

UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos

UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado



UNFPA, OMS y ONUSIDA: Declaración sobre los preservativos

Los preservativos son un elemento crucial para un enfoque integral y sostenible de la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y son eficaces para evitar embarazos no deseados. Se estima que en 2013 en torno a 2,1 millones de personas se infectaron por el VIH^[i] y se calcula que 500 millones de personas contrajeron clamidia, gonorrea, sífilis o tricomoniasis.^[ii] Además, cada año más de 200 millones de mujeres presentan necesidades no cubiertas en materia de anticoncepción,^[iii] lo que causa aproximadamente 80 millones de embarazos no deseados.^[iv] Estas tres prioridades de salud pública exigen una respuesta decidida con todas las herramientas disponibles y en la que los preservativos tienen un papel fundamental.

Los preservativos masculino y femenino son los únicos dispositivos que reducen la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y que previenen los embarazos no deseados.

Los análisis muestran que los preservativos proporcionan una barrera impermeable para partículas del tamaño del espermatozoides y los patógenos de las ITS, incluido el VIH.^[v] ^[vi] Si se utilizan de forma sistemática y correcta, los preservativos son muy eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH. La investigación en parejas serodiscordantes (en las que un miembro vive con el VIH y el otro no) muestra que el uso sistemático del preservativo reduce de forma significativa el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres^[vii] ^[viii]^[ix] El uso sistemático y correcto del preservativo también reduce el riesgo de contraer otras ITS y enfermedades asociadas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer de cuello de útero.^[x] Con una tasa de fallo situada en torno al 2 % si se utiliza de manera sistemática y correcta, el preservativo es muy eficaz para la prevención de embarazos no deseados.^[xi] ^[xii]

El preservativo ha tenido un papel decisivo en los esfuerzos de prevención del VIH, las ITS y el embarazo en muchos países.

El preservativo ha contribuido a reducir la transmisión del VIH y limitar una más amplia propagación del VIH en contextos en que la epidemia se concentra en poblaciones específicas.^[xiii] Se ha demostrado que la distribución de preservativos reduce las tasas de VIH y otras ITS en los profesionales del sexo^[xiv] ^[xv] ^[xvi] y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.^[xvii] En India^[xviii] ^[xix] y Tailandia^[xx] el aumento de la distribución de preservativos entre los profesionales del sexo y sus clientes en combinación con otras intervenciones de prevención se asociaron con la reducción de la transmisión tanto del VIH como de otras

ITS. Zimbabwe[xxi] y Sudáfrica son dos países con alta prevalencia en los que se descubrió que el aumento del uso del preservativo contribuía a reducir la incidencia del VIH.[xxii]

Un análisis estimó que el preservativo había evitado en torno a 50 millones de nuevas infecciones por el VIH desde el inicio de la epidemia de VIH.[xxiii] Para 2015 se esperaba que hubiera 27 000 millones de preservativos disponibles en todo el mundo a través del sector público y privado que proporcionarán unos 225 millones de años-pareja de protección frente a embarazos no deseados.[xxiv] [xxv]

El preservativo sigue siendo un elemento esencial de los programas de prevención de VIH de gran impacto.

En los últimos años hemos asistido a importantes avances científicos en otras áreas de prevención del VIH. Las intervenciones biomédicas, incluido el tratamiento antirretrovírico para personas que viven con el VIH, pueden reducir de manera sustancial la transmisión del VIH. Aunque el éxito del tratamiento antirretrovírico puede alterar la percepción del riesgo asociado con el VIH, los estudios han demostrado que las personas que viven con el VIH que participan en programas de tratamiento y tienen acceso al preservativo declaran utilizarlo con mayor frecuencia que aquellas que no participan.[xxvi]

Se recomienda vivamente el uso del preservativo a las personas que reciben tratamiento contra el VIH y entre las parejas serodiscordantes.[xxvii] Solo cuando se ha confirmado la supresión vírica prolongada y esta se controla muy de cerca y cuando el riesgo de otras ITS y de embarazo no deseado es bajo, puede ser seguro no utilizar preservativos.[xxviii] [xxix] [xxx]

La profilaxis por vía oral previa a la exposición (PrEP) — en la que personas seronegativas utilizan antirretrovíricos para reducir el riesgo de infección por el VIH — también es eficaz para prevenir la infección por el VIH, pero aun no está disponible de forma mayoritaria y actualmente solo se recomienda como una herramienta adicional para personas con un mayor riesgo, como personas en relaciones serodiscordantes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales femeninas del sexo, en concreto en circunstancias en las que es difícil lograr un uso sistemático del preservativo.[xxxi] La circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) puede reducir el riesgo de contraer el VIH en un 60 % entre los hombres, pero puesto que la protección solo es parcial, debe complementarse con el uso del preservativo. [xxxii]

