

Índice

| | |
|--|-----------|
| Introducción y contexto | 2 |
| <i>La necesidad urgente de acelerar el progreso</i> | |
| Objetivos del Marco de Acceso 2030 | 5 |
| <i>Un renovado impulso mundial para la prevención del VIH</i> | |
| Cambio de paradigma | 10 |
| <i>Una nueva era de prevención del VIH</i> | |
| Marco de Acceso a la Prevención 2030 | 11 |
| <i>Un enfoque centrado en la persona para el acceso y la elección</i> | |
| Optimización de la prevención | 19 |
| <i>Priorización mejorada en un entorno con recursos limitados</i> | |
| Financiamiento preventivo y sostenibilidad | 23 |
| <i>Transformaciones en la arquitectura de inversión en prevención</i> | |
| Conclusión | 28 |
| <i>Llamamiento a la acción para la prevención liderada por los países</i> | |
| Anexos | 31 |
| <i>Anexo 1: Hitos, estimaciones epidemiológicas y de recursos, y otras directrices</i> | |
| <i>Anexo 2: Recursos para la prevención del VIH</i> | |
| Referencias bibliográficas | 42 |

Introducción y contexto

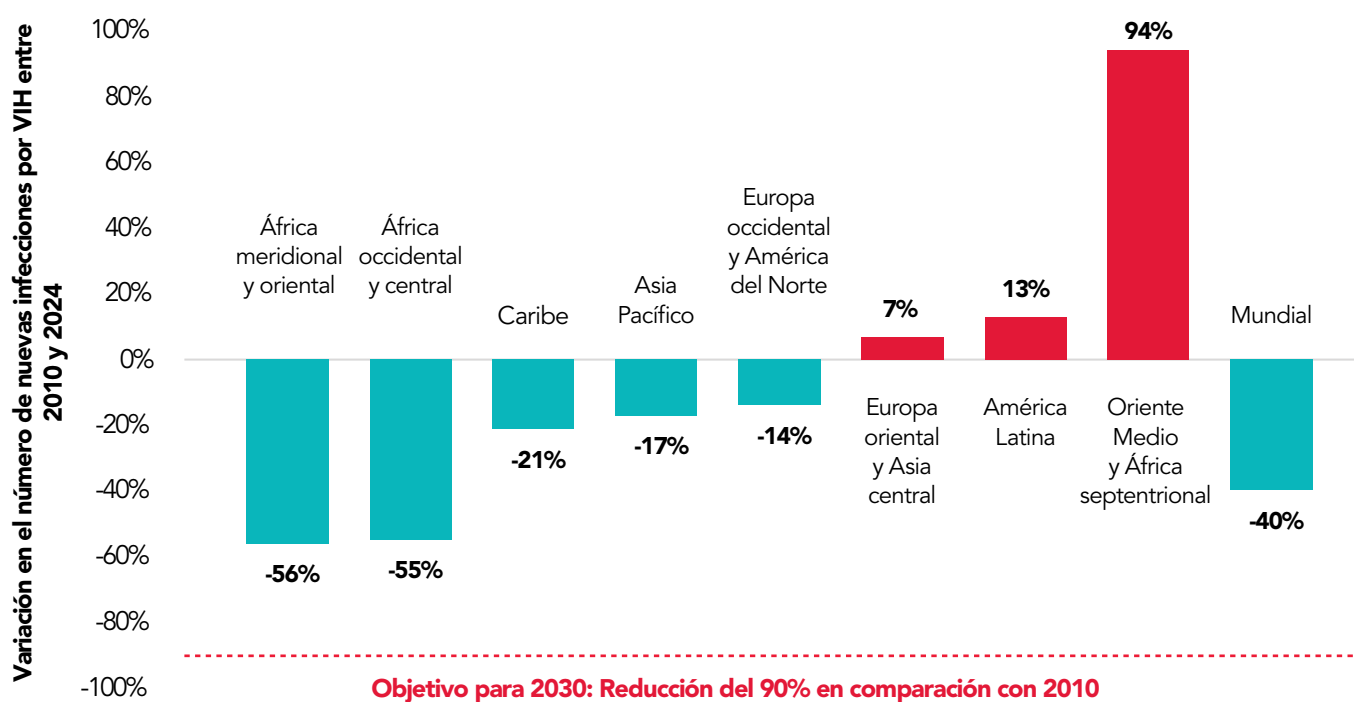
La necesidad urgente de acelerar el progreso

No se alcanzaron los objetivos mundiales de prevención del VIH para 2025. A finales de 2024, los nuevos casos anuales de VIH habían alcanzado su nivel más bajo en más de tres décadas. Pero el descenso no fue lo suficientemente pronunciado como para alcanzar el objetivo de 2025 de una reducción del 80 % en las nuevas infecciones entre 2010 y 2025. A finales de 2024, los nuevos contagios a escala mundial habían disminuido en torno a un 40 %.

