



Salud sexual para personas viviendo con VIH

Kathy Shapiro,^a Sunanda Ray^b

^a Consultora independiente, Nueva Delhi, India. E-mail: shapiro.kathy@gmail.com

^b Médico salubrista, Brighton and Hove Teaching Primary Care Trust, Brighton, Reino Unido.

Resumen: *La salud sexual, definida en términos de bienestar, se ve afectada por las realidades sociales, culturales y económicas que afrontan las personas con VIH. Un enfoque en los derechos sexuales pone a dichas personas en control de su salud sexual. La mejor forma de suministrar información exacta y accesible para propiciar una toma de decisiones informadas y relaciones sexuales seguras y placenteras es mediante la educación por pares y profesionales de la salud capacitados en tratar los asuntos delicados con empatía. En particular, la juventud con VIH necesita una educación sexual y apoyo adecuados para lidiar con la sexualidad y autoidentidad con el VIH. Las personas con VIH necesitan condones, servicios adecuados para las infecciones de transmisión sexual, la disfunción sexual y el manejo del cáncer cervical y anogenital. Se recomiendan intervenciones basadas en la prevención positiva, que combinen la protección de la salud personal con evitar la transmisión de ITS/VIH a las parejas. Gracias a la consejería sobre el VIH después de una prueba positiva, ha aumentado el uso de condones y disminuido el sexo forzado y los contactos sexuales exteriores entre parejas discordantes. El tratamiento y la atención del VIH han reducido el estigma y aumentado la aceptación de las pruebas de VIH y la divulgación del estado seropositivo a las parejas. La terapia antirretroviral y el comportamiento sexual más seguro deben ir de la mano. Los servicios de salud sexual han trabajado con educadores de pares y grupos voluntarios para alcanzar a aquellas personas que corren un riesgo más alto, como las trabajadoras sexuales. Los avances tecnológicos en el diagnóstico de ITS, desarrollo de microbicidas y la detección sistemática y vacunación del virus del papiloma humano deben estar a la disposición de los países en desarrollo y las personas más necesitadas mundialmente. © 2011 edición en español, 2007 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

Palabras clave: *salud sexual, transmisión sexual del VIH, infecciones de transmisión sexual, cáncer cervical y cáncer anogenital, educación sexual, condones, sexo seguro*

“La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social con relación a la sexualidad; no es sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. Requiere adoptar un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Los derechos sexuales abarcan a los derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otras declaraciones consensuadas. Incluyen el derecho de todas las personas al disfrute del nivel más alto posible de salud sexual libres de coerción, discriminación y violencia, y al acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva.”^{1}*

LA biología, la historia, la política, la religión y la legislación interactúan para regular la expresión sexual en formas diversas, las mismas que pueden promover o perjudicar la salud; en muchos países, éstas pueden estar dirigidas o afectar de manera particular a las personas que viven con VIH. La salud sexual se ve influida también por la pobreza, las actitudes hacia la sexualidad y

* Estas definiciones fueron elaboradas en el marco de una consulta técnica internacional convocada por la OMS sobre salud sexual en enero 2002, que fue posteriormente revisada por un grupo de expertos de distintos lugares del mundo. No constituyen definiciones oficiales de la OMS, y no deben ser utilizadas o citadas como tales.

las relaciones de poder entre los géneros, así como por la tensión entre los derechos individuales a la privacidad y autodeterminación y los derechos de parejas, familias y comunidades respecto a los comportamientos sexuales más seguros.

Con frecuencia, los derechos sexuales de las personas viviendo con VIH no son reconocidos ni respetados. La falta de comunicación de y con los prestadores de salud sobre temas sexuales puede limitar la adopción de decisiones informadas y evitar que se brinden los servicios. Ciertos líderes religiosos y organizaciones confesionales enfatizan o promueven exclusivamente la abstinencia sexual entre los jóvenes y las personas solteras, a pesar de que la evidencia muestra que muchos de ellos ya tienen relaciones sexuales sin protección. Por ello, es posible que hayan adquirido la infección del VIH, y que necesiten la información y los medios necesarios para protegerse y proteger a sus parejas de una infección de transmisión sexual (ITS) y de un embarazo no deseado. En muchos contextos, se espera que las personas con VIH no tengan una vida sexual, y es posible que ni siquiera se considere sus necesidades de salud ni sus derechos sexuales. Probablemente, las personas viviendo con VIH pueden encontrarse entre los grupos con menor acceso a los servicios de salud, a pesar de estar en mayor riesgo de sufrir problemas que afectan su salud sexual. Requieren información sobre cómo cuidar su salud, de manera que puedan hacerse cargo de protegerse y proteger a sus parejas y familias.²

Los programas orientados a mejorar la salud sexual de mujeres, hombres y jóvenes con VIH deben considerar el tipo de relación(es) sexual(es) que una persona establece en el contexto de su propia vida y situación socio-económica, así como su necesidad de información. El concepto de "prevención positiva" abarca el derecho de las personas VIH-positivas a una vida sexual saludable, a tener acceso a estrategias que apoyen y protejan su salud sexual, a prevenir y tratar las ITS y mantener una buena salud por medio de la terapia antirretroviral y de otro tipo de atención en salud. Se refiere también al hecho de que las personas seropositivas reconozcan su rol fundamental en el control de la epidemia del VIH y en prevenir su transmisión a otras personas, así como su propio derecho a la salud y a un sexo más seguro.^{3,4} La prevención positiva requiere de un ambiente de apoyo, libre de discriminación, en el que las personas conozcan su estatus con

relación al VIH, puedan divulgarlo a sus parejas, accedan a un tratamiento y atención sin prejuicios y sean respetados por sus parejas, familia, comunidad y pares.

Para estar en capacidad de disfrutar de una vida sexual más segura, las personas con VIH han solicitado educación sobre salud sexual; apoyo para desarrollar habilidades que les permitan negociar un sexo más seguro; consejería y apoyo de largo plazo que aborde el riesgo de transmisión del VIH/ITS a parejas regulares y casuales (tanto en relaciones sero-discordantes como sero-concordantes); acceso a condones y lubricantes y a información sobre cómo usarlos; orientación sobre otras formas de sexo más seguro; información sobre re-infección por el VIH; y controles de salud regulares para tratar las ITS y las infecciones oportunistas, pruebas de detección del cáncer cervical y ano-genital, y consejería y tratamiento para la disfunción sexual.²

A partir de una revisión de la literatura existente, este artículo examina las necesidades de salud sexual de adolescentes, jóvenes, mujeres y hombres viviendo con VIH, y la mejor forma de abordarlas a través de políticas, programas y servicios de salud.⁵

La salud sexual y la educación en sexualidad para adolescentes y jóvenes VIH positivos

El impacto de las terapias para el VIH es particularmente notable entre jóvenes VIH positivos que han sido infectados por transmisión vertical o por vía sanguínea. Por ejemplo, un número significativo de jóvenes tratados actualmente en clínicas de VIH para adolescentes en EEUU, se han "graduado" de clínicas pediátricas de VIH. Esta posibilidad era impensable una década atrás, cuando la mayoría de niños seropositivos morían antes de su décimo cumpleaños. Más aún, las personas que fueron diagnosticadas en la adolescencia viven ahora más allá de sus 20 años, y muchos de ellos hasta entrados los 30.⁶

Para el diseño de estrategias de extensión y atención, es fundamental comprender las etapas de desarrollo y los cambios que se producen en la adolescencia. Algunos cambios significativos en los adolescentes más jóvenes son el crecimiento y maduración fisiológica, la intensidad de los sentimientos sexuales, una menor dependencia respecto a los padres y mayor respecto a los pares, y la comprensión de las relaciones de causa-efecto. Se

inicia la menstruación en las niñas y maduran los órganos sexuales en los niños; a medida que crecen, aumenta su habilidad para asumir la responsabilidad por sus propias acciones pero también experimentan periodos de autoconsciencia y autocrítica, ataques de baja autoestima, cambios de humor y un creciente deseo de independencia. El hecho de ser VIH positivos hace más complicado tanto el ser joven como el enfrentar la sexualidad por primera vez.⁶

Los y las jóvenes VIH positivos son un grupo diverso, que varía en edad, género, orientación sexual, raza y etnicidad, nivel educativo, situación económica y habilidades cognitivas. Experimentan también diferencias en términos de salud mental, dependencia química, aislamiento social y falta de oportunidades económicas. Tienen mayor probabilidad de ser mujeres, hombres que tienen sexo con otros hombres, pertenecer a poblaciones raciales y étnicas minoritarias, y a grupos menos favorecidos que sus contrapartes VIH negativas. La forma de transmisión predominante del VIH en este grupo de edad es el comportamiento sexual de alto riesgo. Existe una mayor probabilidad de que los jóvenes varones seropositivos hayan adquirido el virus a través del contacto con miembros de su mismo sexo, incluyendo el coito anal sin protección, y en algunas culturas, también el contacto sexual con mujeres mayores. Es más probable que las jóvenes mujeres VIH positivas hayan sido infectadas a través de la actividad heterosexual, como el coito vaginal o anal sin protección, con frecuencia con hombres (jóvenes) mayores que ellas. El comportamiento sexual de alto riesgo es frecuente entre los jóvenes, hecho asociado principalmente a la expectativa determinada culturalmente de que este grupo de edad tenga actividad sexual.⁶ No obstante, el mundo adulto y los padres a menudo prefieren negar e ignorar las razones por las cuales los jóvenes adquieren la infección del VIH.

“...en algunos momentos, los jóvenes se sienten abandonados por sus padres, la sociedad y la iglesia para que aprendan por sí mismos las habilidades que requieren para establecer relaciones sexuales... para marchitarse y morir producto de la ignorancia, del hecho de no compartir abiertamente información vital, honesta y compasiva, y de nuestro embarazoso silencio y resistencia frente a la realidad.” (Njongonkulu Ndungane, Arzobispo de Ciudad del Cabo)⁷

El conocimiento es fundamental para que adolescentes y jóvenes puedan proteger su salud. La falta de educación y de servicios de salud sexual adecuados para adolescentes y jóvenes en riesgo, muchos de los cuales han dejado el colegio y están desempleados, contribuye a las altas tasas de ITS, VIH y embarazos no previstos. Las personas jóvenes buscan y reciben bien esta información, como muestra un reciente estudio transversal sobre el uso de internet entre 500 adolescentes escolares de 12 a 18 años en Mbarara, un área rural de Uganda. La mayoría de jóvenes expresaron la necesidad de contar con este tipo de información. Un 35% (173) había usado el internet en su hogar para buscar información sobre VIH y sida, y 20% (102) había buscado información sobre salud sexual. Si contaran con un servicio gratuito de internet, un 66% (330) señaló que buscaría información sobre prevención del VIH/sida por este medio.⁸ Los jóvenes de hogares con menores niveles de instrucción tenían menor acceso a internet y, por lo tanto, menor acceso a información. Sin embargo, al parecer los colegios no estimulaban a los jóvenes a que accedieran a este tipo de información durante su permanencia en ellos; el hecho de conectarse a internet en el colegio tenía una relación inversa con el hecho de buscar información sobre VIH/sida utilizando esta tecnología.

La investigación muestra que los programas escolares de educación sexual para jóvenes:

- reducen el estigma y la discriminación, lo mismo que las ITS, el VIH y los embarazos involuntarios;⁹
- no promueven una actividad sexual temprana en adolescentes ni incrementan el número de parejas sexuales;^{10,11} y
- pueden aumentar los conocimientos y reducir el comportamiento de riesgo.^{12,13}

La literatura está repleta de descripciones sobre acciones de prevención para adolescentes y jóvenes que buscan mejorar sus conocimientos y comprensión sobre la sexualidad y otros temas vinculados a ella que involucran a colegios, consejería de pares, teatro e internet. Sin embargo, todos estos espacios y recursos asumen que los adolescentes y jóvenes a quienes se dirigen son seronegativos, y existen pocas evaluaciones de intervenciones orientadas a jóvenes VIH positivos. A pesar de ello, el 25% de todas las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial ocurren en adolescentes y jóvenes, especialmente

en contextos de alta prevalencia, y los niños que han adquirido el VIH en la infancia requieren de información y soporte a medida que se convierten en adolescentes y adultos jóvenes.

En la Conferencia Internacional de Sida realizada en agosto de 2006 en Toronto, un joven VIH positivo señaló que no se aborda en general la diferencia entre prevenir el VIH en jóvenes seronegativos y prevenir el sida en jóvenes seropositivos, y el tema de sexualidad y VIH se trata escasamente con este último grupo (Marge Berer, Editora, RHM, comunicación personal, abril 2007). Los y las adolescentes requieren prepararse emocional y prácticamente para la terapia anti-retroviral. Existen cuestiones específicas en torno a la divulgación del estado seropositivo incluso si nunca han tenido relaciones sexuales y aun si no están preparados para ellas, ¿deben revelar su estatus seropositivo a una nueva pareja antes o después del primer beso? De esta manera, existen cuestiones de salud sexual y reproductiva que son relevantes para los jóvenes VIH positivos y que deben ser identificadas con ellos a fin de desarrollar los programas pertinentes.

Recientemente, mujeres jóvenes seropositivas en África priorizaron la capacitación no valorativa y basada en el desarrollo de habilidades, en temas vinculados al establecimiento de relaciones, la sexualidad y la identidad sexual, así como capacitación en comunicación y asertividad, habilidades para negociar un sexo más seguro, e información sobre el nivel de seguridad de diferentes prácticas sexuales.⁷ A pesar de los compromisos asumidos a nivel nacional para apoyar la salud sexual adolescente y erradicar la epidemia de VIH, estas necesidades no están siendo cubiertas actualmente en la mayoría de países del mundo.