Por tanto, el uso del preservativo sigue siendo un complemento del resto de métodos de prevención del VIH, incluidos el tratamiento antirretrovírico y la PrEP, en especial cuando otras ITS y el embarazo no deseado son motivo de preocupación. La introducción a gran escala de las pruebas de detección y el tratamiento contra el VIH, la CMMV y los programas de control de las ITS, y los esfuerzos por aumentar el acceso a unos anticonceptivos asequibles brindan la oportunidad de integrar la promoción y la distribución del preservativo.

Los preservativos de calidad deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio bajo.

Para garantizar la seguridad, la eficacia y un uso eficaz, los preservativos deben fabricarse con arreglo a las normas internacionales, especificaciones y procedimientos de garantía de calidad establecidos por la OMS, la UNFPA y la Organización Internacional de Normalización[xxxiii] [xxxiv] y deben estar disponibles con carácter gratuito o a un precio asequible. El uso del preservativo en contextos de recursos limitados es más probable cuando las personas pueden acceder a ellos de manera gratuita o a precios subvencionados.[xxxv] [xxxvi]

La mayoría de países con altas tasas de VIH siguen dependiendo enormemente del apoyo de los donantes para conseguir preservativos. En 2013 en África subsahariana solo se disponía de unos 10 preservativos por cada hombre de entre 15 y 64 años y, de media, solo se disponía de un preservativo femenino por cada 8 mujeres. Los programas de prevención del VIH deben garantizar el acceso a un número y variedad suficiente de preservativos de calidad a las personas que los necesitan cuando los necesitan. También debe facilitarse el suministro adecuado de lubricantes de base acuosa para reducir al mínimo los fallos en el uso del preservativo, en especial en el sexo anal, en caso de sequedad vaginal y en el contexto del comercio sexual.[xxxvii]

A pesar de las tendencias de aumento generalizado del uso del preservativo en las dos últimas décadas, siguen existiendo variaciones y carencias sustanciales. El uso del preservativo declarado en la última relación

con una pareja no habitual va desde el 80 % por los hombres de Namibia y Camboya hasta menos del 40 % por los hombres y mujeres de otros países, incluidos algunos muy afectados por el VIH. De manera similar, entre los jóvenes de 15 a 24 años, el uso de preservativo en la última relación sexual varía desde más del 80 % en algunos países de América Latina y Europa hasta menos del 30 % en algunos países del oeste de África.[xxxviii] Este grado de variación destaca la necesidad de que los países establezcan objetivos nacionales y subnacionales ambiciosos y que en muchas situaciones existen importantes oportunidades para fortalecer la demanda y el suministro de preservativos.

Los programas de fomento del uso del preservativo deben abordar el estigma y los factores socioculturales y de género que dificultan el acceso y el uso eficaz del preservativo.

El fomento eficaz del preservativo debe adaptarse a las personas con un mayor riesgo de infectarse por el VIH u otras ITS o tener un embarazo no deseado, incluidos jóvenes, profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Muchas jóvenes y niñas, especialmente las que mantienen relaciones largas y las profesionales del sexo, no tienen el poder ni la capacidad de negociar el uso del preservativo, ya que muchos hombres se resisten a utilizarlo. En las relaciones, el uso del preservativo puede ser considerado una falta de confianza o de intimidad.

Sin embargo, pocos programas abordan de manera adecuada las barreras que dificultan el acceso y el uso del preservativo a los jóvenes,[xxxix] las poblaciones clave[xl] y los hombres y mujeres que mantienen una relación. En algunas situaciones, las profesionales del sexo son obligadas a tener sexo sin protección con los clientes [xli] [xlii] y llevar preservativos se criminaliza y se utiliza como prueba por la policía para hostigar o para demostrar la participación en el comercio sexual[xliii] [xliv]Estas prácticas minan los esfuerzos de protección del VIH y los gobiernos debería adoptar medidas para acabar con estas violaciones de los derechos humanos.[xlv] Los programas de preservativos deben garantizar una amplia disponibilidad de preservativos y lubricantes y que los jóvenes y las poblaciones clave tienen los conocimientos, capacidades y empoderamiento para utilizarlos de forma correcta y sistemática.[xlvi] Los preservativos también deben estar disponibles en las prisiones y centros de reclusión,[xlvii] [xlviii] y en situaciones de crisis humanitaria.[xlix]

Se requiere una inversión adecuada y un mayor fomento del preservativo para mantener las respuestas al VIH, otras ITS y los embarazos no deseados.