Cinco países —Lesotho, Malawi, Nepal, Ruanda y Zimbabwe— lograron una reducción del 75 % entre 2010 y 2024 (1), lo que demuestra que los objetivos eran alcanzables. Estos avances fueron el resultado de una fuerte voluntad política, la ampliación de las medidas de prevención y tratamiento, el liderazgo comunitario y la solidaridad mundial. Sin embargo, a escala mundial, el descenso de los nuevos casos de VIH fue demasiado lento para alcanzar los objetivos de 2025 y 2030 (menos de 200 000 nuevas infecciones por VIH al año en 2030).

En total, se estima que 1,3 millones (entre 1 y 1,7 millones) de personas contrajeron el VIH en 2024. Incluso en entornos con una incidencia decreciente del VIH, algunos grupos, en particular los grupos de población clave, están quedando rezagados. Si bien las nuevas infecciones por VIH están disminuyendo en África, se están estancando y aumentando en otras regiones (Figura 1).

Figura 1. Variación porcentual en el número anual de nuevos casos de VIH entre 2010 y 2024, por región y a escala mundial



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA para 2025.

Hay grupos clave que siguen sin recibir la atención que necesitan. Según los datos, la cobertura media de prevención del VIH en 2024 fue solo del 38 % para los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, del 39 % para las personas que se inyectan drogas, del 44 % para las personas transgénero y del 47 % para las trabajadoras sexuales (2), mientras que se calcula que 210 000 adolescentes y mujeres jóvenes contrajeron el VIH en 2024, lo que equivale a 570 nuevos casos al día (1)..

Por primera vez desde 2012, ha aumentado el número de países que penalizan la actividad sexual entre personas del mismo sexo y la expresión de género, creando barreras adicionales para el acceso y el uso de la prevención del VIH (3). Los grupos de población clave, así como la salud y los derechos sexuales y reproductivos, son objeto cada vez más de una oposición organizada, alimentada en parte por la desinformación propagada en las redes sociales.

El tratamiento eficaz y el amplio acceso a la prevención primaria son los pilares fundamentales de una prevención exitosa del VIH, y las nuevas tecnologías prometen acelerar el progreso en este ámbito. Los antirretrovirales inyectables de acción prolongada (ARV) representan uno de los mayores avances en la lucha contra el VIH en muchos años (4). La inteligencia artificial (IA) también podría ayudar a ampliar el acceso a información relacionada con el VIH para apoyar a las personas a tomar decisiones informadas sobre prevención y autocuidado (5).

Una crisis de financiación sin precedentes

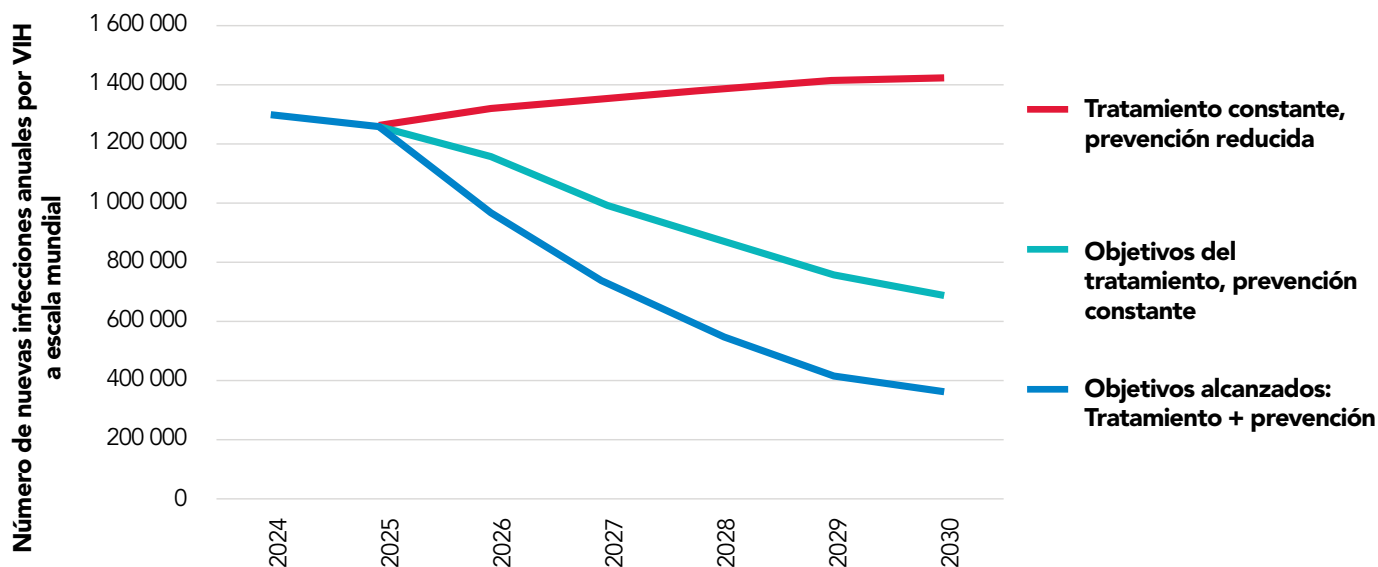
El año 2025 marcó el inicio de la crisis de financiación más grave desde que comenzó la pandemia del sida. Estados Unidos redujo de manera significativa la financiación bilateral para el VIH (6, 7), mientras que el Fondo Mundial redujo sus asignaciones por país para el Ciclo de Subvenciones 7 (2023–2025) (8); la reposición para el Ciclo de Subvenciones 8 se mantuvo sustancialmente por debajo del monto previsto y de los fondos recaudados en el ciclo anterior. Otros países donantes, incluidos Francia, Países Bajos y Reino Unido, también han anunciado reducciones en la ayuda exterior del 40 al 70 % en 2026 (9).