En lugar de ello, en diversos países de África y otros lugares, los programas nacionales de salud sexual para jóvenes financiados con el dinero de PEPFAR o implementados por organizaciones confesionales promueven la abstinencia sexual como único método de prevención. Uno de los requisitos para recibir fondos de PEPFAR es que éstos no sean usados para distribuir u ofrecer condones en los colegios, realizar acciones de mercadeo para promover el condón entre la juventud, o promover el uso del condón como principal medio de prevención del VIH en ningún contexto.¹⁴

"No es posible que se promueva el uso del condón exclusivamente entre las personas con alto riesgo de

*contraer la infección sin estigmatizar tanto a estas personas como a los condones mismos, situación que pone además en riesgo la promoción del uso del condón con fines anticonceptivos. Debe hacerse todo lo posible por reducir los mensajes negativos sobre el condón. Todas las personas que trabajan en el ámbito del VIH/SIDA deben reflexionar sobre su propio trabajo en este nuevo escenario y garantizar que todas las opciones de prevención estén ampliamente disponibles, que se brinde información correcta y que todo aquel que necesite un condón pueda acceder a él."*¹⁵

Aunque los programas que apoyan el hecho de no tener relaciones sexuales pueden ser bien recibidos por muchos jóvenes, tanto seropositivos como seronegativos, es difícil mantener la abstinencia como una opción "perpetua" o de largo plazo. En EEUU, la tasa de gonorrea oral es más alta entre jóvenes que han recibido exclusivamente mensajes sobre la abstinencia.¹⁶ Las entrevistas con diez mujeres y hombres jóvenes VIH positivos entre 17 y 24 años en Suecia mostraron a la "cultura del silencio" en torno a la sexualidad como un factor crítico que aumentaba su vulnerabilidad frente a la infección del VIH, junto con la falta de supervisión adulta durante la niñez, la ingenuidad respecto a la sexualidad, el estar enamorado/a, el uso de alcohol y drogas, el tener una actitud machista y las disparidades de género en el campo de la sexualidad, lo que afectaba tanto el sexo consensual como el sexo forzado.¹⁷

En el caso de adolescentes, un enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de su derecho a una información y educación sexual completa y precisa como forma de garantizar que "tengan la habilidad para adquirir conocimientos y desarrollar habilidades para protegerse y proteger a otros a medida que empiezan a expresar su sexualidad."¹⁸

Un número creciente de proyectos desarrollados por ONG con jóvenes puede servir como modelo de implementación de un enfoque de derechos, que los programas nacionales pueden adaptar y ampliar. El Proyecto Khayelitsha de Médicos sin Fronteras en Sudáfrica ha implementado un servicio amigable para jóvenes desde 2004, centrado en brindar educación para la salud, servicio de diagnóstico y consejería, atención y seguimiento del VIH, atención de las ITS y planificación familiar. Cada mes, alrededor de 1,700 jóvenes entre 12 y 25 años visitan el proyecto. Cada joven que

requiere tratamiento para una ITS es incentivado para someterse a una prueba de VIH, y un 26% de quienes lo han hecho hasta el momento ha resultado ser seropositivo. La mayoría de jóvenes asiste inicialmente por servicios de planificación familiar, lo que ofrece una excelente oportunidad para conversar sobre el uso de condón y comportamientos de sexo más seguro. Se ha incrementado la frecuencia del seguimiento a jóvenes VIH positivos con bajos niveles de CD4 a una vez al mes para asegurar la continuidad de la educación sexual y el apoyo. Lo anterior ha incrementado de manera importante la carga de trabajo del personal, problema que está siendo abordado impulsando la formación de más grupos de apoyo para jóvenes con VIH.¹⁹

También en Sudáfrica, el Programa de Desarrollo de las NNUU ha iniciado tres proyectos piloto con jóvenes VIH positivos en las provincias de Limpopo, KwaZulu Natal y Cabo Oriental, en alianza con los departamentos de salud nacional y provincial, el Departamento de Desarrollo Social y UNFIP, UNICEF y UNFPA. Dichos proyectos piloto son parte de un programa desarrollado con y para jóvenes VIH positivos que busca establecer un vínculo entre ellos y ONG que brindan atención y apoyo comunitario y en el hogar, promoviendo un cambio de comportamiento mediante su participación en investigación acción sobre actitudes y comportamientos sexuales, la adquisición de habilidades para la vida y la relación entre el riesgo frente al VIH y la violencia sexual, e insertándolos en empleos locales a fin de que desarrollen habilidades para un mejor manejo de su estado seropositivo y para potenciar sus posibilidades de inserción laboral.²⁰

Elementos importantes que deben formar parte de los servicios amigables para jóvenes con VIH son el mantener su salud, monitorear la función inmunológica y la carga viral, brindar educación sobre el VIH y la reducción del riesgo, brindar acceso a tratamiento, identificar y cubrir las necesidades psicosociales y la depresión, promover habilidades para vivir de manera independiente y transitar hacia la adultez, tratar las ITS, brindar anticonceptivos y condones, brindar apoyo para el cuidado de los niños, y reforzar y mantener comportamientos de sexo más seguro.²¹

Las barreras para la atención de jóvenes con VIH incluyen la escasez de recursos financieros, la desconfianza en los profesionales de salud, la dificultad para negociar el sistema de atención de salud, regímenes de tratamiento complejos, escasez de prestadores con experiencia tanto con el VIH como en medicina adolescente, y preocupaciones respecto a la confidencialidad y la divulgación del estado seropositivo. Es posible que ni siquiera existan leyes y políticas institucionales que normen los derechos de los adolescentes a la confidencialidad y el consentimiento. El miedo y la negación pueden también jugar un rol en este tema. La investigación en EEUU ha identificado los siguientes componentes para servicios amigables dirigidos a jóvenes VIH positivos:

- Horarios flexibles, incluyendo fines de semana y tardes, para reducir problemas de incompatibilidad con los horarios del colegio o el trabajo.
- Atención sin cita, para estimular el uso de servicios.
- Accesibilidad mediante una ubicación conveniente cercana a las redes de transporte público, vales de viaje y apoyo para el transporte de jóvenes del área rural.



LARRY TOWELL / MAGNUM PHOTOS

Paseo campestre organizado por Médicos sin Fronteras para pacientes con VIH, Perú, 2005.

- Manejo intensivo del caso para apoyar la divulgación del estado seropositivo y la notificación a la pareja, y para establecer la conexión con servicios de salud mental, tratamiento para abuso de drogas y vivienda, según se requiera.
- Involucramiento activo de los jóvenes en todos los aspectos de planificación, implementación y evaluación del programa.
- Incluir, al menos parcialmente, a miembros de la población objetivo como parte del personal.
- Personal con competencias culturales sensible a la cultura juvenil y a poblaciones con características raciales y étnicas diversas, así como a cuestiones de género, orientación sexual y estatus serológico.
- Servicios adaptados a la población que es atendida, por ejemplo, acciones orientadas a jóvenes sin hogar y grupos de apoyo adecuados para jóvenes gay, lesbianas, bisexuales, transgénero y jóvenes que cuestionan su orientación sexual, usuarios de drogas, y padres adolescentes.
- Decoración, materiales y atmósfera juvenil y acogedora.
- Materiales de información apropiados al lenguaje y niveles de alfabetización de los y las jóvenes usuarios/as.²¹

Consejería y diagnóstico del VIH, divulgación del estado seropositivo y notificación a la pareja

La mayoría de personas que pertenecen a los grupos con mayor incidencia de nuevas infecciones por VIH (adolescentes, trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, y usuarios de drogas inyectables) ignoran su estatus serológico. Es necesario que estos grupos accedan a servicios de consejería y diagnóstico del VIH que los apoyen para conocer dicho estatus y para mantener su salud en caso de ser seropositivos. Más de la mitad de las infecciones por VIH en EEUU fueron propagadas por personas VIH positivas que no sabían que lo eran. Al conocer su estatus, redujeron a la mitad sus comportamientos de alto riesgo.²² En Kenia, Tanzania y Trinidad, las parejas discordantes incrementaron el uso del condón y disminuyeron los contactos sexuales externos a la relación.²³⁻²⁶ En Ruanda, la consejería y el diagnóstico intensivos enfocados en la población masculina produjeron un incremento significativo en el uso del condón y una disminución del sexo coercitivo al año de seguimiento, en

comparación con la población que recibió servicios de consejería y diagnóstico convencionales.²⁷ En un estudio en Zambia, el uso del condón se incrementó de menos del 3% a más del 80% después de recibir servicios de consejería y diagnóstico, y se mantuvo durante los 12 meses del estudio, aunque hubo un importante sub-reporte de sexo sin protección.²⁸

Son pocos los programas de atención del VIH que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva, y es probable que aquellos que lo hacen no incluyan información suficiente para favorecer la toma de decisiones por parte de los prestadores.²⁹ Cuando se combina la atención y tratamiento para el VIH y las ITS con educación en ambientes apropiados, de manera directa o mediante referencia, aumentan las oportunidades de llegar a las personas VIH positivas y tener un mayor impacto en reducir la propagación de la enfermedad. ONUSIDA/OMS han demostrado el potencial de incrementar las sinergias entre la prevención, el tratamiento y la atención, en la medida en que más personas se someten a la prueba de VIH para acceder a la terapia antirretroviral y salvar sus vidas, y más personas que están bajo tratamiento recuperan su salud.³⁰ En Haití y Sudáfrica, la introducción del tratamiento y la atención del VIH redujeron el estigma, aumentaron el uso de los servicios de consejería y diagnóstico así como la divulgación del seroestatus a la pareja.^{31,32}

El temor a las consecuencias que implica la divulgación del estado seropositivo a la pareja puede dificultar la comunicación en torno a temas sexuales. Tanto la divulgación como el intento de mujeres y hombres seropositivos de usar condones para proteger a sus parejas enfrentan a menudo rabia o incredulidad.³³ Un estudio realizado con hombres gay en Francia enfatiza la necesidad de alentar la comunicación y la divulgación del estado seropositivo en parejas gay discordantes. En los casos en que las personas VIH positivas no habían revelado su estatus seropositivo a sus parejas regulares VIH-negativas o no se habían sometido a la prueba de VIH, existía una mayor probabilidad de tener sexo sin protección. El consumo excesivo de alcohol aumentaba la probabilidad de no utilización consistente del condón en parejas discordantes.³⁴

La OMS y ONUSIDA han puesto de relieve el temor a divulgar el estatus seropositivo a los trabajadores de salud como obstáculo para obtener una atención apropiada y oportuna; a las familias

y comunidades para obtener un apoyo psicosocial y práctico; y a parejas sexuales o usuarias de drogas para prevenir la propagación de la infección. Plantearon hace varios años la necesidad de promover una “divulgación saludable” y la “consejería ética a la pareja” como pasos esenciales para reducir el estigma y crear un ambiente social más abierto y de aceptación. Se considera contraproducente penalizar a quienes no han divulgado su estatus y pueden haber transmitido la infección. La divulgación saludable es voluntaria, respeta la autonomía y dignidad de las personas con VIH, preserva la confidencialidad y pone el énfasis en el beneficio de ambos miembros de la pareja. Esto puede lograrse ofreciendo servicios de consejería y diagnóstico, desarrollando políticas en el lugar de trabajo y brindando atención comunitaria, pero sólo si estas acciones son acompañadas de capacitación, supervisión y apoyo a los trabajadores de salud. Una consejería de pareja ética implica confidencialidad y consentimiento informado para que la persona con VIH divulgue su estado seropositivo, y un esfuerzo importante del profesional de salud para persuadirla de notificar a su pareja. Reconociendo las graves consecuencias de no informar a la pareja y, en consecuencia, poner a otras personas en riesgo de contraer la infección, la OMS/ONUSIDA aconsejan que se brinde consejería a las parejas de personas seropositivas sin el consentimiento de éstas sólo después de sopesar éticamente posibles daños derivados de esta acción.³⁵ De manera similar, el Consejo General de Colegios Médicos de Gran Bretaña permite que un profesional de salud divulgue el estado seropositivo con el fin de proteger a la pareja y a otras personas del riesgo de muerte o daño severo, pero no a aquellos, incluyendo familiares, que no están en riesgo de infección.³⁶

La no divulgación del estatus seropositivo a las parejas sexuales constituye un área crítica para los profesionales de salud, que han visto cómo las parejas de personas seropositivas contraen la infección por falta de conocimiento. Las mujeres han adquirido el VIH por vía sexual sin saber que sus parejas tenían relaciones sexuales con hombres o con usuarios de drogas inyectables, y que estaban por lo tanto en mayor riesgo de contraer la infección.^{37,38} Es posible que el conocimiento del estatus de la pareja no proteja a las mujeres que no cuentan con la independencia social o económica necesarias para abandonar una relación, o no tienen el poder de rechazar el sexo sin protec-

ción. Se generan problemas cuando la divulgación va acompañada de culpa, violencia, traición y resentimiento. La “confidencialidad compartida”, es decir, revelar una información sensible como es el estatus seropositivo a grupos determinados, como la familia o miembros cercanos de la comunidad a fin de que brinden apoyo a la persona afectada, por ejemplo mediante atención en el hogar, ha permitido que las familias asuman la situación del VIH con un énfasis en el beneficio y soporte mutuo. Los profesionales de salud, los facilitadores de pares y los mediadores familiares, tales como aquellos que pertenecen a organizaciones religiosas, pueden ayudar a las familias a mitigar el impacto, especialmente cuando la divulgación trae beneficios como el acceso al tratamiento antirretroviral y de una ITS.^{39,40}

Transmisión sexual del VIH, sexo más seguro y reducción del riesgo

Para las personas con VIH, tener un comportamiento de sexo más seguro con una pareja sexual seronegativa o con una pareja cuyo estatus es incierto (una relación sero-discordante) es importante para protegerse de una ITS y para proteger a su pareja de contraer la infección del VIH. Entre dos personas con VIH (una relación sero-concordante), el objetivo es proteger a ambos miembros de la pareja de una ITS y de una reinfección. En una relación VIH discordante, resulta particularmente problemático garantizar que la pareja o parejas VIH negativas, sean regulares o casuales, permanezcan negativas.

El riesgo de transmisión sexual del VIH aumenta si la pareja VIH positiva tiene una alta carga viral, por ejemplo durante la seroconversión en las etapas tempranas de la infección por VIH y durante la última etapa de la enfermedad. El riesgo de infección entre ambas etapas está presente, pero es considerablemente menor.⁴¹ Las ITS concurrentes facilitan la transmisión del VIH a través de úlceras genitales, inflamación del tejido vaginal y anal y debajo del prepucio, así como la concentración de VIH en flujos o secreciones producto de una ITS. Las mujeres que tienen relaciones sexuales vaginales sin protección, y los hombres y mujeres que son penetrados analmente sin protección son más vulnerables biológicamente que los hombres que penetran a sus parejas.⁴² Las adolescentes mujeres están en mayor riesgo durante la penetración vaginal sin protección debido a la falta de madu-

rez del tracto genital. La mayor vulnerabilidad de quien recibe el semen se deriva de la mayor área de superficie de la vagina o el recto con relación al pene y el mayor periodo en el que el semen permanece en contacto con el tejido. El sexo brusco y forzado puede provocar abrasión y sangrado, aumentando el riesgo de transmisión del VIH y la hepatitis B.

La habilidad para practicar un sexo más seguro depende de la comunicación y confianza en la pareja y en la relación. Estas características pueden estar o no presentes; en realidad, el sexo puede darse con poca o ninguna comunicación y/o puede ser coercitivo. Los proveedores de salud, consejeros y educadores requieren capacitación y probablemente también educación sexual para sí mismos a fin de poder abordar temas sexuales con personas VIH positivas con profesionalismo, de una manera positiva y sin juicios de valor. El sexo es un tabú en muchas culturas, lo que dificulta brindar educación a los trabajadores de salud y lograr que ellos hablen de sexo más seguro con las personas que viven con VIH.

