

# CAMBIO DE CONDUCTA Y PREVENCIÓN DEL VIH: (Re)consideraciones para el siglo XXI

## RESUMEN EJECUTIVO

Resultados recientes de estudios clínicos sobre posibles intervenciones nuevas para prevención del VIH recalcan lo que hemos sabido durante décadas: Una oferta más amplia de estrategias eficaces para cambio de conducta es fundamental para revertir la epidemia internacional del VIH. Para disponer de nuevas modalidades biomédicas de prevención del VIH, tal como vacunas y microbicidas, todavía quedan muchos años. Incluso cuando aparezcan finalmente estas herramientas, la conducta humana seguirá siendo crítica, ya que es improbable que las nuevas estrategias de prevención sean 100% eficaces en prevenir la transmisión. Con 2,5 millones de nuevas infecciones del VIH en el año 2007, hay una necesidad evidente y urgente de aplicar las estrategias eficaces que tenemos para promover conductas más seguras.

El comportamiento del ser humano es complejo y es un desafío lograr cambios importantes en la conducta y hay importantes vacíos en nuestro conocimiento sobre la eficacia de la prevención del VIH. Hasta la fecha, la investigación claramente documenta el impacto de numerosas intervenciones conductistas para reducir la infección del VIH. También sabemos que en todos los casos en los que la epidemia nacional del VIH ha revertido, los cambios generales en la conducta fueron fundamentales para el éxito.

Para ser más eficaces en el siglo XXI, el esfuerzo de prevención del VIH debe confrontar varios desafíos de percepción: pesimismo inmerecido sobre la efectividad de las estrategias conductistas de prevención del VIH, confusión desafortunada entre la dificultad de cambiar la conducta humana y la incapacidad de hacerlo, y percepción errónea de que porque es inherentemente difícil medir el éxito de la prevención, los esfuerzos de prevención no tienen ningún impacto.

Este informe del Grupo Internacional de Trabajo para Prevención del VIH (PWG por sus siglas en inglés) se enfoca específicamente en la prevención del VIH a través de la conducta. En el informe se revisa lo que sabemos sobre la efectividad de las estrategias de cambio de la conducta, lo que todavía necesitamos aprender y lo que tenemos que hacer para progresar en dichos esfuerzos en los años venideros. En base a una revisión exhaustiva de cientos de estudios de cambio de la conducta para prevención del VIH, encontramos que la base de la evidencia para la prevención del VIH a través de la conducta es sólida, habiendo múltiples estudios que documentan la efectividad de las intervenciones en numerosos entornos, entre poblaciones diversas y durante todo el curso de la epidemia. Nuestra revisión también indica que la base de la evidencia no se ha completado todavía y existen todavía importantes vacíos y limitaciones en nuestro conocimiento acerca de lo que funciona. Maximizar la efectividad de los esfuerzos de prevención requiere el reconocimiento y atención de estas limitaciones.

## LO QUE SABEMOS

Una revisión completa de la evidencia documenta la eficacia (el impacto observado en un estudio clínico) y la efectividad (el impacto observado en el mundo real) de los esfuerzos conductistas de prevención del VIH. Incluyendo los estudios clínicos controlados aleatorizados y los análisis observacionales, nuestra revisión identificó elementos comunes de éxito:

