



Poster Hecho por Fundación Kukulcán de Honduras

8 de Mayo 2023

EL DESALENTADOR PANORAMA ACERCA DE ACCESO A LA PREP EN AMERICA LATINA

Link para unirse al chat regional "Personas Unidas para la PrEP"

<https://chat.whatsapp.com/E8GmsYfMx4RHbLj0riZnCE>

Por Richard Stern

Rastern246@gmail.com

El panorama relacionado con el acceso a la PrEP sigue siendo desalentador en la América Latina hispanohablante, que abarca una población de 400 millones de personas. Sólo entre el 2 y el 4% de la población meta tiene acceso a la PrEP en estos países.

La PrEP (profilaxis preexposición al VIH) es un enfoque médico, en un contexto social, que consiste en una píldora conocida como Truvada, que es una intervención importante relacionada con la prevención del VIH. La píldora está compuesta por tenofovir y emtricitibina y tiene un coste de unos 72 dólares al año si se adquiere a través del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud. Tiene el mismo cost si se adquiere a través de los mecanismos del

Fondo Mundial. También existe una forma inyectable de acción prolongada de la PrEP pero debido a obstáculos relacionados con la propiedad intelectual, no está disponible en la región.

Alrededor de 100.000 personas fueron diagnosticadas de VIH en 2020, según las últimas estimaciones de ONUSIDA. La "prevención combinada" implica varios elementos, como la PrEP, las pruebas del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, así como el uso del preservativo, pero está claro que la intervención médica con Truvada es un elemento fundamental.

Tabla 1: Número de personas por país recibiendo PrEP in 2022 data UNAIDS basado en informes de los países.

PAIS	POBLACION	NUMERO DE PERSONAS CON ACCESO A PREP 2022	NUMERO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH
Cuba	11,000,000	316	36,000
Peru	33,000,000	646	98,000
Panama	4,000,000	989	22,000
Costa Rica	5,000,000	1110	17,000
Chile	19,500,000	1372	84,000
Argentina	46,000,000	1578	140,000
Dominican Republic	11,000,000	2411	78,000
Guatemala	16,000,000	2900	31,000
El Salvador	6,500,000	469	25,000
Paraguay	6,700,000	305	16,000
Brasil	214,000,000	48,643	960,000
Mexico	127,000,000	8,000	360,000
Ecuador	18,000,000	300	47,000

En la tabla anterior, las cifras de personas que reciben PrEP son las cifras proporcionadas a la OPS/ONUSIDA por los sistemas de salud de los países a diciembre de 2021. Son subestimaciones porque los sistemas de salud no proporcionan información completa, pero no está claro en qué medida. Brasil está incluido, pero no se considera parte de América Latina hispanohablante.

Los principales grupos destinatarios de la PrEP proceden de las denominadas "poblaciones clave", entre las que se incluyen los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras del sexo masculinos y femeninos, las personas trans y las que mantienen relaciones serodiscordantes. No está del todo claro por qué se excluye a las mujeres heterosexuales de estas poblaciones, pero casi todas las ONG informan de que pocas o ninguna mujer heterosexual solicita recibir la PrEP. Las poblaciones clave son definidas por el Fondo Mundial, la OPS, el PEPFAR y otras agencias internacionales.

Es evidente que en Latinoamérica hispanohablante existen múltiples documentos, declaraciones, talleres conferencias, etc relacionados con el acceso a la PrEP que se han venido realizando durante los últimos 4 o 5 años. Decenas de consultores han estado involucrados así como personal de la OPS y ONUSIDA. El objetivo sigue siendo "preparar" a los países para la implementación de la PrEP, aunque está claro que ya existe información muy adecuada y que ha existido durante años. Sin embargo, lo que no he visto son documentos exhaustivos que analicen las razones por la que el despliegue de la PrEP en la región ha sido tan inadecuado durante tanto tiempo. También hay muy pocos documentos, si es que hay alguno, que discutan soluciones concretas para remediar el problema. Por lo tanto, este documento es sólo un intento parcial de crear tal documento.

LA PREVENCIÓN ES DIFERENTE DE LA ATENCIÓN

Es sumamente importante reconocer que existe una diferencia importante en la naturaleza del acceso a la PrEP en comparación con el acceso a la atención y el tratamiento para las personas que viven con el VIH/sida.