La promoción de un sexo más seguro sólo puede ser efectiva si considera los deseos y actividades sexuales reales de las personas.⁴³ Las historias sobre la adquisición de la infección en distintos tipos de relaciones VIH discordantes (por ejemplo tanto entre obreros en Zimbabue como entre hombres gay en EEUU) muestran la necesidad de intervenir en áreas como la mejora de la percepción del riesgo, la relación entre una baja autoestima, la pérdida de control y el sexo no seguro, y enseñar formas de demostrar amor e intimidad que incorporen el uso del condón y otras prácticas de sexo más seguro.^{39,40} Los discursos de los investigadores y educadores en el tema de VIH pueden diferir de las narrativas de las personas VIH positivas respecto a su propia seroconversión. Un estudio de serie de casos de seroconversión en Australia, en el que se pidió a los hombres que relataran la ocasión en la que pensaban que habían adquirido la infección, encontró que las razones variaban según el contexto. Las explicaciones más frecuentes en las relaciones regulares se vinculaban a las dificultades para negociar un sexo seguro, el amor y la intimidad, y el fatalismo, mientras que en los encuentros sexuales casuales, la seroconversión se explicaba con mayor frecuencia en términos de placer, falta de control o contextos sexuales particulares. La explicación para la infección dada por los hombres se basaba tanto en el discurso de

riesgo de los investigadores de VIH como en los discursos de amor, placer y control.⁴⁴

Algunos educadores de salud, gobiernos y organizaciones confesionales han tendido a dar mensajes simples respecto a qué “hacer” o qué “no hacer”, incluyendo mensajes del tipo “ABC”, pero la realidad es mucho más compleja. El tomar una decisión basada en información sobre sexo más seguro requiere cierta comprensión de los principios biológicos de la transmisión de la enfermedad, y muchas culturas operan con distintos sistemas de creencias sobre la salud y la enfermedad. Entre los factores relacionados con los comportamientos están las relaciones sexuales entre hombres mayores, con mayor experiencia sexual, y mujeres más jóvenes (y vice versa), el tener más de una pareja, el tener múltiples parejas (como en los casos de comercio sexual), y el cambio frecuente de pareja. La influencia del alcohol o drogas puede provocar una pérdida de autocontrol y conducir a un sexo no seguro. Las trabajadoras sexuales a menudo no utilizan condones con sus amantes a fin de establecer una diferencia con sus clientes.^{45,46} En los lugares en los que se penaliza o estigmatiza el sexo entre hombres o con personas transgénero, como ocurre todavía en muchos países en desarrollo, la necesidad de ocultar estas relaciones de los vecinos y la familia puede llevar a tener sexo rápido, sin protección, en lugares como zonas “de ligue” apartadas, lo que afecta ampliamente las posibilidades de establecer parejas estables.⁴⁷ Es mucho más complicado promover y practicar un sexo más seguro en todas estas situaciones.

No tener relaciones sexuales es, por supuesto, el camino más seguro, aunque de poca utilidad para quienes desean tener relaciones sexuales o son forzados a tenerlas. Sobre la base de los principios biológicos de la transmisión de enfermedades, el sexo (más) seguro se refiere a aquellas actividades que evitan o reducen el intercambio de fluidos corporales (semen, sangre, fluidos vaginales), evitan el contacto genital a genital y reducen el riesgo de transmisión de las ITS y el VIH, incluyendo la reinfección. Las formas más efectivas de sexo (más) seguro son:

- Sexo sin penetración (no penetración del pene en la vagina, ano o boca) incluyendo la masturbación, la masturbación mutua, besarse, hablar de sexo, los masajes y otras formas de tocarse y estimularse.

- La monogamia recíproca o la poligamia entre parejas sin infección previa. La protección depende de que cada pareja sea fiel, y de que ninguno de los miembros tenga una relación fuera de la pareja o el círculo.
- El uso del condón masculino y femenino, tanto para el sexo vaginal como anal y condones masculinos sin lubricante para el sexo oral.

Existen también enfoques de reducción de riesgo que ofrecen cierta o mayor seguridad que otros, más que ser “completamente seguros”, y su eficacia y aceptabilidad varían considerablemente. La evidencia muestra que el uso consistente y correcto del condón es la estrategia más efectiva de reducción de riesgo. Otras estrategias, con niveles de eficacia variables y en algunos casos inciertos incluyen el retiro, el sexo oral, la circuncisión para hombres sero-negativos, el mantener una baja carga viral a través de la terapia antirretroviral^{48,49} y el sero-sorting (el que las personas con VIH buscan personas seropositivas para establecer una relación).

El retiro (coitus interruptus) ha sido usado por siglos como un método de reducción de riesgo para la prevención del embarazo. Desde el inicio de la epidemia de VIH, el retiro ha sido también utilizado por hombres gay (o su variante, la penetración temporal y parcial sin condón) con fines de reducción de riesgo, por ejemplo en Australia.⁵⁰ El retiro no protege de otras ITS, y su eficacia para la reducción del riesgo del VIH no ha sido estudiada.

El sexo oral es una alternativa al sexo con penetración que muchas personas encuentran excitante. Es difícil estudiar la transmisión del VIH a través del sexo oral, debido a que la mayoría de personas realizan también otras actividades sexuales, aunque la mayoría de ITS fuera del VIH (por ejemplo sífilis, herpes y gonorrea) también se transmiten oralmente. Existe actualmente un consenso respecto al hecho de que el sexo oral sin protección es una estrategia efectiva de reducción del riesgo comparada con la penetración anal o vaginal sin protección. El Servicio de Laboratorio de Salud Pública del Reino Unido estima que 1-3% de los casos de VIH pueden atribuirse al sexo oral. Un estudio norteamericano sobre los riesgos de la transmisión del VIH por sexo oral reportó que de 122 hombres gay con VIH, 80% señaló esta práctica como su única actividad de riesgo, aunque luego de esta afirmación inicial,

algunos de los hombres admitieron tener sexo anal sin protección. Un estudio reciente no encontró ningún caso de transmisión oral del VIH en un lapso de 10 años en una muestra de más de 100 parejas con un miembro seropositivo y otro seronegativo.⁵¹ En un estudio realizado en España entre 1990 y 2000, no se encontró ningún caso de transmisión del VIH en más de 19,000 episodios de sexo oral sin protección en una cohorte de 135 individuos VIH negativos (110 mujeres y 25 hombres) que tuvieron una relación sexual con una persona seropositiva.⁵² Se considera que existe un menor riesgo en el cunnilinguis que en el felatio, y algunas veces se sugiere evitar la sangre menstrual.⁵¹ Puede minimizarse el riesgo utilizando un condón u otra barrera de látex o poliuretano sobre la vulva o el ano, evitando el sexo oral cuando es probable que la pareja seropositiva tenga mayor carga viral y mayor probabilidad de contagio, en los casos de inflamación por infecciones de garganta comunes, alergias o infecciones de transmisión sexual (ITS) como gonorrea, o de encías sangrantes o llagas en la boca o garganta del receptor, así como la eyaculación en la boca del receptor si quien eyacula es VIH positivo.⁵³

Un estudio realizado en 2005 demostró que la terapia antirretroviral puede reducir la transmisión heterosexual del VIH en un 80% en parejas discordantes,⁴⁸ pero tanto investigadores como otras personas han advertido que incluso un pequeño incremento en los comportamientos de riesgo sexual puede anular este efecto. Más aún, incluso si se ha demostrado por simulación matemática que la disminución en la carga viral puede reducir el riesgo en casos individuales, en contextos en los que existe un acceso limitado a la terapia antirretroviral, como Uganda, y dado que la terapia es suministrada sólo en etapas avanzadas de la enfermedad, es poco probable que se dé un impacto en la epidemia a nivel poblacional.⁴⁹

El cérvix es el principal lugar de infección por gonorrea, clamidia y el virus de papiloma humano, el mismo que tiene más receptores de VIH que la vagina.⁵⁴ Métodos de barrera como el diafragma y el capuchón cervical han sido usados por décadas con fines anticonceptivos. Se ha demostrado que el diafragma reduce las tasas de gonorrea, clamidia y enfermedad inflamatoria pélvica, y están aún pendientes los resultados de un ensayo clínico con el diafragma All-Flex para prevenir la transmisión del VIH.^{55,56} Hay actualmente nuevos métodos de barrera disponibles.

Las prácticas de sexo anal son escasamente abordadas como parte de la educación sexual bajo el supuesto que no ocurren, o al menos no con mujeres, y es probable que tampoco se hable del sexo entre hombres o con personas transgénero. No obstante, una revisión de estudios en EEUU realizada en 1999 sobre coito anal heterosexual mostró en números absolutos que aproximadamente siete veces más mujeres que hombres homosexuales habían experimentado un coito anal sin protección.⁵⁷

La transmisión anal del VIH de un hombre seropositivo a una pareja receptora, sea ésta masculina o femenina, es la modalidad de transmisión del VIH de mayor riesgo, después de la transmisión sanguínea. En diversos países, los adolescentes reportan tener sexo anal para evitar un embarazo o preservar la virginidad.⁴¹ En Sudáfrica, un 42.8% de una muestra de trabajadoras sexuales tenía sexo anal con sus clientes. La prevalencia del VIH en este grupo era de 61.3%, comparado con un 42.7% entre quienes no tenían sexo anal, luego de controlar el factor edad, número de clientes por semana y duración del trabajo sexual.⁵⁸ El coito anal receptivo sin protección supone un riesgo diez veces mayor de contraer el VIH que el coito vaginal sin protección, dado que la mucosa anal es más delicada y se daña con mayor facilidad durante la penetración.⁵⁹ Algunos hombres que tienen sexo con hombres han experimentado desgarro del tejido anal, hemorroides, proctitis y otras lesiones anales, las mismas que incrementan el riesgo.⁶⁰

Las duchas vaginales pueden eliminar fluidos naturales y bacterias tales como los lactobacilos, que mantienen el ambiente natural y el pH de la vagina. La lubricación natural de la vagina durante la excitación sexual facilita la penetración, usando o no un condón. Es necesario abordar la negativa asociación en algunas culturas entre la humedad vaginal natural y la promiscuidad. Los lubricantes a base de agua y la saliva hacen que el sexo vaginal y anal sea más seguro y son especialmente necesarios para las trabajadoras sexuales y otras personas que realizan coitos repetidos. Pueden también hacer que el sexo sea más placentero. Los lubricantes a base de agua deben usarse con condones, especialmente para el sexo anal, de manera de evitar que el tejido anal se dañe y que el condón se rompa.⁶¹ Tanto los trabajadores de salud como las mujeres requieren información sobre los riesgos de insertar sustancias en la vagina con

el fin de hacerla más estrecha, seca o "caliente" utilizando astringentes, detergentes, lejía, ajíes, cortezas u otras sustancias.⁶²

Los resultados recientes de tres ensayos aleatorios en África muestran una protección parcial (50-60% de reducción del riesgo) para la transmisión vaginal del VIH de una mujer a un hombre en el caso de hombres seronegativos que se someten a una circuncisión.⁶³⁻⁶⁵ La circuncisión masculina es una opción particularmente apropiada para mujeres seropositivas y sus parejas masculinas que no se han sometido a una prueba de VIH o son seronegativos. No se ha demostrado ningún efecto de protección de la circuncisión masculina para las mujeres, y se suspendió en la fase inicial el reclutamiento para el único ensayo clínico que abordaba este tema, dado que la incidencia del VIH era mayor entre las parejas mujeres de hombres circuncidados que en el grupo control no circuncidado.⁶⁶ La consejería y mensajes deberían enfatizar en el hecho que en hombres seronegativos recientemente circuncidados, el reinicio de las relaciones sexuales antes que la herida haya sanado completamente puede aumentar el riesgo de contraer el VIH, así como en el riesgo de transmisión del VIH de hombres seropositivos recientemente circuncidados a sus parejas mujeres.^{66,67}

Una intervención parcialmente efectiva que protege a los hombres, pero no a las mujeres podría resultar en una mayor transmisión del VIH si los hombres circuncidados no inician o mantienen el uso del condón o si tienen otras parejas. La OMS/ONUSIDA advierten que "cualquier decisión sobre la circuncisión masculina debe tomar en cuenta los factores culturales, el riesgo de complicaciones, el potencial para minar los comportamientos de protección y las estrategias de prevención existentes, y las restricciones del sistema de salud".⁶⁷

Con base en la evidencia actualmente disponible, la circuncisión masculina no se recomienda para los hombres seropositivos como intervención orientada a reducir la transmisión del VIH a mujeres; tampoco existe información sobre la seguridad de esta práctica para hombres seropositivos, especialmente para aquellos con inmunosupresión avanzada. Todavía no se ha realizado estudios sobre si existe algún beneficio en términos de protección de la circuncisión masculina para el sexo entre hombres cuando uno de ellos es seropositivo, ni tampoco para el sexo heterosexual anal.⁶⁷

El uso del condón

ONUSIDA, OMS y UNFPA enfatizan en la importancia del condón en todas las estrategias de control de las ITS y el VIH.⁶⁸ La idea difundida entre los proveedores de servicios de planificación familiar de que los condones sirven exclusivamente para prevenir enfermedades, dado que son menos efectivos que otros métodos anticonceptivos no toma en cuenta su potencial para incrementar el número de actos sexuales protegidos si también se pone énfasis en su efecto anticonceptivo. Gracias a los esfuerzos exitosos del mercadeo social, la promoción del condón en África ha sido un éxito para mujeres solteras, incluyendo la prevención del embarazo, que constituye el motivo principal o parcial de la mayoría de mujeres solteras que usan condones, incluso cuando existe un alto riesgo de contraer una ITS/VIH. Tanto los investigadores como quienes implementan los programas han descuidado las necesidades de la población casada o conviviente, a pesar de que más de la mitad de infecciones por VIH en las graves epidemias de África meridional y oriental ocurren en este grupo. Es posible, sin embargo, que las barreras para el uso del condón en parejas casadas no sean tan grandes como se asume con frecuencia.⁶⁹

Es cada vez más frecuente encontrar afirmaciones falsas e incorrectas en los materiales de educación para la salud apoyados por organizaciones confesionales opuestas a las relaciones sexuales fuera del matrimonio y a la anticoncepción.⁷ Los conservadores cristianos en EEUU demandan que las etiquetas de los condones adviertan sobre el riesgo de infección, pero no sobre su alta efectividad para prevenir las infecciones si son usados de manera consistente y correcta; los programas gubernamentales que promueven la abstinencia como única alternativa sólo permiten una mención al condón en el contexto de su tasa de fracaso.⁷⁰ La desinformación deliberada obstaculiza severamente los esfuerzos de prevención, siembra la confusión y amenaza la disponibilidad y el uso del condón, lo que a su vez promueve la transmisión del VIH.

Los condones masculinos de látex tienen una efectividad de 80-95% para la prevención del VIH y de la mayoría de ITS si son usados de manera consistente y correcta.⁷¹⁻⁷³ Los condones tienen un efecto impermeable ante los agentes infecciosos presentes en las secreciones genitales.^{58,72,74,75} Reducen el riesgo de transmisión del virus de papi-

loma humano (VPH) y por lo tanto, de la displasia y el cáncer cervical y ano-genital.^{70,76,77} Reducen también la transmisión del virus del herpes simple-2, aunque es posible que exista una transmisión parcial a través del sexo sin penetración y de la piel no cubierta por el condón.