A pesar del bajo coste del preservativo, en los últimos años la financiación internacional para su adquisición en el África subsahariana se ha estancado.[i] Se necesitan acciones colectivas que apoyen los esfuerzos de los países que dependen de la ayuda externa para la adquisición, la promoción y la distribución de preservativos y para aumentar la financiación nacional y la inversión del sector privado en la distribución y el fomento del uso del preservativo.[ii]

Aunque los preservativos forman parte de la mayoría de programas nacionales contra el VIH y las ITS y sobre salud reproductiva, no se han distribuido de forma constante ni se ha fomentado su uso de una forma lo bastante dinámica.[iii] La distribución y la venta nacional de preservativos puede fortalecerse aplicando un enfoque de mercado que combine la distribución por parte del sector público, el marketing social y las ventas en el sector privado.[iiii] [liv] Deben eliminarse las barreras administrativas que impiden que los programas y las organizaciones proporcionen una cantidad suficiente de preservativos para su distribución. En los lugares con una alta prevalencia del VIH, la promoción y distribución del preservativo debe estar integrada de manera sistemática en las actividades de divulgación comunitarias y prestación de servicios y en la más amplia provisión de servicios sanitarios.

[i] ONUSIDA. 2014. Informe del Día Mundial del Sida 2014.

[ii] OMS, Dep. de Salud Reproductiva e Investigación. Incidencia y prevalencia mundiales de infecciones de transmisión sexual curables seleccionadas.

[iii] UNFPA/Gutmacher Institute. 2012. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services.

[iv] Sedgh G et al. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. Studies in Family Planning, 2014, Vol 45. 3, 301–314, 2014.

- [v] Carey RF et al. Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. *Sex Transm Dis* 1992;19:230-4.
- [vi] OMS/ONUSIDA. 2001. Nota informativa sobre la eficacia de los preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.
- [vii] Holmes K et al. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82 (6).
- [viii] Weller S et al. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003255.
- [ix] Smith DK et al. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 Mar 1;68(3):337-44.
- [x] Also see: <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html>
- [xi] Trussell J. Contraceptive efficacy, in: Hatcher RA et al., eds., *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*, New York: Ardent Media, 2011, pp. 779–863.
- [xii] Kost K et al. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*, 2008; 77:10-21.
- [xiii] Hanenberg RS et al. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 23;344(8917): 243-5.
- [xiv] Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2002, 16(2):251–258.
- [xv] Levine WC et al. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. *AIDS*, 1998, 12(14):1899–1906.
- [xvi] Fontanet AL et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12(14):1851–1859.
- [xvii] Smith D et al. Condom efficacy by consistency of use among MSM: US. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, abstract 32, 2013.
- [xviii] Boily M-C et al. Positive impact of a large-scale HIV prevention programme among female sex workers and clients in South India. *AIDS*, 2013, 27:1449–1460.
- [xix] Rachakulla HK et al. Condom use and prevalence of syphilis and HIV among female sex workers in Andhra Pradesh, India – following a large-scale HIV prevention intervention. *BMC Public Health*, 2011; 11 (Suppl 6): S1.
- [xx] UNAIDS. 2000. Evaluation of the 100% Condom Programme in Thailand, UNAIDS Case Study.
- [xxi] Halperin DT et al. A surprising prevention success: Why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Med*. 2011. 8;8(2).
- [xxii] Johnson LF et al. 2012. The effect of changes in condom use and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis, *Journal of the Royal Society Interface*. 2012, 7;9(72):1544-54.
- [xxiii] Stover J. 2014. Presentation. UNAIDS Global Condom Meeting, Geneva, November 2014.
- [xxiv] De acuerdo con los supuestos habituales, se necesitan 120 preservativos para un año-pareja de protección. Las ventas de preservativos previstas para 2015 que se citan se basan en: *Global Industry Analysts*. 2014. *Global Condoms Market*. May 2014.
- [xxv] Stover J et al. Empirically based conversion factors for calculating couple-years of protection. *Eval Rev*. 2000 Feb; 24(1):3-46.
- [xxvi] Kennedy C et al. Is use of antiretroviral treatment (ART) associated with decreased condom use? A meta-analysis of studies from low- and middle-income countries (LMICs). *July 2014 h International AIDS Conference. Melbourne, WEAC0104 – Oral Abstract Session*.
- [xxvii] Liu H et al. Effectiveness of ART and condom use for prevention of sexual HIV transmission in sero-discordant couples: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014 4;9(11):e111175.