El VIH, si no se trata con antirretrovirales durante un largo periodo de tiempo, en muchos casos será mortal y/o afectará gravemente a la calidad de vida en general. Además, el estigma y la discriminación de las personas con VIH también son perjudiciales y peligrosos. Por este motivo, durante muchos años se han desarrollado fuertes alianzas de personas que viven con el VIH/SIDA en forma de ONG, redes y otros tipos de organizaciones. Además, existe una estructura de financiación muy grande en gran parte de América Latina y el mundo y es muy importante para salvar vidas dentro de las poblaciones de personas seropositivas.

Con la PrEP, y la prevención en general, la falta de acceso no es mortal, y la salud de la persona no se vea afectada inmediatamente, sino sólo si se expone y desarrolla el VIH. Por lo tanto, la urgencia del acceso inmediato es mucho menor con la PrEP que con el acceso a los medicamentos antirretrovirales. Sin embargo, los retrasos que se están produciendo en América Latina son inaceptables porque la PrEP, en el contexto de la prevención combinada con preservativos, es la herramienta más importante para reducir la incidencia de nuevas infecciones por VIH, que se estima en 100.000 al año.

La incidencia de seroconversión anual se sitúa en torno al 3% anual para las personas de las poblaciones metas de la PrEP, por lo que, de nuevo, si ese fuera el caso, sólo el 30% de la población meta podría desarrollar el VIH en un periodo de diez años. Por otro lado, los estudios y los análisis informales han demostrado que proporcionar acceso a la PrEP es mucho más económico para los sistemas sanitarios que esperar a que las personas desarrollen el VIH y tengan que someterse a diversas pruebas costosas, recibir ARVS y también, en algunos casos, ser hospitalizadas. Existe una importante relación costo/beneficio en la provisión de la PrEP que los sistemas sanitarios de América Latina parecen desconocer en su mayoría. La PrEP también tiene una incidencia mínima de efectos secundarios si se realizan pruebas renales y hepáticas antes de iniciar la intervención.

¿UN LÉXICO PARA LA PREP?

Sin poder ponerle un nombre adecuado a un grupo, ¿cómo se llega a poder incluir a sus miembros en un movimiento por el acceso?. Este es un problema en esta región, donde algunos

activistas y líderes parecen oponerse a cualquier separación entre la comunidad de personas viviendo con el VIH, y la población que busca la PrEP. Esta división percibida crea algunas dificultades para organizar a las comunidades VIH negativas. Algunas ONG están compuestas por una combinación de personas con VIH y las son sin VIH que serían candidatas a la PrEP pero la mayoría de las ONG financiadas en la región se han centrado históricamente en las necesidades de las personas viviendo con VIH. Esto fue absolutamente necesario durante décadas, pero ahora el panorama está evolucionando.

(Seronegativo puede no ser un término ideal, pero es el término científico correcto para las personas que no tienen anticuerpos de una enfermedad específica en la sangre).

Es importante desarrollar un "léxico" de términos que sea aceptable para todas las poblaciones. También es importante minimizar cualquier lucha por el control del discurso sobre quién va a liderar y dirigir el movimiento para el acceso a la PrEP. Los enfoques unificados de la prevención son importantes siempre que sean posibles.

No parece haber duda de que todas las personas VIH+ estarían encantadas si se eliminara el VIH encontrando una cura, y eso es muy apropiado. Pero mi percepción es que existe cierto grado de ambivalencia respecto a la PrEP en algunos segmentos de la población VIH positiva y éste es un tema que debe abordarse directamente.

Algunos activistas del VIH han afirmado abiertamente que los recursos económicos para la PrEP deberían posponerse hasta que todas las personas con VIH tengan acceso a todos los tratamientos e intervenciones. Esto parece un argumento poco realista. La prevención y el tratamiento están relacionados, pero siguen siendo cuestiones fundamentalmente separadas. Quienes argumentan en contra de la PrEP porque el "escenario" para el acceso al tratamiento del VIH no es perfecto están equivocados.

Otras activistas de la comunidad de personas viviendo con el VIH argumentan que la implementación no se debe hacer sin que hay "garantías" que este proceso no va a fomentar discriminación. En realidad es difícil tener garantías y es importante monitorear todos los procesos, sin embargo los argumentos arriba no deben ser un pretexto para no acelerar la implementación de la PrEP tan rápido como sea posible.

Creo que las fuentes de financiación como el PEPFAR, el Fondo Mundial y otros deben abordar con firmeza la cuestión de definir claramente sus poblaciones metas en las futuras prioridades de financiación. También pueden ser proactivos a la hora de indicar que buscan trabajar con comunidades candidatas a la PrEP.