El uso de lubricante con el condón masculino es importante para las mujeres en el periodo post menopausia debido a la menor lubricación vaginal natural, así como para trabajadoras sexuales y otras mujeres que tienen coitos múltiples y/o coitos rápidos con una o más personas; esto último puede producir incomodidad e incluso dolor si sólo se utiliza un condón, dado que es posible que la vagina no produzca una adecuada lubricación natural. La falta de estimulación y la depresión psicológica pueden también contribuir a la sequedad vaginal. Esto puede llevar en ocasiones a que el condón se rompa y a un aumento de los desgarros vaginales, incrementando así el riesgo de transmisión de una ITS.⁶¹ El condón debe usarse siempre como protección en el sexo anal, así como un lubricante a base de agua para prevenir la fricción -dado que el conducto anal no tiene lubricación natural propia como ocurre en el caso de la vagina- y evitar la ruptura del condón.⁷⁸

Los condones femeninos vienen con lubricante. Usados de manera consistente y correcta, ofrecen una efectiva protección estimada en 94-97% contra las ITS. Aunque no se ha estudiado específicamente su efectividad para la prevención del VIH, se asume que ésta es comparable al caso de las ITS.⁶⁸ A pesar de su acceso limitado y su alto costo, los condones femeninos son cada vez más populares entre algunas mujeres, que pueden negociar su uso con algunos hombres.⁴³ Se han desarrollado nuevas versiones de condones femeninos, incluyendo una versión de nitrilo más asequible producida por Female Health Company,⁷⁹ y PATH está probando un nuevo modelo.⁸⁰ Es necesaria una mayor inversión para lograr una producción masiva, así como apoyar a los grupos que pueden abogar por su uso y capacitar al personal de salud para que lo promueva.

En muchos países existe evidencia anecdótica que muestra que los hombres que tienen sexo con hombres utilizan el condón femenino para protegerse durante la penetración anal con éxito. En un estudio realizado en 1998 con más de 2,200 hombres seropositivos en EEUU, la mayoría afirmó que usaría el condón femenino Reality para un coito anal receptivo y penetrativo futuro con mucha o

cierta probabilidad. Un 54% de los hombres incluidos en el estudio preferían el condón Reality al condón masculino. Es posible que las preferencias se orientaran a un producto rediseñado para el coito anal,⁸¹ pero no se ha producido ninguno desde entonces.

Es necesario reconocer las dificultades que existen para el uso del condón, particularmente en los nuevos usuarios, y dar sugerencias prácticas para superarlas.⁸² Es posible que los hombres experimenten una pérdida de erección al momento de colocarse el condón –especialmente cuando empiezan a emplearlos–, y abandonen su uso por esta razón (Juliet Richters, Centro Nacional de Investigación Social en VIH, Sidney, Australia. Comunicación personal, Octubre 2006). Vale la pena sugerir que los hombres practiquen por sí mismos antes de usarlos con sus parejas; se puede decir lo mismo de los condones femeninos, aunque probarlos con la pareja y hacer de ello una aventura compartida puede contribuir a la sostenibilidad en su uso, al introducirlo desde el inicio como parte de la intimidad sexual.

Enfoque en el placer

“Existe una creciente evidencia de que promover el uso del condón masculino y femenino asociado al placer y a mensajes de sexo más seguro, puede incrementar el uso consistente del condón y la práctica del sexo más seguro. Este es el ‘poder del placer’.”⁷⁸

En los programas de VIH, el énfasis en la enfermedad y en su prevención, en la violencia sexual, en la infidelidad y en las dificultades para promover el uso del condón puede ser abrumador. Catalogar a una persona de “infectada” afecta su sentido de identidad, haciéndola sentir a menudo que no tiene derecho a una relación satisfactoria ni a ser una persona “normal”. La mayoría de mujeres y hombres VIH positivos gozan de buena salud, y muchos de aquellos que utilizan la terapia antirretroviral han recuperado la salud. La mayoría tiene o tendrá una vida sexual activa, y los jóvenes con VIH tienen tantos deseos de explorar el ámbito de las relaciones como sus pares VIH negativos. Se puede promover un sexo más seguro con un enfoque positivo, más que basado en el miedo, poniendo énfasis en el sexo como placentero, en los condones y lubricantes como elementos eróticos y en el sexo sin penetración como excitante. El Pro-

yecto Placer ha identificado programas, literatura, investigación y capacitación que utiliza el placer como principal estímulo motivador, particularmente en contextos de bajos recursos.^{61,78}

Muchas organizaciones de hombres gay en EEUU, el Reino Unido, Canadá, Australia y otros países desarrollados han adoptado un enfoque del placer para la prevención del VIH, y enseñan a los hombres cómo sentirse mejor con el condón y cómo integrarlo al juego sexual. La Federación Australiana de Organizaciones de Sida, por ejemplo, creó Sex in Queer Places (Sexo en Lugares Queer), un videojuego interactivo que sigue a un hombre gay imaginario a lo largo de una diversidad de encuentros sexuales (por ejemplo sauna, fiesta) y permite que el usuario realice un conjunto de elecciones sexuales y con relación al uso de drogas. Con cada elección, emerge un cuadro de diálogo con información de promoción de la salud y reducción del daño.

Se incluye también un folleto electrónico que aborda temas sexuales para hombres que viven con VIH con mensajes positivos sobre el sexo(www.afao.org.au). A menudo, la audiencia objetivo tiene sus propias ideas innovadoras para erotizar los condones e incrementar su uso.⁷⁸

El placer y la sensualidad a menudo difieren según la cultura, por lo que es vital que los mensajes de promoción del placer en la prevención del VIH se adapten a las necesidades y deseos de las comunidades objetivo. Por ejemplo, en Mumbai, India, la Fundación Sambhavana reportó que algunos miembros de la comunidad hijra (transexual) se insertaban el condón femenino antes del sexo anal y explicaban a sus parejas que lo usaban como prueba de feminidad.⁷⁸

Comportamiento de sexo más seguro en las relaciones discordantes y concordantes

Las parejas VIH negativas de personas con VIH se encuentran en alto riesgo de contraer la infección, aunque no suelen ser el foco de los programas de prevención, especialmente si son parejas casadas, y raras veces se promueve el condón entre ellas. En un estudio realizado en Francia con 575 mujeres seropositivas sexualmente activas en edad reproductiva, que conocían el estatus serológico de sus parejas estables, el uso consistente del condón era seis veces más alto en parejas sero-discordantes que en parejas sero-concordantes (odds ratio=6.1, 95% CI=0.1–0.2, pb0.001).⁸³ Un estudio

suizo realizado en 2003 con parejas sero-discordantes reportó altos niveles de uso consistente del condón (73%), nivel que alcanzó 88% en el Estudio de Cohorte de VIH Suizo.⁸⁴ Por otro lado, entre 145 parejas sero-discordantes en EEUU, un 45% reportó haber tenido sexo vaginal o anal sin protección en los seis meses previos al estudio. El sexo no seguro se asoció con un menor nivel educativo, desempleo, origen étnico afroamericano, práctica del sexo anal y uso de drogas inyectables. La consistencia en el uso del condón no dependía del sexo de la pareja seropositiva ni de la duración de la relación sexual. Los hallazgos sugieren que muchas parejas heterosexuales sero-discordantes están en un alto riesgo de transmisión del VIH y pueden beneficiarse no sólo de las intervenciones que promueven un sexo más seguro, sino también de aquellas que buscan mejorar su situación social y económica.⁸⁵

En áreas de alta prevalencia del VIH en el África subsahariana, por ejemplo Zimbabue, 5-10% de las mujeres adquirieron la infección del VIH durante el embarazo y la lactancia.^{86,87} Si se conoce el estatus seropositivo de la pareja masculina, es posible introducir el uso del condón durante el embarazo y la lactancia para prevenir la infección del VIH en la mujer si ésta es seronegativa, así como la transmisión vertical al feto, que está expuesto a un riesgo mucho mayor si la madre adquiere la infección en el embarazo. Alentar a los hombres a compartir esta responsabilidad puede favorecer un uso regular del condón en el matrimonio, de manera que las parejas discordantes continúen usándolo después del periodo perinatal. Adicionalmente, el uso del condón durante la lactancia es una forma segura de prevenir una nueva gestación.

En un estudio con hombres homosexuales con pareja estable en Francia, 285 reportaron tener una pareja sero-discordante y 193 una pareja sero-concordante. Aquellos en parejas sero-concordantes reportaron con mayor frecuencia tener sexo sin protección (46.7%) que aquellos en parejas sero-discordantes (15.6%). En ambos tipos de parejas, el sexo sin protección era significativamente más frecuente en los casos en que se reportaba episodios de sexo sin protección con parejas casuales. En las parejas sero-concordantes, era más probable que aquellos con más de cuatro parejas casuales tuvieran también sexo sin protección con su pareja regular. En las parejas sero-discordantes, el consumo excesivo de

alcohol y la no divulgación del estatus seropositivo a su pareja se asociaban de manera independiente al sexo sin protección. La no divulgación del estatus seropositivo se asociaba también de manera independiente al sexo sin protección. De esta manera, la relación entre el sexo sin protección con el tener tanto parejas casuales como regulares parecía relacionarse con los factores psicosociales y de interacción subyacentes que pueden ejercer una influencia en los comportamientos sexuales de las personas que viven con VIH en relaciones regulares, independientemente del estatus de la pareja.⁸⁸

La re-infección en parejas VIH concordantes

La cuestión de si las personas con VIH pueden re-infectarse unas a otras y si dicha re-infección acelera la progresión hacia el sida ha estado en el tapete desde el inicio de la epidemia. Habitualmente, la consejería convencional a parejas sero-concordantes enfatiza en la necesidad de utilizar el condón de manera sistemática en todas las relaciones sexuales que tengan a lo largo de su vida debido al peligro de re-infección.⁸⁹ Sin embargo, la información sobre re-infección en parejas sero-concordantes es aún extremadamente limitada, lo que pone en cuestión el hecho de que esta consejería sea brindada efectivamente. La preocupación fundamental gira en torno a que la infección dual (con dos o más cepas virales, en el caso de múltiples parejas seropositivas) pueda acelerar la progresión de la enfermedad y que pueda darse el caso de virus recombinantes resistentes a las drogas. La re-infección significa: i) co-infección con otra cepa del VIH simultáneamente o en el transcurso de un mes de iniciada la infección, o ii) una súper-infección con una segunda cepa del VIH después de que la infección inicial se haya establecido. Desde el primer caso en 2002, se han reportado sólo 16 casos de re-infección en la literatura;^{90,91} es muy posible que esta frecuencia haya sido subestimada debido a la complejidad técnica de detectar una re-infección. Los estudios de súper-infección han sido iniciados recientemente. En la Conferencia Internacional de Sida en 2006, la doctora Julie Overbaugh reportó en su presentación en plenaria ocho casos potenciales de súper-infección en una cohorte de mujeres seropositivas en Mombasa, Kenia, ocurridas luego de que la respuesta de anticuerpos hubiera tenido tiempo de desarrollarse (2-5 años).⁹²

Muchas mujeres y hombres con VIH buscan establecer relaciones con parejas seropositivas (práctica denominada “sero-sorting”) en un intento de evitar la transmisión del VIH a parejas seronegativas y de tener que usar siempre condón. Se trata de una respuesta racional, dada la dificultad de mantener un uso sistemático del condón a lo largo de la vida. Es posible que sea necesario reconsiderar el uso del condón en parejas seroconcordantes, especialmente en ausencia de una ITS, si son confiablemente monógamas y, si son heterosexuales y no desean tener hijos, si utilizan otro método anticonceptivo.⁹³ En el Proyecto CAPRISA en Sudáfrica, se ha dejado de aconsejar a las parejas seroconcordantes con estas características que utilicen el condón (Comunicación personal, Salim Abdool Karim, Proyecto CAPRISA KwaZuluNatal, Sudáfrica, Marzo 2006). El mayor desafío es incrementar los comportamientos de sexo más seguro en parejas que no son concordantes o monógamas.

La terapia antirretroviral y los comportamientos de sexo más seguro

La información sobre la creciente tendencia a tener sexo sin protección asociado a una adherencia a la terapia antirretroviral en EEUU y Europa ha generado temores sobre el hecho que el estar en tratamiento, el “cansarse del sexo seguro” y el percibir que el VIH es tratable y crónico pueden dar como resultado un aumento en los comportamientos de riesgo.^{94,95} No obstante, la revisión de la literatura muestra que la prevalencia de relaciones sexuales sin protección no es mayor en personas seropositivas en terapia antirretroviral que en quienes no la reciben, ni tampoco existe una diferencia entre las personas con una carga viral indetectable versus una carga viral detectable.⁹⁶ Independientemente del estatus seropositivo, sin embargo, la probabilidad de tener sexo sin protección es mayor en quienes perciben que la terapia antirretroviral o la carga viral indetectable protegen contra la transmisión del VIH.

Es alentador que algunos estudios hayan encontrado una relación entre la alta adherencia a la terapia antirretroviral y comportamientos de sexo más seguro: en clínicas de VIH de California con poblaciones diversas, la utilización de y la adherencia a la terapia antirretroviral >95% y la carga viral indetectable estaban significativamente asociadas a la disminución en la frecuencia de sexo

vaginal y anal sin protección.⁹⁷ En una clínica ambulatoria de Londres, los hombres homosexuales seropositivos que recibían terapia antirretroviral reportaron de manera consistente menores factores de riesgo conductuales y clínicos que los hombres que no recibían tratamiento.⁹⁸ Un reciente estudio en Uganda encontró que el suministro de la terapia antirretroviral junto con consejería para la prevención y el diagnóstico, y la consejería a la pareja, reducía el comportamiento sexual de riesgo en 70% luego de seis meses.⁹⁹

La “alfabetización en el tratamiento” antirretroviral tanto para proveedores de salud como para personas con VIH es esencial para que el tratamiento sea efectivo. Dicha “alfabetización” debería incluir mensajes que contemplen información sobre sexo más seguro basada en el placer, enfatizando en:

- los beneficios de la adherencia al tratamiento (mejor salud, reducción de la necesidad de cambiar regímenes de tratamiento, prevenir el desarrollo de virus resistentes a las drogas);
- la necesidad de mantener los comportamientos de sexo más seguro, pues aunque una mejora en la salud (recuentos de CD4 más altos y carga viral más baja o indetectable) reduce el riesgo de transmisión sexual del VIH, no lo elimina;
- la terapia antirretroviral no es una “cura” para el VIH, y
- el sexo sin protección hace que se mantenga el riesgo de contraer otras ITS

A medida que se incrementa el acceso a la terapia antirretroviral en los países en desarrollo, y dado que la terapia de segunda y tercera línea sigue siendo extremadamente limitada, las estrategias para apoyar la adherencia y los comportamientos sostenidos de sexo más seguro son fundamentales para evitar la emergencia de cepas resistentes de VIH.

