enfatiza que la prevención altamente activa debe combinar estratégicamente cuatro enfoques diferentes (comportamiento, biomédico, tratamiento y justicia social) para responder a las distintas epidemias locales y asegurar al mismo tiempo que estos enfoques se implementen en contextos que se refuerzan mutuamente para aumentar el liderazgo en prevención y tratamiento y movilizar la participación comunitaria: Coates T et al. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*: 23 agosto 2008: 669–684. Ver <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702246/>

xxxiv.

Yaylali E, Farnham P, Jacobson E, et al. Impact of improving HIV care and treatment and initiating PrEP in the United States, 2015-2020, Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, resumen (abstract) #1051, 2016.

xxxv.

Nosyk B, Zang X, Min JE, et al. Relative effects of antiretroviral therapy and harm reduction initiatives on HIV incidence in British Columbia, Canada, 1996–2013: a modelling study, 30 marzo 2017, The Lancet HIV S2352-3018(17)30045-0.

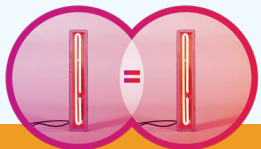
6

El potencial poblacional de los ARV como prevención

Los ARV, ya sean como tratamiento para personas que viven con VIH o como PrEP, son una parte importante de la combinación de estrategias de prevención. Mientras que los programas de condones y la circuncisión masculina médica voluntaria seguirán como intervenciones clave de prevención del VIH, es importante que los beneficios de prevención del tratamiento sean incorporados en la prevención post-diagnóstico, tratamiento y asesoramiento sobre adherencia. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) estimó recientemente que alcanzar las metas nacionales de la estrategia de VIH/SIDA para las pruebas y tratamiento del VIH y expandir el uso diario de PrEP podría prevenir un estimado de 185.000 nuevas infecciones en los EEUU para 2020 – un 70 por ciento de reducción en nuevas infecciones en 5 años.^{xxxiv} Un reciente estudio retrospectivo en el Lancet encontró que la combinación de tratamiento e intervenciones de reducción de daños (como programas de agujas y jeringas) evitaron 3204 infecciones (2402-4589) entre 1996 y 2013 en British Columbia.^{xxxv}

Los ARV, junto a otras estrategias de prevención comprobadas (tanto de comportamiento como biomédicas), tienen el potencial de alterar fundamentalmente el curso de la epidemia tanto como intervención de prevención primaria como secundaria.

Adicionalmente, la prevención combinada sugiere de una manera sólida que mientras ocurre el efecto altamente efectivo de poner en práctica una mezcla de opciones biomédicas, de comportamientos y provisión de ARV, el esfuerzo dual de ampliar ese cúmulo de intervenciones en una población determinada y movilizar la participación comunitaria da un impulso adicional a la estrategia para que tenga su efecto más grande. La campaña I=I claramente indica que ese “efecto de impulso” está demostrado por la diversidad y volumen de organizaciones comunitarias, científicas y de incidencia legal que han apoyado la Declaración en Consenso I=I desde su emisión.



Incidencia política por reformas legales: la ciencia del VIH y las leyes penales

Hay pocas áreas que necesitan pruebas científicas actualizadas de una manera más urgente que la reforma o rechazo de leyes que criminalizan a las personas que viven con VIH por la no revelación de su estatus de VIH aun cuando sean casos en donde no hubo transmisión o, incluso, riesgo de transmisión. Las personas que viven con VIH han sido acusadas y sentenciadas en relación a incidentes en el lugar de trabajo, como pinchazos por agujas, en donde el riesgo de transmisión es insignificante. En julio del 2012, la Comisión Global sobre VIH y las Leyes recomendó no apoyar leyes que criminalicen la exposición al VIH o la no revelación del estatus de VIH y rechazar las leyes generales o específicas de VIH que tienen ese efecto. ^{xxxvi}

La Comisión indicó que el impacto de criminalizar lo que en otros casos sería un comportamiento adulto consensual era desproporcionado y contra productivo a las medidas de salud pública. Las dos principales razones presentadas para criminalizar la transmisión del VIH son castigar una conducta dañina al imponer sanciones penales y prevenir la transmisión del VIH al desmotivar o cambiar comportamientos riesgosos. Sin embargo, tal como lo indica la orientación del ONUSIDA y PNUD sobre este punto, excepto en muy raros casos de transmisión intencional del VIH, utilizar leyes penales para la transmisión del VIH no logra esos objetivos. ^{xxxvii}

“Mi vida no será la misma luego de enfrentar la criminalización [relacionada con el] VIH. Han borrado mis 30 años de trabajo como enfermera dedicada a salvar vidas. He pasado un año en prisión y me han etiquetado como asesina aun cuando no le he hecho daño a nadie.”