Los recortes presupuestarios tienen consecuencias drásticas para la prevención del VIH, incluida la reducción de daños para las personas que consumen drogas. A mayo de 2025, hasta 3,5 millones de personas de grupos de población clave ya no estaban cubiertas por los programas especializados de prevención del VIH que el PEPFAR había financiado, y se estima que 2,5 millones de personas habían perdido el acceso a la profilaxis preexposición (PrEP) apoyada por dicho programa (10). Los sistemas de prevención sufrieron daños.

Incluso antes de esos recortes de financiación, las inversiones en prevención del VIH eran insuficientes. En 2024, se disponía de entre 1 700 y 2 100 millones de dólares estadounidenses para la prevención primaria en países de ingresos bajos y medios, lo que representaba aproximadamente un tercio de los 5.300 millones de dólares necesarios anualmente para 2030 (11). Dentro de los presupuestos existentes, la prevención también recibe una prioridad insuficiente. Según informes de 88 países, solo entre el 10 y el 12 % del gasto total en VIH se destinó a la prevención del VIH en 2024, aproximadamente la mitad del promedio del 24 % que se necesita para alcanzar los objetivos de 2030 (12). Además, los países dependían en gran medida de fuentes externas: 64 de los 82 países que presentaron informes dependían de fuentes externas para al menos el 75 % de su financiación destinada a la prevención (12).

Incluso si la cobertura del tratamiento contra el VIH se mantiene en los niveles actuales (y solo la prevención primaria se ve afectada por los recortes de financiación), se prevé que las nuevas infecciones por VIH aumenten a partir de 2026 (Figura 2). En este entorno cambiante, es necesario un nuevo camino para alcanzar los objetivos de 2030.

Figura 2. Impacto previsto de la reducción de la financiación para la prevención en las nuevas infecciones por VIH, 2025-2030



Fuente: Estimaciones y proyecciones de ONUSIDA, según Avenir Health, octubre de 2025. Para obtener más información, consulte: https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-04/JC3144_Estimates_Funding_cuts_impact_En.pdf

Objetivos del Marco de Acceso 2030

Un renovado impulso mundial para la prevención del VIH

El objetivo general para 2030 es reducir la incidencia del VIH a escala mundial en un 90 % en comparación con 2010, tal como se establece en la [Estrategia mundial contra el sida 2026–2031](#). Los 16 objetivos principales de la Estrategia mundial contra el sida, incluidos los relativos a la prevención, el tratamiento y los facilitadores, se combinan para reducir la incidencia del VIH, las muertes relacionadas con el sida y la discriminación relacionada con el VIH.

Este Marco de Acceso a la Prevención 2030 se centra en uno de esos objetivos principales, que abarca la prevención primaria y requiere que **el 90 % de las personas que necesitan prevención del VIH utilicen opciones de prevención eficaces para 2030**. Este objetivo se desglosa en 15 objetivos de prevención de segunda línea para poblaciones y programas específicos (véase la Tabla 3a para el flujo lógico de los objetivos y la Tabla 5 del Anexo 1 para obtener una lista completa).