Pruebas de detección periódicas y tratamiento para las ITS

Las ITS provocan una considerable morbilidad y mortalidad, y son importantes co-factores que facilitan la transmisión y adquisición del VIH entre 10 y 300 veces por acto sexual, especialmente en el caso de úlceras genitales.¹⁰⁰⁻¹⁰² El tratamiento de las ITS puede darse de dos maneras: i) intervenciones a nivel poblacional para reducir la preva-

lencia de ITS y reducir la eficiencia de transmisión del VIH, y ii) servicios de atención de las ITS para abordar las necesidades individuales de salud de las personas, con o sin VIH, generalmente enfocados a individuos sintomáticos que buscan tratamiento.

La transmisión sexual del VIH está más difundida en aquellas regiones en las que existe un menor control de las ITS, donde predominan las ITS curables (chancro, sífilis, gonorrea y clamidia). Una estrategia adecuada incluye objetivos orientados a reducir la prevalencia de las ITS curables, minimizar las complicaciones (que pueden ser más severas en las personas con VIH), y aminorar la transmisión del VIH. Tailandia y Camboya han implementado con éxito intervenciones a nivel nacional que resultaron en una amplia reducción de las ITS curables y ayudaron a revertir el crecimiento de la epidemia del VIH en sus países.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Entre los factores centrales que explican dicho éxito están la promoción del condón, la mejora de los servicios de atención de las ITS y el brindar servicios preventivos y curativos efectivos a trabajadoras sexuales y sus clientes. Se han reportado resultados similares en Senegal, Kenia y otros lugares.^{106,107} Al fortalecer los servicios básicos de atención de las ITS, las ITS curables pueden ser rápidamente controladas y las infecciones virales incurables (herpes simple virus-2) y el virus del papiloma humano adquieren una mayor importancia. El herpes es incurable, pero se está estudiando actualmente su inhibición con acyclovir diario por su efecto para la prevención del VIH.¹⁰⁸ El control efectivo de las ITS requiere de intervenciones que lleguen a las redes sexuales en las que existen las tasas más altas de cambio de pareja sexual.¹⁰⁹⁻¹¹¹ Intervenciones exitosas que combinan el trabajo de pares con servicios clínicos, incluyendo pruebas de detección de las ITS y/o tratamiento presuntivo han reportado reducciones marcadas en la prevalencia de las ITS entre trabajadoras sexuales en África,¹¹²⁻¹¹⁵ América Latina¹¹⁶ y Asia.¹¹⁷

Las trabajadoras sexuales tienen necesidades especiales de prevención y detección de las ITS. Alrededor de la mitad de trabajadoras sexuales, muchas de ellas seropositivas, tienen ITS curables pero no acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, y tienen dificultades para lograr que sus clientes usen el condón.¹¹¹ En los programas exitosos, los servicios son ofrecidos en lugares y horarios convenientes, junto a otros servicios necesarios tales como anticoncepción, atención

y tratamiento para el VIH, así como apoyo para evitar que sean hostigadas por la policía y asegurar que los dueños de los prostibulos respeten los derechos de las mujeres. (Recuadro 1). Aunque algunos programas fueron previstos inicialmente para trabajadoras sexuales mujeres, éstos han atraído también a trabajadores sexuales (aún más estigmatizados que las primeras). El trabajo sexual conlleva el riesgo real y permanente de exposición a las ITS, situación que debe ser abordada a través de consejería, exámenes genitales periódicos y pruebas semestrales de detección de sífilis. Las condiciones que a menudo conducen al trabajo sexual, especialmente la pobreza y la falta de alternativas económicas, se ven agravadas por la infección por VIH.

Las ITS recurrentes desafían al sistema inmunológico de las personas seropositivas, reduciendo su capacidad para mantenerse sanas. Es necesario informar a las personas con VIH sobre los riesgos a la salud asociados a las ITS, alentarlas a buscar tratamiento temprano para los síntomas y brindarles asesoría respecto al mayor riesgo de VIH que entrañan para sus parejas seronegativas. En cada acto sexual, los hombres tienen dos veces más probabilidades de infectar a las mujeres con una variedad de ITS⁴⁷ y cuatro veces más probabilidades de infectarlas con VIH que las mujeres respecto a los hombres.¹²² Las secuelas comunes de las ITS en las mujeres –enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infecciones congénitas– y el cáncer ano-genital e infertilidad en mujeres y hombres pueden verse agravados por la infección por el VIH.¹²³ Otras infecciones del tracto reproductivo, incluyendo la candidiasis vulvovaginal crónica y la vaginosis bacteriana, a pesar de no ser transmitidas sexualmente, son también un problema para las mujeres VIH positivas.

Una infección diseminada y persistente por herpes simple virus-2 es signo de que se está en la fase final del sida (estado clínico 4 según la OMS).⁸⁹ Las pruebas de detección sistemática para infección asintomática (prueba serológica para sífilis, examen con espéculo/bimanual con pruebas para infección cervical, cuando sean factibles, y pruebas de detección de cáncer cervical) deberían ser parte integral de la atención del VIH de rutina para las mujeres.¹²⁴ Los servicios que ofrecen diagnóstico y consejería de VIH, atención prenatal, prevención de la transmisión vertical y tratamiento para la tuberculosis deberían desarrollar programas de detección de las ITS que incluyan la referencia o

Recuadro 1. Fortaleciendo los servicios de salud sexual para las personas con VIH y para aquellas en alto riesgo de contraer la infección

El **Proyecto Sonagachi** empezó en 1992 con trabajadoras sexuales en los barrios rojos de y alrededor de Sonagachi en Calcuta, India, con el objetivo de controlar las ITS y el VIH entre trabajadoras sexuales, sus parejas y clientes. Se empleó a trabajadoras sexuales locales como educadoras de pares, y las clínicas locales proporcionaron educación en salud, tratamiento de ITS y condones. No hubo intentos de “rescatar” o “rehabilitar” a las trabajadoras sexuales, ya que el Proyecto Sonagachi respeta el trabajo sexual y a las personas involucradas en él, reconoce sus derechos profesionales y humanos y depende de ellas para desarrollar el programa. Una evaluación entre mujeres usuarias de la clínica entre 1992 y 1999 mostró que la positividad de la sífilis (1:8 y por encima de este valor) bajó de 25.4% a 11.5% y las úlceras genitales se redujeron de 6.22% a 0.99%. El uso del condón se incrementó de 2.7% en 1992 a 80.5% en 1998. La prevalencia del VIH se mantuvo estable en 5% entre 1995 y 1998, valor significativamente bajo para esta comunidad.¹¹⁸

Avahan, la Iniciativa de Sida en India, está ampliando las intervenciones con trabajadoras sexuales y otras poblaciones en alto riesgo en los seis estados de mayor prevalencia del VIH en este país. Las ONG locales organizan servicios de extensión, movilización comunitaria y clínicas específicas para trabajadoras sexuales. Las clínicas proporcionan servicios para las ITS, incluyendo manejo sintomático, controles regulares y tratamiento de infecciones asintomáticas. Las trabajadoras sexuales asumen un rol activo en todos los aspectos de la prestación del servicio y han formado organizaciones de base comunitaria para abordar un amplio rango de problemas sociales y de salud.¹¹⁹ Existen directrices y estándares establecidos para el desarrollo de capacidades, y el monitoreo de resultados y coordinación de la investigación-acción está a cargo

de coordinadores gubernamentales en el tema de las ITS que han sido capacitados. En dos años, se ha establecido clínicas con servicios de extensión para trabajadoras sexuales en 274 ámbitos que cubren 77 distritos. 128,326 (70%) de las trabajadoras sexuales en 65 distritos han sido contactadas mediante servicios de extensión a cargo de pares y 74,265 (41%) han acudido a una clínica al menos una vez, cada vez más para realizar controles de rutina. Los resultados muestran que puede ampliarse la extensión y estandarizarse las intervenciones de ITS/VIH de alta calidad. A medida que mejora la calidad de los servicios básicos, se empieza a agregar servicios adicionales como planificación familiar y consejería y atención de VIH; se planea brindar también servicios de manejo de infecciones oportunistas y diagnóstico de casos de tuberculosis.¹²⁰

El **Proyecto Lesedi** en Sudáfrica proporciona servicios de atención de las ITS mediante educadores de pares y enfermeras que atienden en unidades móviles y en una clínica fija, a 4,000-5,000 mujeres VIH positivas o en alto riesgo de infección. Muchas de ellas son trabajadoras sexuales que han sido alentadas a participar en el diseño y la implementación del programa. Se está enrolando también a jóvenes con alto riesgo de contraer el VIH. La combinación de la promoción de actitudes no valorativas entre el personal de salud y el personal de proyecto, la provisión del condón, la consejería, el enseñar técnicas de negociación, el promover un enfoque sintomático y presuntivo hacia las ITS, brindar anticoncepción, asesoría en la gestación, tratamiento antirretroviral, soporte y referencia ha mostrado ser exitosa. Un indicador de impacto ha sido la significativa reducción de la prevalencia de ITS en un 70-85% en las mujeres que buscan atención, con una disminución comparable también en sus clientes.¹²¹

tratamiento. El tratamiento sintomático en el caso de las mujeres resulta complejo debido a que muchas veces se diagnostica erróneamente el flujo vaginal como una ITS, lo que provoca estigmatización y que se trate inadecuadamente un problema que puede corresponder a una vaginitis endógena.¹²⁵ El no contar con pruebas diagnósticas de calidad para gonorrea y clamidia en los centros de atención, apropiadas para contextos de bajos recursos, sigue siendo un problema crítico, especialmente para las mujeres.¹²⁶ En la última década, han bajado los precios de medicamentos efectivos de dosis única para la gonorrea, clamidia y úlcera genital (azitromicina, ciprofloxacino, cefixima), pero muchos programas de atención de las ITS en países en desarrollo no cuentan con estos u otros

medicamentos apropiados para tratar las ITS bacterianas, o lo hacen sólo de manera intermitente. Problemas en el suministro de medicamentos, la débil infraestructura de salud y la falta de apoyo político para el control de las ITS contribuyen a que las epidemias de ITS se mantengan en las poblaciones que tienen mayor prevalencia de VIH.

Durante la seroconversión al VIH, existe una alta carga viral y altas probabilidades de contagio. Una persona que adquiere una ITS puede haber estado expuesta simultáneamente al VIH. Un estudio reciente en Malawi encontró que un 20% de hombres que acudieron a una clínica con una ITS sintomática y que dieron negativo para anticuerpos del VIH estaban en un proceso de aguda seroconversión al VIH con cargas virales signi-

ficativamente más altas que aquellos que dieron positivo para el VIH.¹²⁷ Debería ofrecerse diagnóstico y consejería de VIH de rutina en los servicios de atención de las ITS; quienes resultan seropositivos deberían recibir consejería y apoyo intensivos con fines de prevención. De manera similar, quienes son diagnosticados con una ITS requieren de educación intensiva acerca de las posibilidades de que se encuentren en el periodo ventana de la infección y de la necesidad de volver a someterse a la prueba de VIH en 6-12 semanas, así como de que pueden transmitir el VIH a sus parejas si tienen sexo sin protección. Es necesario que todas las personas en riesgo de contraer una ITS por tener sexo sin protección utilicen métodos de sexo más seguro de manera consistente. Esto es potencialmente más difícil para aquellos cuyo riesgo se deriva del comportamiento de su pareja más que del propio.

El virus del papiloma humano, el cáncer cervical y ano-genital

El cáncer cervical y ano-genital en mujeres y hombres es una complicación de la infección persistente por cepas de tipo oncogénico del virus del papiloma humano (VPH). Las cepas de menor riesgo del VPH provocan verrugas genitales benignas en los genitales inferiores y el ano en ambos sexos. Pueden ser severas y persistentes en personas con VIH, pero eventualmente remiten espontáneamente sin tratamiento.

A nivel mundial, es posible que hasta un 80% de hombres y mujeres que han iniciado recientemente su vida sexual estén expuestos a las cepas de tipo oncogénico del VPH, pero la mayoría desarrolla solo una infección transitoria. En un porcentaje pequeño de mujeres, la infección por VPH evoluciona a una neoplasia cervical intraepitelial (NCI), una condición pre-cancerosa que puede experimentar una regresión o evolucionar hacia un cáncer invasivo.¹²⁸ La neoplasia intraepitelial anal (NIA) causada por el VPH ocurre con la misma frecuencia en hombres que tienen sexo con hombres que el cáncer cervical en mujeres y es probablemente más frecuente en las personas con VIH.¹²⁹ Un estudio con más de 100 mujeres con NCI y sus parejas sexuales masculinas mostró que el uso consistente del condón puede acelerar la regresión de lesiones asociadas al VPH, provocar una remoción del VPH en las mujeres y una regresión de lesiones planas en el pene en los hombres, presu-

miblemente al bloquear la transmisión repetida y la reinfección entre los miembros de la pareja.^{130,131}

Actualmente, están en proceso ensayos multi-país y multi-céntricos a gran escala con diversas vacunas contra el VPH.¹³² Una vacuna con un 90% de efectividad contra dos cepas oncogénicas del VPH, 16 y 18, responsable de alrededor del 70% del cáncer cervical, ha sido evaluada y aprobada en EEUU y Europa para su uso entre mujeres (jóvenes).^{133,134}

Actualmente no se conoce la prevalencia de tipos específicos de VPH en mujeres y hombres con VIH. Entre 1996 y 2003 en EEUU, de 202 mujeres seropositivas que recibían atención de VIH de rutina, 105 eran positivas para el VPH, de las cuales 52% eran positivas para múltiples tipos de VPH. Con frecuencia, las mujeres en este estudio estaban infectadas con cepas del virus distintas a las cubiertas por la nueva vacuna, también asociadas con un alto riesgo de anomalías pre-cancerosas y cancerosas en las células.¹³⁵

No existe todavía información sobre la seguridad y eficacia de las vacunas contra el VPH para las personas con VIH, infectadas sea por vía perinatal o sexual. Los estudios muestran que las mujeres con VIH tienen un riesgo de dos a seis veces mayor de presentar anomalías pre-cancerosas en las células cervicales,¹³⁶⁻¹³⁸ y pueden desarrollar un cáncer cervical invasivo hasta 10 años antes que las mujeres seronegativas.¹³⁸ La evolución hacia lesiones de mayor nivel es más rápida, y las lesiones son más resistentes al tratamiento en presencia del VIH.¹³⁹⁻¹⁴¹

Las mujeres con VIH presentan también prevalencia de cáncer de tracto genital inferior en la vagina y la vulva, y cáncer en el ano aquellas que tienen sexo anal receptivo. En general, sin embargo, no se ha encontrado una asociación entre tasas más altas de cáncer cervical invasivo y la epidemia del VIH.¹⁴² En 1992 los Centros para el Control de Enfermedades de EEUU clasificaron el cáncer cervical como una enfermedad definitoria del sida. Esto está siendo actualmente cuestionado dado que la relación entre el cáncer cervical y el declive de la función inmunológica, determinada por el recuento celular CD4 y la capacidad de respuesta a la terapia antirretroviral, no está clara.¹⁴³

En el contexto de los programas de control poblacional del cáncer cervical, la OMS recomienda que se ofrezca a las mujeres con VIH pruebas de detección para neoplasia cervical al momento del diagnóstico del VIH y posteriormente “con la mis-

ma frecuencia y con las mismas pruebas de detección que las mujeres no infectadas por el VIH".¹²⁴ Una vez sometida a la prueba, una mujer con resultados anormales debe tener un seguimiento y/o tratamiento. Las mujeres VIH positivas con displasia cervical tienen también una mayor incidencia de otros tipos de cáncer que afectan el tracto genital inferior; tanto ellas como los hombres con VIH deben someterse a una inspección visual periódica de los genitales para detectar tejido anormal o lesiones, las mismas que deben ser sometidas a una biopsia, y también a seguimiento y/o tratamiento.