- **ESTUDIOS CLÍNICOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS:** Cientos de estudios controlados aleatorizados<sup>1</sup> han demostrado que las intervenciones individuales, de grupos pequeños y a nivel comunitario pueden generar conductas más seguras. Por ejemplo, una reciente revisión de 18 metanálisis de intervenciones para reducir el riesgo sexual encontró aumentos importantes en el uso de preservativos y disminución del número de relaciones sexuales sin protección (Noar 2008). En las publicaciones hasta el 2004 revisadas por expertos, el Centro para Control de Enfermedades de EE.UU. identificó 42 intervenciones preventivas que demostraron su eficacia en estudios bien diseñados (Lyles 2007; CDC 2001). Los estudios en países de bajos ingresos y de ingresos medios entre gente joven (OMS 2006), personas que ejercen la prostitución (Foss 2007) y otras poblaciones han demostrado que los programas de prevención tienen la capacidad de cambiar las conductas sexuales y del uso de drogas en entornos de recursos limitados para prevenir la transmisión del VIH.
- **INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL:** Los éxitos se han estudiado bien y documentado a través de una investigación observacional realizada en Uganda, Tailandia, Australia, Brasil y en muchos otros lugares. Los primeros logros de Uganda y Tailandia en implementar programas eficaces de prevención han sido bien documentados (UNAIDS 2001), como lo ha sido el llamativo éxito de Australia en su reducir marcadamente la incidencia del VIH como resultado de cambios conductistas importantes entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Centro Nacional en Epidemiología e Investigación Clínica del VIH 2007; Bowtell 2005). Como resultado del fuerte apoyo nacional para múltiples estrategias complementarias de prevención del VIH, la epidemia de la enfermedad en Brasil en la primera parte de esta década se ha reducido a la mitad de las proyecciones basadas en las tendencias de infección a finales de la década de 1980 y principios de la década de 1990 (Ministerio de Salud 2003). El análisis de varios estudios indica que la implementación nacional de los esfuerzos combinados de prevención del VIH basados en las evidencias en la década de 1990 se asocia con una disminución del 50 al 90 por ciento de la incidencia del VIH y la prevalencia en poblaciones claves (Auerbach 2006).
- **ELEMENTOS COMUNES DE ÉXITO:** Según las evidencias disponibles a partir de éstos y otros estudios, las estrategias eficaces siguen una combinación de técnicas para cambio de la conducta que se ofrecen con suficiente cobertura, intensidad y duración, y que están adaptadas para dirigirse a las principales causas de transmisión del VIH en la epidemia nacional. La prevención eficaz del VIH se enfoca en las necesidades y circunstancias específicas de la población objetivo y trata de llegar a múltiples determinantes de la conducta humana, incluyendo las motivaciones y el conocimiento individual, las relaciones interpersonales y las normas de la sociedad. El compromiso de la comunidad y un fuerte apoyo político han sido los componentes claves de los esfuerzos nacionales exitosos para cambiar la conducta a fin de prevenir la infección del VIH.

## LO QUE NECESITAMOS APRENDER

Aunque existen muchas evidencias que demuestran que es posible cambiar la conducta humana para reducir el riesgo de transmisión del VIH, hay vacíos y limitaciones importantes en lo que conocemos. También hay un desafío inherente en medir el impacto de cualquier esfuerzo médico que incluya la prevención del VIH: medir y determinar la causalidad de un evento que no ocurrió (por ejemplo, una infección desviada del VIH) es intrínsecamente más complicado que evaluar un evento o fenómeno que ocurrió. A continuación se muestran algunas de las limitaciones claves en lo que sabemos y las áreas que necesitan más investigaciones:

- **PASAR DE LA EFICACIA A LA EFECTIVIDAD:** En las intervenciones biomédicas y conductistas, con frecuencia es difícil traducir el impacto observado en los estudios clínicos (eficacia) en resultados comparables en el mundo real (efectividad). La mayoría de los estudios clínicos de los programas de prevención del VIH a través de la conducta se han llevado a cabo en países de ingresos elevados, usando modelos de programas profesionales e intensivos que podrían no aplicar en entornos de recursos más limitados o en culturas diferentes. Unos cuantos estudios clínicos de intervenciones conductistas han utilizado dichos criterios de valoración biológicos como incidencia del VIH o infecciones de transmisión sexual (ITS), que reducen potencialmente la confianza de que los cambios documentados de la conducta en los estudios clínicos tendrán un impacto en la salud pública en el mundo real.
- **GENERABILIDAD:** Incluso cuando hay evidencia de efectividad en entornos del mundo real, sigue habiendo preguntas claves sobre la transferencia de estos buenos resultados a otras comunidades, subgrupos y tipos de epidemia (por ejemplo, alta prevalencia, concentrado, etc.).
- **MANTENIMIENTO DEL CAMBIO DE CONDUCTA A LO LARGO DEL TIEMPO:** Unos cuantos estudios clínicos sobre intervenciones conductistas han seguido a sus participantes durante más de 12 meses. Las evidencias de dicho seguimiento sugieren que los cambios conductistas favorables observados en las personas durante el primer año después de su exposición a una intervención de prevención pueden desaparecer a lo largo del tiempo (Coates, en impresión). En el ámbito poblacional, los cambios conductistas positivos con frecuencia no se mantienen porque estos cambios requieren un nivel de diligencia—por ejemplo, uso continuo de preservativos—que a menudo es difícil mantener en la vida diaria de las personas y dentro de sus contextos sociales. En Uganda, Tailandia y muchos países de ingresos elevados, los primeros éxitos en prevención han venido seguidos años después por aumentos marcados de la conducta de riesgo, lo que resalta la dificultad de mantener las ganancias en prevención. Puede que sea especialmente difícil preservar los logros de prevención a la vista de los cambios en el entorno físico o social subyacente que hace ver el VIH menos amenazante.
- **SUPOSICIONES SOBRE AGENCIA INDIVIDUAL:** Los modelos existentes de intervenciones conductistas con frecuencia se basan en diversas teorías conductistas cognitivas que asumen que las personas tomarán los pasos necesarios para evitar riesgos si están totalmente informados y lo suficientemente motivados—es decir, que ellos pueden ejercer una “agencia” personal en el contexto del riesgo asociado al VIH. Con todo, la conducta individual con frecuencia está muy influenciada por amplios factores socioeconómicos, culturales y medioambientales. Se