Arriba: Cómo la implantación de la PrEP ha reducido los nuevos casos de VIH en cuatro ciudades de todo el mundo e incluso hace cuatro o cinco años. (Fuente OPS)

EXPECTATIVAS SOBRE CENTRARSE EN LA PREVENCIÓN

No se debe esperar que las personas que ya viven con una enfermedad se centren en prevenirla. El mero hecho de enfrentarse a los retos de su enfermedad puede consumir gran parte de su energía. Algunas personas con cáncer o incluso supervivientes de cáncer se centran en los esfuerzos de prevención, pero la gran mayoría no lo hace. La gran mayoría de mis amistades que viven con el VIH no tienen interés en trabajar para la PrEP, aunque hay excepciones. Muchos adultos mayores se enfrentan a problemas de salud y se centran en la atención y los tratamientos, no en la prevención, por lo que no deberíamos esperar que las personas que viven con el VIH se centren en la prevención. **Pero al mismo tiempo deberíamos esperar que ONGs de personas que viven con VIH NO soliciten apoyo financiero para un tema que no les motiva y en el que no necesariamente tienen una trayectoria de logros y experiencia demostrados.** Los organismos de apoyo económico deben dar prioridad a quienes están sinceramente motivados, así como a

quienes tienen capacidad para responder a un problema. Es necesario que nuevas poblaciones entren en el panorama del financiamiento dados los pésimos resultados del acceso a la PrEP que se han producido en los últimos años.

¿QUÉ PASA CON LOS PROYECTOS PILOTO?

La cuestión de los "proyectos piloto" sigue siendo un tema recurrente en la región. Hace ya seis años, un alto funcionario de la OPS me dijo que la OPS no creía que los Proyectos Piloto ya no fueran necesarios, y creo que esta sigue siendo la posición de la OPS. La eficacia de la PrEP está bien establecida a nivel mundial y la medicación que se utiliza en América Latina es la misma que en otras partes del mundo. Los médicos que trabajan en los sistemas de salud latinoamericanos están muy bien informados sobre el uso de medicamentos antirretrovirales, y la PrEP es fundamentalmente un antirretroviral. Sin embargo, las poblaciones de activistas siguen alabando a los sistemas sanitarios (y en algunos casos a las ONG) que llevan a cabo proyectos piloto.

La eficacia de la PrEP es de más del 95% en la reducción de la infección por VIH si se toma de forma adecuada, así que ¿por qué retrasar la implantación a gran escala de la PrEP con un proyecto piloto que puede durar dos o más años? En los casos de Ecuador y Colombia, por ejemplo, los proyectos piloto tuvieron lugar incluso antes de la pandemia de COVID y, como tales, parecían ser en cierto modo un pretexto para que esos sistemas sanitarios retrasaran el acceso a la PrEP a mayor escala. No estoy cuestionando la calidad o el nivel de organización de proyectos piloto como los de Ecuador, Costa Rica, Colombia y Panamá. (El proyecto piloto de Panamá está financiado por el PEPFAR y la mayoría de los demás por el Fondo Mundial. Colombia fue financiado por la OPS y otras fuentes) Una cuestión fundamental es la falta de educación adecuada de las poblaciones que trabajan por el acceso a la PrEP sobre cuestiones como su eficacia. No pocas veces recibo quejas de personas seropositivas sobre por qué no hay PrEP disponible para ellos. Definitivamente, algunos activistas no entienden del todo el concepto de porcentajes con respecto al acceso a la PrEP y pueden considerar las cifras de la tabla anterior como "éxitos" cuando en absoluto no lo son.

Otra cuestión va más allá de las "cifras" relacionadas con la PrEP. Se trata de una cuestión ética relacionada con la atención sanitaria. Parece muy poco ético retener una intervención que permitirá a las personas evitar el VIH, que es una enfermedad que actualmente no tiene cura y que requiere un tratamiento de por vida, cuando existe una intervención preventiva muy eficaz por 70 dólares al año.

LA BUROCRACIA GUBERNAMENTAL COMO FACTOR

Las normas clínicas para cualquier tratamiento son necesarias antes de que un sistema sanitario pueda aplicarlo en cualquier país. Sin embargo, en algunos países, las normas que se aplican a la PrEP tardan muchos años en crearse y aprobarse. Perú es un ejemplo en el que la PrEP no puede aplicarse porque las normas clínicas aún no han sido aprobadas. Una vez más, se trata de aplicar la información establecida sobre la PrEP a los matices específicos de cada país, y debería ser un proceso que sólo llevara meses en lugar de años. Así, en Perú la PrEP está aprobada para su venta por algunas ONG a precios variables, pero a menudo tan altos como 70 dólares al mes. La venta de la PrEP implica limitar su disponibilidad a las poblaciones que no pueden permitirse pagar el coste que cobran las ONG, lo que incluye a casi todos los peruanos de las poblaciones claves. En Costa Rica, las farmacias privadas venden la PrEP por 150 dólares al mes, incluso cuando la PrEP está disponible sin coste alguno en el sistema sanitario público.