Rosemary Namubiru, Enfermera de Uganda

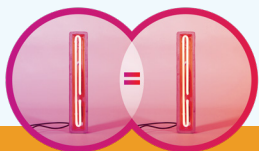
^{xxxvi}. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Global Commission on HIV and the Law: Rights, Risk, Health*, julio 2012.

^{xxxvii}. ONUSIDA/PNUD, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*, 2008.

- xxxviii.** Lee SG, Does Criminalisation of HIV Transmission Truly Promote Public Health Goals: Review of Ten African HIV Laws, *Med. L Int'l* 9: 3: 245-262 (2008); Lehman JS, Carr MH, Nichol AJ, et al, Prevalence and Public Health Implications of State Laws that Criminalize Potential HIV Exposure in the United States, *AIDS Behav* 18: 997-1006 (2014); Patterson SE, Milloy MJ, Ogilvie G, Greene S, et. al., The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the healthcare engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence, *J Int AIDS Soc*, 22 diciembre 2015; Mykhalovskiy E, The Public Health Implications of HIV Criminalization: Past, Current, and Future Research Directions, *Critical Public Health*, 2015;25(4):373–85; O'Byrne P, Bryan A, & Roy M, HIV Criminal Prosecutions and Public Health: An Examination of the Empirical Research, *Medical Humanities*, 2013;39(2):85–90.
- xxxix.** Eba PM, HIV-Specific Legislation in Sub-Saharan Africa: A Comprehensive Human Rights Analysis, *15 Afr. Hum. Rts. L.J.* 224 (2015).
- xl.** Patel P, Borkowf CB, et al, Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review, *AIDS*. Junio 2014, 28(10):1509–1519.

Muchas jurisdicciones, tanto a nivel nacional, estatal o provincial, han aprobado leyes con sentencias importantes en relación a la criminalización de la no revelación del VIH, exposición potencial o percibida del VIH y/o transmisión no intencional, a pesar que no hay evidencias que esas leyes reducen la transmisión del VIH o tienen beneficios de salud pública.^{xxxviii} Las leyes generales usadas para criminalizar la transmisión, exposición o no revelación del estatus permiten los cargos penales más serios disponibles al personal policial y judicial, como para los casos de ataques sexuales, ataques sexuales agravados e intentos de homicidios. Una revisión en 2015 de las leyes específicas de VIH en 27 países del África Subsahariana encontró que muchas de ellas violaban protecciones básicas de derechos humanos, como las leyes que obligan a pruebas de VIH, notificaciones involuntarias a la pareja y criminalización de la exposición del VIH o no revelación del estatus.^{xxxix} Algunas leyes incluyen penas significativas para conductas que presentan un riesgo de transmisión insignificante o inexistente, como sexo oral, morder o escupir. Muchas de esas leyes fueron aprobadas sin evidencias científicas sobre la eficacia de los ARV en la prevención de la transmisión del VIH o no consideran el uso de condones, que es 100% efectivo cuando es usado correctamente y no se rompen. Estas leyes tampoco toman en consideración el hecho que el riesgo de la transmisión del VIH, caso por caso y aun en la ausencia de ARV, es bajo.^{xl}

Estas leyes, y el sensacionalismo mediático que normalmente rodea los juicios relacionados con el VIH, promocionan el miedo, concepciones erradas y estigmas del VIH. El riesgo de transmisión es de insignificante a cero si se usa el condón apropiadamente o si la persona que vive con VIH recibe tratamiento exitoso con medicamentos antirretrovirales. Esos procesos legales también menoscaban la responsabilidad compartida de las decisiones sexuales entre las personas que viven con VIH y sus parejas sexuales. Es el momento que las leyes se adapten a estas realidades. Los líderes comunitarios, grupos de activistas legales, médicos y científicos han resaltado frecuentemente el uso extremadamente amplio de leyes penales en los casos de la no revelación del estatus de VIH.^{xli}



Ahora que la data demuestra claramente que las personas que viven con VIH con cargas virales indetectables tienen básicamente cero riesgos de infectar a sus parejas, es momento para que las leyes se actualicen con la ciencia.