necesitan modelos de programas más validados que afecten a las instituciones y normas sociales, aunque hasta la fecha los estudios de investigación sociales y etnográficos no se han utilizado lo suficiente para comunicar intervenciones conductistas.

- **EVALUACIONES UNIDIMENSIONALES:** Pocos estudios clínicos sobre prevención han estudiado combinaciones de intervenciones, optando en cambio por valorar el impacto epidemiológico y conductista de componentes separados de estrategias exhaustivas de prevención del VIH (por ejemplo, intervenciones conductistas individuales, prueba voluntaria del VIH y asesoramiento, o fomento del uso de preservativos). Este método se opone a la práctica actual de prevención y la forma en que las personas viven su vida y toman decisiones, haciendo difícil la calibración de la posibilidad de éxito en la práctica cuando estos métodos individuales se combinan con otros componentes de prevención. Con frecuencia, los programas nacionales y las iniciativas de donantes han optado por apoyar determinados elementos de una estrategia exhaustiva de prevención e ignorar otros, disminuyendo su impacto en las conductas e incidencia del VIH (ver Fiellin 2007; Corno and de Walque 2007).

## LO QUE NECESITAMOS HACER— RECOMENDACIONES

La eficacia a largo plazo en considerable aumento del cambio de conducta en el VIH exigirá la colaboración de los países, donantes, investigadores, sociedad civil y otros interesados para ampliar la base de evidencias para la prevención del VIH—para tratar las limitaciones y vacíos que todavía existen y también poner a disposición las evidencias para usar de la manera más estratégica posible. En base a la mejor evidencia disponible, PWG recomienda lo siguiente:

- **PARA GOBIERNOS Y AUTORIDADES NACIONALES:** Los líderes nacionales de salud pública y política deben desarrollar e implementar estrategias nacionales del SIDA y planes operativos que se adapten a la dinámica particular de la epidemia nacional, integrar servicios de prevención y tratamiento, y ofrecer intervenciones de prevención a una escala suficiente para que tengan un impacto medible. Los países que están aumentando progresivamente la circuncisión médica masculina—y otras nuevas intervenciones que demuestran su eficacia—deben combinar estos esfuerzos con intervenciones complementarias conductistas para evitar el aumento de la conducta de riesgo que se presenta cuando se introducen nuevas estrategias o herramientas.
- **PARA DONANTES INTERNACIONALES:** Los donantes deben comprometerse a financiar rápidamente programas nacionales de prevención del VIH que se adapten a las epidemias nacionales. Además, deben tener disponible para el 2010 al menos 11,9 billones de dólares estadounidenses anualmente para respaldar el aumento de programas de prevención del VIH basados en la evidencia como parte de una respuesta amplia al VIH. Los donantes deben asegurar una financiación sólida para las respuestas dirigidas por la comunidad que creen capacidad en la sociedad civil local y liderazgo (UNAIDS 2007).
- **PARA LAS AGENCIAS TÉCNICAS:** Las agencias multilaterales y otras agencias técnicas deben desarrollar un mecanismo para evaluar la solidez de las estrategias nacionales de prevención del VIH, identificando casos en los que los planes nacionales entren en conflicto con la evidencia disponible sobre la dinámica de la incidencia del VIH o cuando las estrategias de prevención seleccionadas no se basen en la evidencia de que es eficaz con

poblaciones específicas. Las agencias técnicas deben aumentar su asistencia a los países en la integración de los hallazgos de la investigación social en la planificación estratégica nacional. Mejorar los sistemas nacionales de información del VIH y su uso en la planificación nacional debe seguir siendo una prioridad para el soporte técnico.