El Marco de Acceso a la Prevención 2030 presenta con mayor detalle los hitos y las acciones para lograr estos objetivos, todos los cuales se basan en las tres prioridades de la Estrategia mundial contra el sida: respuestas al VIH lideradas por los países, resilientes y sostenibles; servicios centrados en las personas; y liderazgo comunitario.

Los objetivos numéricos del Marco incluyen los objetivos 40+20, que exigen que 40 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso al tratamiento contra el VIH y logren la supresión viral, y que 20 millones de personas tengan acceso a opciones de prevención del VIH basadas en antirretrovirales para el año 2030. Estos y otros hitos se muestran en la Figura 3 y se analizan con más detalle a continuación.

En general, la iniciativa para mejorar el acceso a la prevención del VIH de cara a 2030 busca acelerar el uso de innovaciones, ampliar el uso de las intervenciones más rentables y afrontar los desafíos de sostenibilidad a los que se enfrenta la respuesta al VIH.

Figura 3. Objetivos clave e hitos numéricos

a. Objetivos de prevención primaria para 2030 en la Estrategia mundial contra el sida 2026–2031.

| DENOMINADOR | COBERTURA | RESULTADO |
|--|--|---|
| Personas que necesitan prevención del VIH | El 95 % de las personas que necesitan prevención reciben ayuda para prevenir el VIH | El 90 % de las personas que necesitan prevención utilizan opciones de prevención eficaces |
| <p>Jóvenes y adultos (en áreas con alta incidencia de VIH)</p> <p>Grupos de población clave (trabajadores sexuales, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas que se inyectan drogas, personas en prisiones y otros entornos cerrados)</p> | <p>Esto se traduce en:</p> <ul style="list-style-type: none"> El 95 % de las personas a las que llegan los programas de prevención centrados en la persona Se ha cubierto el 95 % de las necesidades de distribución a nivel nacional de preservativos, PrEP, PPE, agujas, jeringuillas y tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides (TMAO) El 90 % de los adolescentes y jóvenes reciben educación sexual integral El 80 % de los programas de prevención del VIH centrados en las personas para grupos de población clave son implementados por organizaciones lideradas por la comunidad | <p>Esto se traduce en:</p> <ul style="list-style-type: none"> 80 % de uso de preservativos con parejas ocasionales Hasta un 80 % de uso de PrEP, incluidos los productos de acción prolongada, en consonancia con la epidemiología y las preferencias de las personas <p>Objetivos específicos para cada población:</p> <ul style="list-style-type: none"> El 90 % de los niños y hombres accedieron a la circuncisión masculina voluntaria en 15 países prioritarios El 95 % de las personas que se inyectan drogas usan equipos de inyección seguros, el 50 % de las personas que se inyectan opioides usan TMAO El 95 % de las trabajadoras sexuales y sus clientes utilizan preservativos en las relaciones sexuales remuneradas |

b. Hitos numéricos para la reducción de la incidencia del VIH en el marco del Acceso a la Prevención.



Nota: TMAO: tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides; PPE: profilaxis postexposición; PrEP: profilaxis preexposición; CMMV: circuncisión médica masculina voluntaria

c. Relación entre objetivos, hitos, líneas de base y supuestos subyacentes para 2030