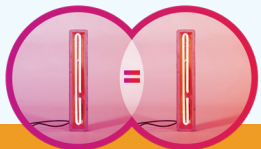
Ryan Peck, HIV & AIDS Legal Clinic Ontario

Es importante que las leyes no distingan entre las personas que viven con VIH que tienen una carga viral indetectable y aquellas que no, castigando así a las personas que viven con VIH que podrían no tener acceso a tratamiento o a diagnósticos de carga viral o que deciden no recibir tratamiento. La posición de ICASO es consistente con las recomendaciones internacionales sobre que las leyes penales no deberían utilizarse fuera de las circunstancias excepcionales en relación a la transmisión intencional y verdadera indicada anteriormente. Sin embargo, las más recientes evidencias clínicas en torno a la posibilidad de la transmisión sexual bajo tratamiento efectivo dan otras evidencias científicas para la incidencia política por el rechazo o reforma de leyes injustas que criminalizan y estigmatizan aún más a las personas que viven con VIH.

- xii. Declaración suiza (Swiss Statement), *supra* 21; Loutfy M, Tyndall M, Baril J-G, Montaner J, Kaul R, Hankins C, Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law, *Can J Infect Dis Med Microbiol*, mayo-junio 2014; 25(3): 135–140; Albert M, et al. Risk of HIV transmission from patients on antiretroviral therapy: A position statement from the Public Health Agency of Sweden and the Swedish Reference Group for Antiviral Therapy. *Scand J Infect Dis* 2014, 46:10; Boyd M et al. Sexual transmission of HIV and the law: an Australian medical consensus statement. *Med J Aust* 2016; 205 (9): 409-412; Bernard EJ, One Shouldn't Convict People for Hypothetical Risks: Developments in European Criminal Law and Policy following Increased Knowledge and Awareness of the Additional Prevention Benefit of Antiretroviral Therapy, 2015, HIV Justice Prevention Network.

Las más recientes evidencias clínicas en relación a la efectividad del tratamiento en la eliminación de la posibilidad de la transmisión sexual pueden usarse para hacer incidencia política por un mejor acceso a los ARV, pruebas de carga viral y otras intervenciones de VIH ya comprobadas. Esos esfuerzos son particularmente críticos en el sur global, en donde el acceso a tratamiento y diagnósticos para la carga viral siguen estando por debajo de los niveles requeridos para alcanzar las metas 90-90-90 y lograr el I=I para las personas que viven con VIH.

Es importante reconocer la preocupación de las organizaciones incidiendo por las personas que viven con VIH para que el mensaje I=I no esconda la importancia del tratamiento como decisión personal y evitar que se use “tratamiento como prevención” para obligar a las personas a tomarlos. La autonomía individual en las decisiones sobre tratamiento se mantiene como un principio fundamental de derechos humanos. Tal como resalta este informe, el acceso actual al tratamiento y diagnósticos de carga viral es limitado y está distribuido desproporcionadamente en y entre las regiones y poblaciones. Sin embargo, esta nueva información tiene implicaciones importantes para el activismo comunitario y la incidencia política en una cantidad de áreas críticas para alcanzar las metas 90-90-90. Esto debe compartirse con las autoridades públicas de salud, hospitalarias y trabajadores comunitarios para asegurar que las personas que viven con VIH tengan la información actualizada basada en las evidencias. A nivel individual también se requiere dar información certera y basada en los derechos a las personas que viven con VIH para que puedan tomar decisiones informadas sobre sus necesidades sociales, sexuales y reproductivas.





icaso
until **we** end aids

120 Carlton St., Suite 311
Toronto, ON
Canada M5A 4K2

+1 416 921 0018
www.icaso.org
icaso@icaso.org