- **PARA PROVEEDORES DE SERVICIOS DEL VIH:** Los patrocinadores de los programas de prevención del VIH deben forjar fuertes relaciones laborales con las comunidades afectadas para asegurarse de que los programas se adapten óptimamente a las circunstancias y necesidades locales, y se realicen éticamente. Los proveedores de servicios de prevención del VIH deben integrar sus esfuerzos con otros sistemas de servicio, tal como aquéllos para la tuberculosis y la salud reproductiva y sexual. Los programas de tratamiento farmacológicos deben proveer adecuadamente de fondos para ofrecer la prestación rutinaria de los servicios de prevención del VIH a sus clientes.
- **PARA LA SOCIEDAD CIVIL:** Los activistas con el SIDA y otros grupos de la sociedad civil deben abogar fuertemente por el aumento paulatino simultáneo de tratamiento y prevención del VIH. Los grupos de la sociedad civil deben participar en el desarrollo de objetivos nacionales para prevención del VIH, monitorear el progreso nacional de su logro y empujar estrategias que ofrezcan intervenciones basadas en evidencias para aquellas poblaciones que presentan el mayor riesgo de infección del VIH.
- **PARA LOS INVESTIGADORES EN LA PREVENCIÓN DEL VIH:** Debe darse una mayor prioridad a la investigación social para informar del diseño y oferta de las intervenciones de prevención, la adaptación de programas modelos a poblaciones o entornos específicos, y la focalización y entrega de servicios de prevención. Los investigadores y sus agencias financiadoras deben aumentar su enfoque en investigaciones básicas sobre las fuerzas sociales de transmisión del VIH, y el desarrollo y evaluación de intervenciones a nivel comunitario, intervenciones estructurales y métodos de prevención para las poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH. Se requiere más investigaciones para evaluar la eficacia de los programas de prevención del VIH en el campo y desarrollar y evaluar modelos de prevención que previenen la compensación de riesgos en respuesta al tratamiento o la introducción y aceptación de nuevas tecnologías de prevención. Los estudios sobre prevención deben aumentar su uso de criterios de valoración biológicos cuando sea posible y adecuado, y el periodo de tiempo de seguimiento de los participantes del estudio.

## CONCLUSIÓN

Aunque todavía queda mucho trabajo para aumentar las bases de las evidencias para la prevención del VIH, esta revisión PWG discute la urgencia de aumentar paulatinamente programas para cambiar la conducta para prevenir la infección del VIH. La evidencia del cambio de conducta en la prevención del VIH no puede exagerarse, pero tampoco no debe pasarse por alto. El problema central en la prevención del VIH no es la falta de evidencia sino el fallo en escalar programas que traten las principales causas de infección del VIH en entornos nacionales específicos. En el siglo XXI, el pesimismo sobre los desafíos reales que encontraremos o la preocupación de que no tenemos todavía las respuestas, no debe detenernos de evitar la próxima infección del VIH.

## REFERENCIAS

Auerbach, J.D., et al. 2006. Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. In *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of Evidence from Developing Countries*, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, eds. D.A. Ross, B. Dick and J. Ferguson.

Bowtell, W. 2005. Australia's response to HIV/AIDS: 1982–2005. Lowy Institute for Health Policy.

CDC. 2001. *Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness*, revision.

Coates, T.J., et al. In press. Behavioural science contributions to HIV prevention: Insights from the past and directions for the future. *Lancet*.

Corno, L., and D. de Walque. 2007. The determinants of HIV infection and related sexual behaviors: Evidence from Lesotho. World Bank.

Fiellin, D.A., et al. 2007. Combating the twin epidemics of HIV/AIDS and addiction: Opportunities for progress and gaps in scale. CSIS Task Force on HIV/AIDS, Washington. Center for Strategic and International Studies.

Foss, A.M., et al. 2007. A systematic review of published evidence on intervention impact on condom use in sub-Saharan Africa and Asia. *Sexually Transmitted Infections* 83:510–516.

Lyles, C.M., et al. 2007. Best-evidence interventions: Findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for U.S. populations at high risk, 2000–2004. *American Journal of Public Health* 97:133–143.

Ministry of Health, Brazil. 2003. Brazilian STD/AIDS policy.

National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Australia. 2007. *Australian HIV Surveillance Report* 23(2).

Noar, S.M. 2008. Behavioral interventions to reduce HIV-related sexual risk behavior: Review and synthesis of meta-analytic evidence. *AIDS and Behavior* 3:335–353.

UNAIDS. 2007. Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care, and support.

UNAIDS. 2001. HIV prevention needs and successes: A tale of three countries—An update on HIV prevention success in Senegal, Thailand and Uganda.

WHO, et al. 2006. Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries. *WHO Technical Report Series* #938.

<sup>1</sup>El Instituto Nacional de la Salud define un estudio clínico controlado aleatorizado como “un experimento prospectivo en el que los investigadores asignan aleatoriamente una muestra elegible de pacientes a uno o más grupos de tratamiento o un grupo de control y sigue los resultados clínicos de los pacientes (Biblioteca Nacional de Medicina 2007).