¿CUALES SON ALGUNAS SOLUCIONES PARA AUMENTAR EL ACCESO A LA PREP?

Algunas de las soluciones se han mencionado anteriormente, pero hay muchos enfoques que se pueden adoptar.

Si bien se pueden contemplar los mejores escenarios desde la sociedad civil, motivar a los gobiernos sigue siendo una cuestión difícil que debe afrontarse con diversos enfoques. En cuanto a las fuentes de financiación, parecería válido no sólo financiar a la sociedad civil que trabaja para aumentar el acceso a la PrEP, sino también a las ONG centradas muy específicamente en la promoción dirigida a los sistemas sanitarios y a los responsables de la toma de decisiones de alto

nivel con el objetivo de que incluyan la PrEP en sus servicios. Existe una diferencia importante, ya que muchas ONG tienen un discurso que dice que la PrEP es importante, pero no manifiestan su activismo de forma proactiva. Parece existir un statu quo según el cual cualquier cantidad de PrEP es "algo estupendo", aunque la PrEP sólo esté disponible para el 2% o el 4% de las poblaciones clave. La tabla anterior ilustra que el número de personas que toman la PrEP es extremadamente pequeño, pero comprensión de los conceptos de números y porcentajes son claves para captar la magnitud de este tragedia.

LA ABOGACIA ES DIFERENTE DE LA IMPLEMENTACIÓN

La promoción implica el intercambio de información, así como desafiar abiertamente la resistencia del gobierno a proporcionar la PrEP. En algunos casos, los desafíos podrían ser legales y, en contextos más radicales, las manifestaciones y las campañas de envío de cartas son más apropiadas. Existen tantas formas de incidencia como activistas. Financiar la promoción es muy diferente de financiar la implementación.

El sistema de salud de Costa Rica ha sufrido recientemente una interrupción de 3 meses en el acceso a la PrEP para nuevos usuarios debido a factores que parecen difíciles de analizar. Aunque el medicamento ha llegado al país a partir del 28 de abril, todavía no se ha entregado a las farmacias del sistema sanitario, lo que significa que, por el momento, los usuarios reales de la PrEP están excluidos del acceso. Costa Rica está suministrando la PrEP a un máximo de 1.500 personas de los cuatro grandes grupos objetivo, pero el 20% de la población del país (un millón de personas) está excluida porque no puede pagar la cuota de afiliación al sistema sanitario. En Costa Rica existe una ley que garantiza el acceso al tratamiento antirretrovírico a las personas que viven con el VIH, **pero no hay ninguna ley que garantice el acceso a la PrEP, lo cual es otra de las muchas contradicciones sobre la PrEP. Me parece que no tiene mucho sentido ofrecer la PrEP sólo al 80% de la población si el objetivo es eliminar el VIH para 2030. El 20% restante correrá el mismo riesgo de contraer el VIH que ahora.**

FALTA DE DATOS SOBRE LAS PERSONAS QUE TOMAN LA PREP Y LAS QUE LA NECESITAN.

Para aumentar el acceso, también es importante que los sistemas sanitarios proporcionen información precisa y actualizada sobre el número de personas que toman la PPrE. Este es un problema importante porque la OPS/ONUSIDA recopilan información de los países sólo una vez al año. Estas Agencias reconocen que la información es inexacta y desactualizada. En su informe más reciente de 2022, ONUSIDA indicó que en América Latina de habla hispana el total de personas que tomaban PrEP en la región era de unas 19.000, (véase la tabla anterior) de una población objetivo de 400.000 a 600.000 personas. Esto supondría alrededor del 2% de la población objetivo.

Es muy posible que las cifras sean más elevadas, pero no está claro por qué se tarda tanto en comunicarlas. En Ecuador, por ejemplo, la PPrE está disponible en dos grandes hospitales desde hace varios meses, pero no se dispone de cifras sobre el número de personas que han tenido acceso a ella. Algunos activistas defienden esto como un obstáculo necesario. Pero obviamente también es un obstáculo para informar de cifras exactas y definir mejor cuáles son las necesidades y cómo alcanzarlas. No debería haber ninguna razón por la que un sistema sanitario que funcione bien no pueda informar del número de personas que toman un medicamento concreto cada mes.