- [xxviii] Swiss AIDS Federation Advice Manual: Doing without condoms during potent ART. Swiss AIDS Federation, 2008.
- [xxix] Fakoya A et al. British HIV Association, BASHH and FSRH guidelines for the management of the sexual and reproductive health of people living with HIV infection. *HIV Medicine*, 2008, 9: 681-720, 2008.
- [xxx] Marks G et al. Time above 1500 copies: a viral load measure for assessing transmission risk of HIV-positive patients in care. *AIDS* 2015, 29:947–954.
- [xxxi] WHO. 2015. Technical update on Pre-exposure Prophylaxis (PrEP), February 2015. WHO/HIV/2015.4.
- [xxxii] WHO. 2007. New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. WHO/UNAIDS Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming Montreux, 6 – 8 March 2007 Conclusions and Recommendations.
- [xxxiii] WHO, UNFPA and Family Health International. 2013. Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010 revised April 2013.
- [xxxiv] International Organisation for Standardisation. 2014. ISO 4074:2014 Natural rubber latex male condoms — Requirements and test methods. http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=59718.
- [xxxv] Charania MR et al. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav*, 2011, 15:1283–1297.
- [xxxvi] Sweat MD et al. Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: a systematic review and meta-analysis, 1990–2010. *Bulletin of the World Health Organization* 2012, 90:613-622A. doi: 10.2471/BLT.11.094268.
- [xxxvii] Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: WHO/UNFPA/FHI360 Advisory note. 2012.
- [xxxviii] Fuente: Datos de la base de datos de Encuestas demográficas y de salud disponibles en statcompiler.com (comprobada en enero de 2015).
- [xxxix] Dusabe J, et al. “There are bugs in condoms”: Tanzanian close-to-community providers’ ability to offer effective adolescent reproductive health services. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2015;41:e2.
- [xl] Las poblaciones clave son grupos definidos que, debido a sus conductas concretas de alto riesgo, presentan un mayor riesgo de infección por el VIH con independencia del tipo de epidemia o del contexto local. Además, a menudo tienen problemas legales y sociales relacionados con sus comportamientos que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Estas directrices se centran en cinco poblaciones clave: 1) hombres que tienen relaciones con hombres, 2) personas que se inyectan la droga, 3) personas en prisión y otros centros de reclusión, 4) profesionales del sexo y 5) personas transgénero. In consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. World Health Organization 2014.
- [xli] Global Commission on HIV and the Law. *Risks, Rights & Health*. 2012
- [xlii] UNAIDS. 2014. The Gap report.
- [xliii] Open Society Foundations. 2012. Criminalizing condoms. How policing practices put sex workers and HIV services at risk in Kenya, Namibia, Russia, South Africa, the United States and Zimbabwe. <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/criminalizing-condoms>.
- [xliv] Bhattacharjya, M et al. The Right(s) Evidence – Sex Work, Violence and HIV in Asia: A Multi-Country Qualitative Study. Bangkok: UNFPA, UNDP and APNSW (CASAM). 2015.
- [xlv] OMS; UNFPA; ONUSIDA; NSWP; Banco Mundial. 2013. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. 2013.
- [xlvi] Vijayakumar G et al. A review of female-condom effectiveness: Patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *International Journal of STD and AIDS*, 2006, 17(10):652-659.
- [xlvii] UNODC/WHO/UNAIDS. 2006. HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings A Framework for an Effective National Response.
- [xlviii] UNODC/ILO/UNDP/WHO/UNAIDS. 2012. Policy brief. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: A comprehensive package of interventions.

[xlix] Inter-Agency Standing Committee (IASC). 2003. Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings.

[i] UNFPA. 2015. Contraceptives and condoms for family planning and STI/HIV prevention. External procurement support report 2013.

[ii] Foss AM et al. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sex Transm Infect* 2007, 83:510–516.

[iii] Fossgard IS et al. Condom availability in high risk places and condom use: a study at district level in Kenya, Tanzania and Zambia. *BMC Public Health* 2012, 12:1030.

[iiii] UNFPA-PSI. 2013. Total Market Approach Case Studies Botswana, Lesotho, Mali, South Africa, Swaziland, Uganda. <http://www.unfpa.org/publications/unfpa-psi-total-market-approach-case-studies>

[liv] Barnes, J et al. 2015. Using Total Market Approaches in Condom Programs. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates.

Fuente: <http://www.unaids.org/>