Desde el inicio de la epidemia del VIH, la incidencia de neoplasia intraepitelial anal (NIA) en hombres que tienen sexo con hombres ha ido en aumento. Las pruebas de detección para tumores malignos o displasia ano-rectal en hombres seropositivos y seronegativos que tienen sexo con otros hombres son costo-efectivas en caso que la incidencia sea suficientemente alta. Las opciones de tratamiento van desde una espera vigilante en el caso de NIA asintomática grado 1 a extirpación o radio(quimio)terapia en caso de carcinoma ano-rectal.¹⁴⁴

Todos los métodos disponibles de detección, citología, prueba de VPH DNA e inspección visual, son apropiados para las personas con VIH. Dado que la mayoría de infecciones por el VPH se resuelven espontáneamente a la edad de 30-35, someterse a un diagnóstico del VPH como prueba de detección antes de ese momento no resulta útil.¹⁴⁶ Las lesiones pre-cancerosas de mayor nivel (CIN 3) requieren tratamiento, aunque esto resulta complejo debido a los escasos resultados, especialmente con mujeres que tienen un recuento CD4 menor a 200. Sin embargo, debe ofrecerse tratamiento y seguimiento a las mujeres con VIH para identificar complicaciones y lesiones recurrentes o persistentes.¹⁴⁵ Las anomalías de menor nivel (CIN 1 y 2) no requieren tratamiento, pero las mujeres con VIH deben saber que necesitan un seguimiento más cercano debido al riesgo de que éstas evolucionen rápidamente.

La evidencia sobre el impacto de la terapia antirretroviral sobre la infección por el VPH en personas con VIH es mixta.¹⁴⁶ Datos sobre la incidencia del cáncer en Norteamérica, Europa y Australia no mostraron un cambio significativo en las tasas de incidencia para el cáncer cervical, aunque el número de casos de cáncer era muy pequeño.¹⁴⁷⁻¹⁴⁹ Varios estudios han anotado la regresión de las lesiones cervicales a medida que mejora la función inmunológica.^{150,151} Otros estudios han mostrado

una relación dosis-respuesta entre una función inmune disminuida y una mayor severidad y persistencia de CIN.^{152,153} Datos iniciales sugieren que la mayor parte de lesiones anales de alto nivel no experimenta una regresión luego que un individuo inicia la terapia antirretroviral, y pueden pasar varios años antes de que se evidencie una diferencia comparativa con los hombres y mujeres VIH negativos.¹⁵⁴ Esta información hace que sea importante asegurar el acceso a tratamiento antirretroviral a las personas que estén en esta situación.

Integrar las actividades de control del cáncer cervical y ano-genital a los programas de salud sexual y reproductiva para las personas con VIH incluiría brindar información sobre prevención primaria del VPH como parte de la educación sexual a jóvenes con VIH que aún no son sexualmente activos y, en el caso de mujeres, sobre la necesidad de estar alertas frente a flujos vaginales persistentes o de reconocer la falta de respuesta al tratamiento (posiblemente el único síntoma del cáncer cervical temprano). Incluiría también integrar las pruebas de detección a la atención del VIH y los programas de salud sexual y reproductiva en los que hay acceso a tratamiento. Idealmente, las mujeres y hombres VIH positivos deberían recibir servicios de detección y tratamiento de cáncer cervical y ano-genital junto con anticoncepción y servicios de atención de las ITS a través de una combinación de servicios clínicos públicos mejorados y servicios con un enfoque de investigación.¹⁵⁵ Las mujeres y hombres con VIH tienen preocupaciones reales respecto al impacto que tendrá la enfermedad cervical y ano-genital en su salud, que los servicios deberían hacer lo posible por abordar. Pero no es realista esperar que se implementen servicios complejos de niveles múltiples orientados a este grupo cuando no existen directrices ni servicios a nivel nacional, particularmente para la prevención del cáncer cervical en la población general. Las pruebas de detección no son útiles si no existe disponibilidad de diagnóstico adecuado, seguimiento, tratamiento y atención de las anomalías; las personas con VIH sólo podrán resultar beneficiadas a través de una provisión de servicios adecuadamente planificada a nivel central.¹⁴⁵

Abordando las disfunciones sexuales

La sexualidad de hombres y mujeres con VIH se ve disminuida por el miedo a infectar a otros o

infectarse, así como por sentimientos de culpa, rabia y la mala salud, que tienen un efecto físico y psicológico negativo sobre el deseo sexual. No es poco frecuente que los hombres con VIH estén preocupados por problemas de disfunción sexual, incluyendo la pérdida de libido y problemas de erección y eyaculación, los mismos que pueden estar relacionados con la enfermedad o con infecciones oportunistas, algunos medicamentos antirretrovirales o de otro tipo. Se ha reportado también una relación entre una baja adherencia al tratamiento y la disfunción sexual.¹⁵⁶⁻¹⁵⁸ Con frecuencia, los hombres que experimentan disfunciones sexuales también han reportado uso de drogas recreativas, co-infección con hepatitis B y C, desórdenes de ansiedad y depresión, neuropatía periférica y lipodistrofia.¹⁵⁹ Los proveedores de salud pueden brindar cierta garantía de que la mejora en la salud tendrá un efecto en la disfunción sexual. Tratar las ITS, abordar las preocupaciones y brindar pautas conductuales simples puede incrementar la confianza de los hombres seropositivos. Es necesario que el personal de salud desarrolle habilidades para responder con sensibilidad y conocimiento a estos problemas, en particular durante la consejería, de manera que los hombres con VIH sigan cumpliendo con su tratamiento.

El análisis retrospectivo de los apuntes clínicos de mujeres seropositivas que asistían a una clínica de atención del VIH en Londres, la misma que ofrecía un servicio de atención de disfunciones sexuales para hombres con VIH, mostró que cerca de la mitad de la cohorte de pacientes mujeres en la clínica había reportado problemas sexuales, con mayor frecuencia derivados de causas vinculadas al contexto, o no estaban satisfechas con sus relaciones sexuales en los 12 meses precedentes. Un estudio por correspondencia de centros clínicos de atención del VIH en el Reino Unido encontró que un 60% rara vez o nunca había preguntado a sus pacientes mujeres con VIH sobre su funcionamiento sexual.¹⁶⁰

Políticas, programas y servicios de salud

Existe un creciente llamado para un mejor abordaje de la salud sexual de los hombres, que esté orientado a su propio bienestar, así como al de sus parejas y familias.^{161,162} Aunque probablemente en muchas culturas algunos hombres están cambiando lentamente, todavía son ellos quienes, en general, tienen el poder de tomar decisiones sobre la

gestación, la anticoncepción, los comportamientos de sexo más seguro y respecto a cuándo tener sexo y con quién, y es posible que sus decisiones estén basadas en un conocimiento limitado. La presión de los pares y las normas y expectativas culturales, tales como la presión para tener experiencias sexuales tempranas aun cuando no se esté preparado para ello, tener múltiples parejas e incluso expresar violencia sexual^{163,164} pueden limitar o socavar los esfuerzos de prevención.

La falta de conocimiento sobre la biología reproductiva, incluyendo la fisiología de la respuesta sexual, la fertilidad, el ciclo menstrual, la vulnerabilidad biológica frente al VIH/ITS y sus efectos en el embarazo, contribuyen a que se dé una escasa atención a la salud sexual, a la insatisfacción con la sexualidad y a la imposibilidad de lograr los ideales reproductivos.¹⁶⁵ La educación sobre salud sexual suele estar dirigida a las mujeres a través de charlas, afiches y folletos cuando acuden a las clínicas de planificación familiar y atención prenatal, o cuando llevan a sus hijos a la vacunación. Las mujeres comparten información a través de sus redes sociales. Los hombres también están interesados en recibir información con una base científica directamente en las clínicas, más que a través de sus esposas o parejas.¹⁶⁶

Los hombres tienden a usar servicios en los que no se brinda en general educación para la salud, como las clínicas de atención de las ITS, clínicas en el lugar de trabajo, o servicios de salud privados o informales cuando los horarios de las clínicas entran en conflicto con su trabajo. Suelen preferir el sector privado, donde existe una menor probabilidad de que el personal de salud los "reagañe" si presentan una ITS, y donde pueden gozar de mayor privacidad. Los servicios dirigidos a las mujeres que incluyen a los hombres en calidad de parejas, como los servicios de control prenatal, excluyen por su propia naturaleza a los hombres jóvenes y solteros y a aquellos que tienen sexo con otros hombres, así como a otros grupos marginados, cuyas preocupaciones permanecen a menudo ocultas debido al estigma. Como las mujeres, los hombres se sienten estigmatizados cuando su única opción es una clínica de atención de ITS. Un estudio en India, por ejemplo, encontró que los hombres preferían ir a una "clínica masculina" que brindara otros servicios además de atención a las ITS.¹⁶⁶ Los programas deben adecuarse a los horarios laborales de las personas, desechar enfoques punitivos, asegurar la confidencialidad y

utilizar escenarios alternativos, que vayan desde grupos en comunidades de base, clubes o espacios sociales y deportivos, hasta lugares de trabajo, lugares de consumo de alcohol y bares.¹⁶⁷ Las estrategias de educación de pares y redes sociales son muy adecuadas para jóvenes, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres.¹⁶⁸

Los países en desarrollo dependen de las investigaciones e intervenciones terapéuticas en salud sexual que a menudo han sido desarrolladas en contextos de mayores recursos. A medida que estas intervenciones estén más ampliamente disponibles, los programas internacionales y nacionales tendrán que incorporarlas de manera que respondan a las necesidades de las personas afectadas por el VIH. Los programas deben estar más centrados en las personas, ser más audaces y flexibles, y menos punitivos y conservadores, enfocándose siempre en intervenciones de salud pública cuya efectividad haya sido demostrada.

El desarrollo actual de la vacuna y las pruebas de detección del VPH podría significar una transformación en la prevención del cáncer cervical y ano-genital, pero debe clarificarse su relevancia para las personas con VIH. Respecto a las ITS de manera más general, en 2006 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015.¹⁶⁹ A pesar de que se centra casi exclusivamente en la forma de prevención del VIH y no trata sobre las ITS en personas que viven con el VIH, sí subraya la importancia de contar siempre con medicamentos de calidad y actualizados y servicios de ITS bien equipados que puedan llevar a cabo tanto diagnóstico como tratamiento, aspectos que son fundamentales para mantener la salud de las personas que viven con VIH.

Los métodos de barrera cervical y los condones femeninos están disponibles hace muchos años, pero no han sido ampliamente difundidos debido a restricciones en el financiamiento y falta de voluntad política, a pesar del amplio apoyo y demanda para métodos que estén bajo control femenino. Los microbicidas incluyen una variedad de productos de uso tópico (como gel, cremas, películas o supositorios) actualmente en desarrollo. A través de su aplicación en la vagina o el ano antes de una relación sexual, se busca impedir la transmisión del VIH a través del semen y las secreciones vaginales, así como reducir el riesgo de

contraer algunas ITS. Algunos pueden incluso evitar la gestación. La investigación ha sido iniciada hace varios años, aunque con retrocesos, como ocurrió a inicios de 2007, en que se discontinuó el estudio de Fase III del sulfato de celulosa debido a preocupaciones vinculadas a la seguridad de este producto. Otros estudios en Fase III de microbicidas vaginales que evalúan la efectividad de los productos para prevenir la transmisión vaginal del VIH a mujeres se encuentran en desarrollo o próximos a comenzar, y se ha abogado por la importancia de continuar este tipo de investigación. Se requerirán estudios adicionales sobre su efectividad para prevenir la transmisión de mujeres seropositivas a sus parejas masculinas seronegativas y sobre su seguridad y efectividad para el sexo anal. Otra prometedora línea de investigación es la quimioprofilaxis, que de ser exitosa, implicaría que una persona VIH negativa tome un antirretroviral para impedir la transmisión durante y después de las relaciones sexuales. Es probable que ninguno de estos potenciales productos esté disponible en los próximos años.¹⁷⁰⁻¹⁷²

Las intervenciones actualmente disponibles requieren una promoción y defensa más intensa. Las políticas a nivel nacional que, desde el punto de vista científico y de la salud pública, justifican claramente la necesidad de promover y distribuir condones en programas de VIH/ITS requieren de un estímulo mucho mayor por parte de las agencias y donantes internacionales que trabajan en el ámbito de la salud pública, la salud sexual y el VIH/sida. Se requiere también mucho mayor soporte a los esfuerzos de mercadeo social del condón. La promoción de un uso consistente y correcto de los condones masculino y femenino para la "protección dual" contra el embarazo y la infección requiere también ser fortalecida, particularmente entre parejas heterosexuales afectadas por el VIH. Los condones deberían estar disponibles universalmente, gratuitamente o con un bajo costo, junto con medidas para disminuir las barreras para su uso.

Es necesario que las personas que viven con VIH puedan confiar que su salud y derechos sexuales serán respetados. Con este fin, debe alentarse a los gobiernos a desarrollar políticas, leyes y directrices que protejan la confidencialidad y el consentimiento informado al mismo tiempo que delimiten claramente las circunstancias en las que la información o notificación a la pareja puede darse sin consentimiento. Las orga-

nizaciones de la sociedad civil deben abogar por la implementación de las políticas, estrategias y legislación ya existentes a fin de que gobiernos y líderes muestren que cumplen con su responsabilidad en la protección de las mujeres y hombres con VIH.

Las políticas desarrolladas a nivel nacional y regional por los gobiernos, los expertos locales y la sociedad civil de manera conjunta con jóvenes, y con hombres y mujeres que viven con el VIH han demostrado ser efectivas. Ejemplos de ello son las políticas que promueven el uso del condón en un 100% de los casos y las políticas vinculadas a las ITS en Asia Sudoriental;¹⁰³ la alfabetización en el tratamiento y abogacía en Sudáfrica, Brasil y muchos países desarrollados; la integración de las pruebas de detección del cáncer cervical a los servicios de salud sexual y reproductiva en

Zimbabue; la educación de pares con trabajadoras sexuales en India, Nigeria, Kenia, Tailandia, México y República Dominicana. La evidencia muestra que los enfoques coordinados que vinculan las estrategias orientadas a lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral para apoyar los comportamientos de sexo más seguro y reducir los comportamientos sexuales de riesgo, y programas que abordan las preocupaciones más amplias en el campo de la salud sexual de los hombres y mujeres seropositivos pueden también ayudar a mantener los logros para la salud de las personas que viven con VIH.