Hace unos dos años, la OPS distribuyó una "fórmula" para estimar el número de personas que necesitan la PrEP en un país concreto (la población diana), pero no hay ningún país que haya comunicado datos basados en esta fórmula.

Por lo tanto, no sólo hay cifras inexactas sobre quién tiene acceso a la PrEP, sino que también faltan datos sobre cuántas personas realmente la necesitan. Parece imposible poner en marcha de forma eficaz un programa a largo plazo que sea congruente con la 95/95/95 cuando las dos áreas de datos mencionadas anteriormente siguen sin estar definidas en términos de cifras.

CENTRARSE EN LAS "MEJORES PRÁCTICAS" EN MATERIA DE APLICACIÓN

Las fuentes de financiación y todos los interesados en el tema deben centrarse en ejemplos de "mejores prácticas" a la hora de considerar cómo aumentar el acceso. La Fundación Kukulcan de Honduras, una organización LGBTI, ha empezado recientemente a centrarse en la PrEP y cuenta con una clínica dedicada al tema. Según su coordinador, Dany Montecinos, en poco más de cuatro meses han inscrito a 477 personas en su programa. También utilizan creativos "carteles" colocados en las redes sociales e incluso han sido tan atrevidos como para colocar estos carteles en aplicaciones de Internet que los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) utilizan para encontrar contactos sexuales, incluyendo por ejemplo GRINDR.

El cartel que aparece al principio de este artículo es un ejemplo de este tipo de divulgación. No está muy claro si los sistemas nacionales de salud, en su enfoque de divulgación para HSH, podrían utilizar aplicaciones como GRINDR debido a diversas limitaciones políticas y sociales.

Otro ejemplo de "buenas prácticas" se ha dado en Gran Bretaña (y en muchos otros lugares), donde el Servicio Nacional de Salud y las ONG han creado grupos de educadores inter pares que han recibido formación y a los que se les ha pedido que, en sus redes y lugares de trabajo, hablen sobre la PPrE y aclaren dudas e inquietudes. A cada educador inter pares se le pide que reclute a 20 compañeros para la evaluación de la PPrE. Se distribuyen folletos y otros materiales. Los casos de VIH en la ciudad de Londres han descendido de 2600 en 2018 a 670 en 2022, un logro notable atribuido a la PrEP. El alcalde de Londres apoyó proactivamente el despliegue de la PrEP en esa ciudad. El ejemplo británico podría ser muy importante para crear un mayor esfuerzo para llegar a las poblaciones objetivo en los países latinoamericanos.

En Ecuador, Andrés Novoa ha creado chats de whatsapp para llegar a las personas interesadas en la PPrE y otros temas relacionados con el VIH, y ha indicado que hay casi 1.000 personas que participan en dos chats diferentes.

Otro ejemplo de divulgación creativa se ha producido en Guatemala (16 millones de habitantes), donde Luis Gómez, director de CAS (Colectivo Amigos contra el SIDA), informó de que 2.100

personas están recibiendo la PrEP a través de esta organización. La PrEP en CAS se sufraga con una subvención del Fondo Mundial que, con un poco de suerte, se prorrogará al menos hasta 2026. Según Gómez, no se han producido seroconversiones (de VIH negativo a VIH positivo) en la población de personas del proyecto, lo que demuestra una vez más la eficacia de la PrEP. La metodología de promoción utilizada por CAS incluye difusión por correo electrónico, sitios web, Twitter, Instagram, Facebook y Grindr, y parece tener mucho éxito a la hora de atraer candidatos, a quienes se les realiza las pruebas del VIH y la sífilis como primer paso. Si el resultado de la prueba es negativo para el VIH, los sujetos se consideran candidatos a la PrEP. El seguimiento de su salud incluye chequeos médicos y al menos una prueba de creatinina una vez al año. El Ministerio de Salud de Guatemala aún no se ha iniciado a proporcionar la PrEP, por lo que en la actualidad el acceso está limitado a los miembros de CAS y a otras pocas ONG. CAS sólo ofrece la PrEP en la zona urbana más grande del país, Ciudad de Guatemala.

El autor de este artículo ha organizado un chat de WhatsApp en español llamado "Personas unidas para PrEP". Link: <https://chat.whatsapp.com/E8GmsYfMx4RHbLj0riZnCE>

Y hay otro chat también regional que se llama "COVID; VIH, Patentes Y acceso a la PrEP. <https://chat.whatsapp.com/JI5P5gDhVUXEWumftuaafA>