Conclusión

Los desafíos que enfrentan las personas que viven con VIH para alcanzar una adecuada salud sexual son en muchas formas los mismos que enfrentan las personas que viven en contextos de bajos recursos y dependen de la existencia de buenos servicios y sistemas de salud. Es necesario abordar las vulnerabilidades adicionales que enfrentan las mujeres y hombres con VIH debido a factores como el estigma, la vulnerabilidad social y la enfermedad, de una manera que brinde soporte y sea habilitadora más que discriminatoria. Este artículo discute la necesidad de brindar servicios de salud apropiados y educación dirigida a grupos específicos, así como acciones de promoción y defensa para el desarrollo de políticas habilitadoras y apoyo a la prevención positiva para personas con VIH. Es necesario invertir en capacitar a los trabajadores de salud para que estén en condiciones de brindar servicios en el marco de valores profesionales de respeto y dignidad, tomando en cuenta la diversidad de tipos de relaciones sexuales y parejas, y las distintas necesidades de las personas en diferentes etapas de sus vidas, empezando en la adolescencia. Involucrar a las personas con VIH como aliados activos en el desarrollo de políticas, programas y servicios alentará la apropiación, promoviendo la mejora de la calidad de atención tanto en contextos de altos como de bajos recursos. Al mismo tiempo, la abogacía y el activismo siguen siendo esenciales para garantizar la accesibilidad de nuevas tecnologías y terapias para personas seropositivas en países en desarrollo, especialmente en aquellos con una alta prevalencia del VIH.



HAYDEN HORNER / IRIN PLUS NEWS

La Conferencia de VIH en Kenia señaló que los programas de VIH en África deben incluir a la comunidad gay, mayo 2007.

Referencias

1. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. 28-31 January 2002. Geneva7 WHO, 2006. At: bwww.who.int/reproductivehealth/gender/sexual_health.html#3N. Accessed 17March 2007.
2. International Community of Women Living With HIV/AIDS, Gender Aids Forum, ICW Durban. Confronting marginalization together in the context of HIV/AIDS. At: bwww.icw.org/node/46N. Accessed 7 December 2006.
3. International HIV/AIDS Alliance. Positive Prevention: prevention strategies for people with HIV/AIDS. Emerging Practice Series. Draft background paper, July 2003. At: bwww.aidsalliance.org/sw9438.aspN.
4. Bunnell R, Mermin J, De Cock KM. HIV prevention for a threatened continent: implementing positive prevention in Africa. *JAMA* 2006; 296(7):855–58.
5. Global consultation on the rights of people with HIV to sexual and reproductive health, Addis Ababa, 27–30 March 2006. At: bwww2.who.int/reproductive-health/hiv/final_global_consultation.pdfN. Accessed 15 March 2007.
6. Positive Outcomes. Finding HIV positive youth and bringing them into care. Washington DC: AIDS Alliance for Children, Youth and Families, 2005. At: bhttp://aids-alliance.intrasmart.com/isdoclibrary/files/951839/957442/20053261598389/Finding%20HIV-Positive%20Youth.pdfN.
7. Garvey M. Dying to learn: young people HIV and the churches. *Christian Aid*, October 2003. At: bwww.christian-aid.org.uk/indepth/310learn/dyingtolearn.pdfN.
8. Ybarra ML, Kiwanuka J, Emenyonu N, et al. Internet use among Ugandan adolescents: implications for HIV intervention [abstract]. *PLoS Medicine* 2006; 3(11):e433.
9. International Community of Women Living With HIV/AIDS. HIV Positive Women in Thailand: Their Voices and Choices. A Study Conducted by and for HIV Positive Women. At: bwww.icw.org/files/Voices_and_Choices_Thailand.pdfN. Accessed 30 November 2005.
10. Kirby D. Emerging answers: research findings on programmes to reduce teen pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2001. p.5, 88–91.
11. Manlove J, Romano Papillio A, Ikramullah E. Not yet: programmes to delay first sex among teens. Washington DC7 National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 2004.
12. Gallant M, Maticka-Tyndale E. School-based HIV prevention programmes for African youth. *Review. Social Science and Medicine* 2004;58(7):1337–51.
13. Magnani R, Macintyre K, Karim AM, et al. The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviours in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Adolescent Health* 2005;36(4):289–304.
14. US Government Accountability Office. Report to Congressional Committees. Global Health: Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for AIDS Relief. GAO-06-395. Washington DC7 US GAO, April 2006.
15. Gordon G, Mwale V. Preventing HIV with young people: a case study from Zambia. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):68–79.
16. Bearman P, Bruckner H. After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges, 2004. At: bwww.yale.edu/socdept/CIQLE/cira.pptN.
17. Eyes Wide Shut – sexuality and risk in HIV-positive youth in Sweden: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2007;35(1): 55–61.
18. United Nations. General Comment No.3 (2003). HIV/AIDS and the rights of the child. Thirty-second session 13–31 January 2003. CRC/GC/2003/3. 17 March 2003. Quoted in Bosmans et al.
19. Me'de'cins sans Frontie're's South Africa Internal newsletter. February–June 2005. At: bwww.doctorswithoutborders.org/news/southafrica.cfmN.
20. UN Development Programme. Training HIV/AIDS positive youth to enhance their potential for employment. (no date). At: bwww.undp.org.za/projects/training_hiv.htmlN.
21. Augustine J. Serving HIV positive youth. Washington DC7 Advocates for Youth, November 2002. At: bwww.advocatesforyouth.org/PUBLICATIONS/iag/hivpositive.pdfN.
22. Frieden TR, Das-Douglas M, Kellerman SE, Henning KJ. Applying public health principles to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine* 2005;353(22):2397–402.
23. Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 2000;356(9224):103–12.
24. Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, et al. Effects of HIV counselling and testing on sexual risk behaviour: a meta-analytic review of published research 1985–1997. *American Journal of Public Health* 1999;89:1397–405.
25. Weinhardt LS, Kelly JA, Brondino MJ, et al. HIV

- transmission risk behaviour among men and women living with HIV in four cities in the United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004;36:1057–66.
26. Johnson BT, Carey MP, Chaudoir SR, et al. Sexual risk reduction for persons living with HIV; research synthesis of randomized controlled trials, 1993–2004. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2006;41: 642–49.
27. Roth DL, Stewart KE, Clay OJ, et al. Sexual practices of HIV discordant and concordant couples in Rwanda: effects of a testing and counselling programme for men. *International Journal STD & AIDS* 2001;12(3):181–88.
28. Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M et al. Sexual behaviour of HIV discordant couples after HIV counselling and testing. *AIDS* 2003;17: 733–40.
29. Santos N, Ventura-Filipe E, Paiva V. HIV positive women, reproduction and sexuality in Sa'õ Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 1998;6(12):31–40.
30. UNAIDS. Intensifying HIV Prevention. UNAIDS Policy Position Paper. Geneva7 UNAIDS, August 2005.
31. Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *American Journal of Public Health* 2005;95:53–59.
32. Levy NC, Miksad RA, Fein OT. From treatment to prevention: the interplay between HIV/AIDS treatment availability and HIV/AIDS prevention programming in Khayelitsha, South Africa. *Journal of Urban Health* 2005;82(3):498–509.
33. Feldman R, Manchester J, Maposhere C. Positive Women: Voices and Choices: A Zimbabwe Report. Harare7 SAfAIDS, 2002.
34. Bouhnik AD, Preau M, Schilts MA, and the VESPA Study Group. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007;21(Suppl.1): S43–S48.
35. UNAIDS/WHO. Opening Up the HIV/AIDS Epidemic. Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling and appropriate use of HIV case-reporting. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva7 UNAIDS/WHO, November 2000.
36. General Medical Council UK. Serious Communicable Diseases 1997. At: bwww.gmc-uk.org/guidanceN.
37. European Collaborative Study. The mother-to-child HIV transmission epidemic in Europe: evolving in the East and established in the West. *AIDS* 2006;20:1419–27.
38. UNAIDS, WHO. AIDS Epidemic Update. Geneva7 UNAIDS, December 2005.
39. Ray S, Latif A, Machekano R, et al. Sexual behaviour and risk assessment of HIV seroconvertors among urban male factory workers in Zimbabwe. *Social Science and Medicine* 1998;47(10):1431–43.
40. Bernard EJ. BHIVA: Recent gay seroconverters explain why they became HIV-infected. *Aidsmap News*. 6 April 2006. At: bwww.aidsmap.comN.
41. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New England Journal of Medicine* 2000;342(13):921–29.
42. Jones RB, Wasserheit JN. Introduction to the biology and natural history of sexually transmitted diseases. In: JN Wasserheit et al, editors. *Research Issues in Human Behaviour and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*. Washington DC7 American Society for Microbiology, 1991.
43. Berger J. Resexualizing the epidemic: desire, risk and HIV prevention. *Development Update* 2004;5(3). At: [bwww.sarpn.org.za/documents/d0001195/2-Resexualising the Epidemic-Jonathan_Berger.pdf](http://bwww.sarpn.org.za/documents/d0001195/2-Resexualising%20the%20Epidemic-Jonathan_Berger.pdf) N.
44. Kippax S, Slavín S, Ellard J, et al. Seroconversion in context. *AIDS Care* 2003;15(6):839–52.
45. Ray S, van de Wijgert J, Mason P, et al. Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban Zimbabwe. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2002;78(4):581–92.
46. Estcourt CS, Marks C, Rohrsheim R, et al. HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney. *Sexually Transmitted Infections* 2000;76(4):294–98.
47. Jolly S. Vulnerability, risk and sexual rights. Think piece for 'AIDS and Vulnerability' brainstorming workshop. UNAIDS/IDS, 23–24 June 2005. At: bwww.eldis.org/cf/rdr/rdr.cfm?doc=DOC20N.
48. Castilla J, del Romero J, Hernando V, et al. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2005;40:96–101.
49. Gray RH, Li X, Wawer MJ, et al. Stochastic simulation of the impact of antiretroviral therapy and HIV vaccines on HIV transmission, Rakai, Uganda. *AIDS* 2003;17:1941–51.
50. Richters J, Knox S, Crawford J. Condom use and 'withdrawal': exploring gay men's practice of anal intercourse. *International Journal of STD & AIDS* 2000; 11(2):96–104.

51. Oral sex. Aidsmap. 21 December 2005. At: [bhttp://www.aidsmap.com/en/docs/C858FF44-5E81-4F59-8030-B5A3C7A93654.aspN](http://www.aidsmap.com/en/docs/C858FF44-5E81-4F59-8030-B5A3C7A93654.aspN).
52. del Romero J, Marincovich B, Castilla J, et al. Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. *AIDS* 2002;16(9):1269–97.
53. Fellatio. Aidsmap. 13 July 2004. At: [bhttp://www.aidsmap.com/en/docs/D2C102B1-1CE1-4243-93E1-BA0DFEF60440.aspN](http://www.aidsmap.com/en/docs/D2C102B1-1CE1-4243-93E1-BA0DFEF60440.aspN).
54. Moench TR, Chipato T, Padian NS. Preventing disease by protecting the cervix: the unexplored promise of internal vaginal barrier devices. *AIDS* 2001;5:1595–602.
55. Minnis AM, Padian NS. Effectiveness of female controlled barrier methods in preventing sexually transmitted infections and HIV: current evidence and future research directions. *Sexually Transmitted Infections* 2005;8:193–200.
56. University of California, San Francisco. Clinical Trial: Effectiveness of the Diaphragm for HIV Prevention. At: [bwww.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00121459N](http://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00121459N).
57. Halperin DT. Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, Part I. Review. *AIDS Patient Care and STDS* 1999;13(12):717–30.
58. Karim SS, Ramjee G. Anal sex and HIV transmission in women. *American Journal of Public Health* 1998;88(8):1265–66.
59. American Foundation for AIDS Research. HIV prevention for men who have sex with men. Issue Brief. June 2006. At: bwww.amfar.org/cgi-bin/iowa/programs/publicp/record.html?record=37N.
60. Training manual for men who have sex with men. New Delhi7 NAZ Foundation India Trust, 2001.
61. Philpott A, Knerr W, Boydell V. Pleasure and prevention: when good sex is safer sex. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):23–31.
62. Levin RJ. Wet and dry sex – the impact of cultural influence in modifying vaginal function. *Sexual and Relationship Therapy* 2005;20(4).
63. Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;369:643–56.
64. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet* 2005;369:657–66.
65. Auvert B, Talijaard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med* 2005;2:e298.
66. Rakai Health Sciences Program. Study presents new information on male circumcision to prevent spread of HIV in Africa. Press release 6 March 2007.
67. New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. WHO/UNAIDS Technical Consultation Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming. Montreux, 6–8 March 2007. Conclusions and Recommendations. At: [bhttp://www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdfN](http://www.who.int/hiv/mediacentre/MCrecommendations_en.pdfN). Accessed 27 April 2007.
68. UNAIDS, WHO, UNFPA. Position Statement on Condoms and HIV Prevention. Geneva7 WHO, July 2004. At: [bhttp://data.unaids.org/una-docs/condom-policy_jul04_en.pdfN](http://data.unaids.org/una-docs/condom-policy_jul04_en.pdfN).
69. Cleland J, Ali MM, Shah I. Trends in behaviour among single vs. married young women in sub-Saharan Africa: the big picture. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):17–22.
70. Carter M. Condoms reduce women's risk of contracting genital HPV, proves US study. *Aidsmap News*. 22 June 2006. At: bwww.aidsmap.com/en/newsN.
71. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Systematic Review* 2004;2:CD003255.
72. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Review. *Bulletin of World Health Organization* 2004;82(6):454–61.
73. Steiner MJ, Cates W. Condoms and sexually-transmitted infections. *New England Journal of Medicine* 2006;354:2642–43.
74. American Foundation for AIDS Research. The effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. Issue Brief No.1. January 2005. At: bwww.amfar.org/binary-data/AMFAR_PUBLICATION/download_file/34.pdfN.
75. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. The Female Condom FC2. Joint WHO/UNAIDS/UNFPA Statement. 2005.
76. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine* 2006;354:2645–54.
77. Gerberding JL. Report to Congress. Prevention of Genital Human Papillomavirus Infection. Atlanta7 US Centers for Disease Control and Prevention, January 2004.
78. The Pleasure Project. Global Mapping of Pleasure-Focused Projects. 2005. At: bwww.thepleasure-project.orgN.
79. The FC2 female condom. At: bwww.femalehealth.comN.
80. Coffey PS, Kilbourne-Brook M,

- Austin G, et al. Short-term acceptability of the PATH Woman's Condom among couples at three sites. *Contraception* 2006;73:588–93.
81. Female condom use by men. *Positively Aware* 1998;9(5):23.
82. Richters J, Gerofi J, Donovan B. Why do condoms break or slip off in use? An exploratory study. *International Journal of STD & AIDS* 1995;6:11–18.
83. Heard I, Potard V, Costagliola D, et al. Contraceptive use in HIV positive women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004;36(2):714–20.
84. Panozzo L, Battegay M, Friedl A, et al. High risk behaviour and fertility desires among heterosexual HIV-positive patients with a serodiscordant partner – two challenging issues. *Swiss Medical Weekly* 2003;133(7–8):124–27.
85. Buchacz K, van der Straten A, Saul J, et al. Sociodemographic, behavioral, and clinical correlates of inconsistent condom use in HIVserodiscordant heterosexual couples. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2001;28(3):289–97.
86. Humphrey JH, Hargrove JW, Malaba LC, et al. ZVITAMBO Study Group. HIV incidence among post-partum women in Zimbabwe: risk factors and the effect of vitamin A supplementation. *AIDS* 2006; 20(10):1437–46.
87. Van de Perre P, Simonson A, Msellati P, et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. *New England Journal of Medicine* 1991;325(9):593–644.
88. Bouhnik AD, Preau M, Schiltz MA. Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: a comparison between sero-nonconcordant and seroconcordant couples (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007;21(Suppl.1):S43–S48.
89. World Health Organization. Chronic HIV care with ARV therapy, integrated management of adolescent and adult illness, interim guidelines for first-level facility health workers. Geneva7 WHO, January 2004.
90. Smith DM, Richman DD, Little SJ. HIV superinfection. *Journal of Infectious Diseases* 2005;192: 438–44.
91. Cheonis N. Dual HIV infection. *TheBody.com* Winter 2005–06. At: bwww.thebody.com/sfaf/winter06/dual.html. Accessed 7 March 2007.
92. Overbaugh J. HIV transmission and pathogenesis: a viral perspective. Presentation Monday Plenary 01. International AIDS Conference. Toronto, 14 August 2006. At: bwww.aids2006.org/Web/MOPL01.ppt.
93. Gottlieb GS, Nickle DC, Jensen MA, et al. Dual HIV-1 infection associated with rapid disease progression. *Lancet* 2004; 363(9409):619–22.
94. Kalichman SC, Rompa D. HIV treatment adherence and unprotected sex practices in people receiving antiretroviral therapy. *Sexually Transmitted Infections* 2003;79:59–61.
95. Wilson TE, Minkoff H. Condom use consistency associated with beliefs regarding HIV disease transmission among women receiving HIV antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2001;27:289–91.
96. Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behaviour: a meta-analytic review. *JAMA* 2004;292(2): 224–36.
97. Diamond C, Richardson JL, Milam J, et al. Use of and adherence to antiretroviral therapy is associated with decreased sexual risk behaviour in HIV clinic patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2005;39(2):211–18.
98. Stephenson JM, Imrie J, Davis MM, et al. Is use of antiretroviral therapy among homosexual men associated with increased risk of transmission of HIV infection? *Sexually Transmitted Infections* 2003;79(1):7–10.
99. Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, et al. Changes in sexual behaviour and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS* 2006;20:85–92.
100. Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA. The cofactor effect of genital ulcers on the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 1995;98(1):1–8.
101. World Health Organization. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. Geneva7 WHO, 2001.
102. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* 1999; 75(1):3–17.
103. Rojanapithayakorn W. The 100% Condom Use Programme in Asia. *Reproductive Health Matters* 2006;14(28):41–52.
104. Celentano DD, Nelson KE, Lyles CM, et al. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted diseases in young Thai men: evidence for success of the HIV/AIDS control and prevention programme. *AIDS* 1998;12(5):F29–36.
105. Leng HB, Wantha SS, Saidel T. Success of Cambodian HIV prevention efforts confirmed by low prevalence of sexually transmitted infections and declining HIV and risk behaviours. In: *Proceedings*

- of the Abstracts of XIV International Conference on AIDS, Barcelona, Spain, 6–10 July 2002.
106. Meda N, Ndoye I, M'Boup S, et al. Low and stable HIV infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention? *AIDS* 1999;13: 1397–405.
107. Moses S, Ngugi EN, Costigan A, et al. Declining sexually transmitted disease and HIV prevalences among antenatal and family planning clinic attenders in Nairobi, Kenya, from 1992–1999. Abstract ThOrC727. XIII International Conference on AIDS, Durban, 9–15 July 2000.
108. HPTN 039: A Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of acyclovir for the reduction of HIV acquisition among high risk HSV-2 seropositive, HIV-seronegative individuals. At: www.hptn.org/research_studies/hptn039.asp. Accessed 7 July 2006.
109. Brunham RC, Plummer FA. A general model of sexually transmitted disease epidemiology and its implications for control. *Medical Clinics of North America* 1990;74(6):1339–52.
110. Over M, Piot P. HIV infection and sexually transmitted diseases. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press, 1993.
111. Steen R, Dallabetta G. The use of epidemiologic mass treatment and syndrome management for sexually transmitted disease control. *Sexually Transmitted Diseases* 1999;26(4 Supp.1):S12–S22.
112. Laga M, Alary M, Nzila N, et al. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet* 1994;344:246–48.
113. Ghys PD, Diallo MO, Ettiegn-Traore V, et al. Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers. *AIDS* 2001;15(11):1421–31.
114. Alary M, Mukenge-Tshibaka L, Bernier F, et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS* 2002;16(3):463–70.
115. Steen R, Vuylsteke B, DeCoito T, et al. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following core-group intervention. *Sexually Transmitted Diseases* 2000;27(1):1–8.
116. Levine WC, Revollo R, Kaune V, et al. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. *AIDS* 1998;12(14): 1899–906.
117. Wi T, Ramos E, Steen R, et al. STI declines among sex workers and clients following outreach, one-time presumptive treatment and regular screening of sex workers in the Philippines. *Sexually Transmitted Infections* 2006;82(5):386–91.
118. Jana S, Bandyopadhyay N, Saha A, et al. Creating an enabling environment: lessons learnt from the Sonagachi Project, India; Research for Sex Work 2, 1999. At: bhcc.med.vu.nl/artikelen/jana.htm. Accessed 23 March 2007.
119. Williams JR, Foss AM, Vickerman P, et al. What is the achievable effectiveness of the India AIDS Initiative intervention among female sex workers under target coverage? Model projections from southern India. *Sexually Transmitted Infections* 2006; 82:372–80.
120. Steen R, Mogaale V, Wi T, et al. Pursuing scale and quality in STI interventions with sex workers: initial results from Avahan India AIDS Initiative. *Journal of Sexually Transmitted Infections* 2006; 82(5):381–85.
121. Steen R, Ralepeli S, DeCoito T. Lesedi: services for women at high risk help reduce sexually transmitted infection (STI) prevalence in a South African mining community. FHI/UNAIDS Best Practices in HIV/AIDS Prevention Collection. Case Study Four. 2007. At: www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/bestpractices.htm. Accessed 20 March 2007.
122. Aral S. Heterosexual Transmission of HIV: the role of other sexually transmitted infections and behavior in its epidemiology prevention and control. *Annual Review of Public Health* 1993;14:451–67.
123. Cohen MS. HIV and sexually transmitted diseases: lethal synergy. *Topics in HIV Medicine* 2004;12:104–07.
124. WHO, UNFPA. *Sexual and Reproductive Health of Women with HIV. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resourceconstrained settings*. Geneva: WHO, 2006.
125. WHO Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Revised edition. Geneva: WHO, 2003. At: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/index.html.
126. Mabey D, Peeling RW, Ustianowski A, et al. Diagnostics for the developing world. *Nature Reviews Microbiology* 2004;2(3): 231–40.
127. Pilcher CD, Price MA, Hoffman IF, et al. Frequent detection of acute primary HIV infection in men in Malawi. *AIDS* 2004;18: 517–24.
128. World Health Organization,

- International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol.10: Cervix Cancer Screening. Lyon7 IARC Press, 2005.
129. Kreuter A, Reimann G, Esser S, et al. [Screening and therapy of anal intraepithelial neoplasia (AIN) and anal carcinoma in patients with HIV-infection]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2003;128:38, 1957–62.
130. Bleeker MS, Hogewoning CJ, Voorhorst FJ, et al. Condom use promotes regression of human papillavirus-associated penile lesions in male sex partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal of Cancer* 2003;107(5):804–10.
131. Hogewoning CJ, Bleeker MS, Vanden Brule AJ, et al. Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomised clinical trial. *International Journal of Cancer* 2003;107(5): 811–16.
132. Lowndes CM, Gill ON. Cervical cancer, human papillomavirus, and vaccination. *BMJ* 2005; 331(7522):915–16.
133. Harper DM, Franco EL, Wheeler C, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364(9447): 1757–65.
134. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine* 2002;347 (21):1645–51.
135. Carter M. HIV-positive women often infected with multiple high-risk HPV strains not covered by vaccine. *Aidsmap News*. 27 July 2006. At: bwww.aidsmap.com/en/news/A8AD650BD88D-42CC-AE47-DE40BBC6E48F.aspN.
136. Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, et al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIVinfected women. *Journal of American Medical Association* 2000;283(8):1031–37.
137. Sun XW, Ellerbrock TV, Lungu O, et al. Human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Obstetrics & Gynaecology* 1995;85:680–86.
138. Wright TJ, Subbarao S, Ellerbrock TV, et al. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001;184(3):279–85.
139. Melnikow J, Nuovo J, Willan AR, et al. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 1998;92(4 Part 2): 727–35.
140. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *International Journal of Gynaecological Pathology* 1993;12(2):186–92.
141. Lomalisa P, Smith T, Guidozzi F. Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical cancer in South Africa. *Gynecologic Oncology* 2000; 77(3):460–63.
142. Chirenje ZM. HIV and cancer of the cervix. *Best Practice & Research. Review. Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2005;19(2):269–76.
143. Bower M, Mazhar D, Stebbing J. Should cervical cancer be an acquired immunodeficiency syndrome-defining cancer? *Journal of Clinical Oncology* 2006;24(16):2417–19.
144. van der Snoek EM, van der Ende ME, Schouten WR, et al. [Anorectal malignancies and dysplasia in HIV-positive men who have sex with men]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2005;149(36): 1989–93.
145. WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Geneva7 WHO, 2006.
146. Heard I, Palefsky JM, Kazatchkine MD. The impact of HIV antiviral therapy on human papillomavirus (HPV) infections and HPV-related diseases. *Antiviral Therapy* 2004;9(1):13–22.
147. International Collaboration on HIV and Cancer. Highly active antiretroviral therapy and incidence of cancer in human immunodeficiency virusinfected adults. *Journal of National Cancer Institute* 2000;92:1823–30.
148. Frisch M, Biggar RJ, Goedert JJ. Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of National Cancer Institute* 2000;92:1500–10.
149. Engels EA, Goedert JJ. Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome and cancer: past, present, and future. *Journal of National Cancer Institute* 2005;97(6):407–09.
150. Heard I, Tassie JM, Kazatchkine MD, et al. Highly active antiretroviral therapy enhances regression of cervical intraepithelial neoplasia in HIV-seropositive women. *AIDS* 2002;16(13):1799–802.
151. Minkoff H, Ahdieh L, Massad LS, et al. The effect of highly active antiretroviral therapy on cervical cytologic changes associated with oncogenic HPV among HIV-infected women. *AIDS* 2001;15(16):2157–64.
152. Heard I, Tassie JM, Schmitz V, et al. Increased risk of cervical disease among human

- immunodeficiency virus-infected women with severe immunosuppression and high human papillomavirus load (1). *Obstetrics & Gynaecology* 2000;96(3):403–09.
153. Kreiss JK, Kiviat NB, Plummer FA, et al. Human immunodeficiency virus, human papillomavirus, and cervical intraepithelial neoplasia in Nairobi prostitutes. *Sexually Transmitted Diseases* 1992; 19(1):54–59.
154. Piketty C, Kazatchkine MD. Human papillomavirus-related cervical and anal disease in HIV-infected individuals in the era of highly active antiretroviral therapy. *Current HIV/AIDS Reports* 2005;3:140–45.
155. Shapiro K, West K, Heise L. Standard of care in international phase III microbicide efficacy trials. Draft report for Global Campaign for Microbicides. March 2007. (Unpublished).
156. Hawkes S, Collumbien M. The sexual health of men in India and Bangladesh; what are men's concerns? Programming for male involvement in reproductive health. Report of the meeting of WHO Regional Advisers in Reproductive Health. Washington DC7 PAHO, September 2001. At: bwhqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_RHR_02.3.pdfN.
157. Trotta MP, Ammassari A, Cozzi-Lepri A, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy is better in patients receiving non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor-containing regimens than in those receiving protease inhibitor-containing regimens. *AIDS* 2003;17:1099–102.
158. Miguez-Burbano MJ, Espinoza L, Lewis JE. HIV treatment adherence and sexual functioning. *AIDS and Behaviour* 2007 Feb 13; [E-pub ahead of print].
159. Richardson D, Lamba H, Goldmeier D, et al. Factors associated with sexual dysfunction in men with HIV infection. *International Journal of STD & AIDS* 2006; 17(11):764–67.
160. Bell C, Richardson D, Wall M, et al. HIV-associated female sexual dysfunction: clinical experience and literature review. *International Journal of STD & AIDS* 2006;17 (10):706–09.
161. Collumbien M, Hawkes S. Missing men's messages: does the reproductive health approach respond to men's sexual health needs? *Culture, Health and Sexuality* 2000;2: 135–50.
162. AVSC International, International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region. Literature review for the symposium on male participation in sexual and reproductive health: new paradigms. New York7 IPPF WHR, 1999.
163. Szasz I. Masculine identity and the meanings of sexuality: a review of research in Mexico. *Reproductive Health Matters* 1998;6(12):97–104.
164. Weiss E, Rao Gupta G. Bridging the Gap: Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention. Washington DC7 International Centre for Research on Women, 1998.
165. Action Research in Community Health and Development. Perceptions of male members about reproductive health matters: preliminary evidence from a tribal area of Gujarat. In: *Men as Supportive Partners in Reproductive Health*. Moving from Rhetoric to Reality. New York7 Population Council, 2000.
166. Ray S, Gumbo N, Mbitzvo M. Local voices: what some Harare men say about preparation for sex. *Reproductive Health Matters* 1996;4(7):34–45.
167. Robey B, Drennan M. Male participation in reproductive health. *Network* 1998;18(3): 11–15.
168. Amirkhanian YA, Kelly JA, Kabakchieva E, et al. A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS* 2005;19(16):1897–1905.
169. Prevention and control of sexually transmitted infections: draft global strategy. World Health Organization, 59th World Health Assembly, Provisional agenda item 11.6, 18 May 2006. At: bwww.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_11-en.pdfN.
170. Leading advocates express support for microbicide research, despite disappointing clinical trial results. Global Campaign for Microbicides/ African Microbicides Advocacy Group/AIDS Vaccine Advocacy Coalition Joint Statement. 31 January 2007. At: bwww.global-campaign.org/clientfiles/civil_soc_press_release%209.doc N.
171. TAC comment on the termination of Ushercell microbicide trial. Treatment Action Campaign Electronic Newsletter. 7 February 2007. At: bwww.tac.org.za/nl20070207.html N.
172. HIV positive women and microbicides. Global Campaign for Microbicides. April 2006. At: bwww.global-campaign.org/clientfiles/FS7-PositiveWomen-March07.pdfN.