| Objetivo | Hito numérico ⁱ | Punto de referencia ⁱⁱ | Notas y supuestos |
|---|---|--|--|
| El 90 % de las personas que viven con el VIH tienen la carga viral suprimida | Cuarenta millones de personas que viven con el VIH se mantienen con un tratamiento eficaz contra el VIH | En 2024, se calcula que 31,6 millones de personas que viven con el VIH recibían tratamiento contra el VIH (1) | Cuarenta millones es la cifra aproximada que representa el 90 % de las personas que vivirán con el VIH en todos los países del mundo en 2030 |
| Hasta un 80 % de uso de la PrEP , incluidos los productos de acción prolongada, en consonancia con la situación epidemiológica y las preferencias de las personas | Veinte millones de personas en todo el mundo están utilizando la PrEP de forma efectiva , y cada vez son más las que optan por las opciones de PrEP de acción prolongada | En 2024, se estimaba que 3,9 millones de personas utilizaban la PrEP al menos una vez al año (lo que equivale a aproximadamente 2 millones de personas-año de uso de la PrEP). | El objetivo se refiere a 20 millones de personas-año de PrEP. Esto representa aproximadamente el doble del objetivo de 10,6 millones de personas-año para 2025. Se calcula que la necesidad mundial de PrEP en todos los países ronda los 20 millones de personas-año de uso. Se calcula en función de una escala variable. Los objetivos de PrEP para las subpoblaciones en los países varían según la incidencia del VIH y otros criterios entre 0 y 80 % (véase Tabla 6 en el Anexo 1). |
| El 95 % de las adolescentes y las mujeres jóvenes, las mujeres adultas, las mujeres embarazadas y las que están dando el pecho, así como los adolescentes y los hombres, en entornos con una alta prevalencia del VIH, sean beneficiarios efectivos de programas de prevención del VIH centrados en las personas | Sesenta millones de mujeres, niñas, hombres y niños que viven en zonas con una alta incidencia del VIH están accediendo a programas combinados de prevención del VIH | En 2024, aproximadamente un tercio de las adolescentes y las mujeres jóvenes que vivían en zonas con una alta prevalencia del VIH se beneficiaron de programas específicos. Aproximadamente la mitad de los hombres y niños que reunían los requisitos para la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) estaban siendo beneficiados por esa intervención. | Sesenta millones de personas es la cifra redondeada que representa el 95 % de la población en áreas geográficas y subpoblaciones (desagregadas por edad, sexo y parejas estables/no estables) con una incidencia de VIH superior al 0,2 % en el África subsahariana. En otras regiones, una incidencia del VIH superior al 0,2 % es extremadamente rara fuera de los grupos de población clave. Esta cifra no incluye a los grupos de población clave, para las cuales se establecen hitos numéricos específicos en la siguiente fila. |
| El 95 % de los grupos de población clave se benefician de programas de prevención del VIH centrados en las personas | Treinta y ocho millones de personas de grupos de población clave (trabajadores sexuales, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que se inyectan drogas (PID) y personas transgénero, prisioneros) están accediendo a la prevención del VIH | A partir de 2024, en los países que informan estos datos, el 55 % de las trabajadoras sexuales, el 30 % de los HSH, el 40 % de las personas que se inyectan drogas y el 44 % de las personas transgénero tuvieron acceso a servicios y herramientas de prevención del VIH (2). | Eso representa 38 millones de personas, el 95 % de los grupos de población clave a las que hay que llegar con programas de prevención del VIH en países de ingresos bajos y medios. |

i Los hitos numéricos se basan en los análisis especiales de ONUSIDA para las estimaciones de necesidades de recursos para 2030 (tratamiento, PrEP, grupos de población clave, reducción de daños), la herramienta SHIPP (mujeres y niñas, niños y hombres) y las estimaciones de necesidades de prevención de Spectrum (preservativos).

ii Salvo que se indique lo contrario, todos los valores de referencia en esta sección se basan en: Global HIV Prevention Scorecard. Special analysis. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida 2025; (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/scorecards>)

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>80 % de uso del preservativo en la última relación sexual con parejas ocasionales</p> <p>95 % de uso del preservativo en relaciones sexuales remuneradas entre trabajadoras sexuales y clientes</p> | <p>20 000 millones de preservativos distribuidos y vendidos para la prevención del VIH por año. Esto elevaría el mercado mundial de preservativos a una cifra estimada de 35 000 millones de unidades en 2030.</p> | <p>El uso medio de preservativos en la última relación sexual remunerada fue del 84 % según los informes de las trabajadoras sexuales (2) y del 74 % según los informes de los hombres que pagaron por sexo. El uso medio de preservativos con parejas ocasionales fue del 63 %, según lo informado por los hombres, y del 36 %, según lo informado por las mujeres.</p> | <p>Los 20 000 millones de preservativos representan la necesidad total de preservativos para la prevención del VIH: 6 000 millones en el África subsahariana para todas las poblaciones y 14 000 millones para los grupos de población clave a escala mundial. La necesidad se establece aplicando objetivos porcentuales a diferentes subpoblaciones. La cifra de 35 000 millones de preservativos incluye también el uso de preservativos por parte de parejas no afectadas por el VIH con fines anticonceptivos.</p> |
| <p>El 95 % de las personas que se inyectan drogas utilizan material de inyección seguro en la última inyección</p> <p>El 50 % de las personas que se inyectan opioides están en tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides</p> | <p>Siete millones de personas que se inyectan drogas y que se benefician de medidas de reducción de daños, como material de inyección seguro, tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides y prevención de sobredosis</p> | <p>En 2024, 4 de cada 10 personas que se inyectan drogas tuvieron acceso a servicios de reducción de daños. La mediana del uso de material de inyección seguro en los distintos países fue del 87 %, y la mediana de la cobertura del tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides fue del 9 %. (2).</p> | <p>Siete millones representan el 95 % de las personas que se inyectan drogas en países de ingresos bajos y medios.</p> |
| <p>Al menos el 20 % de la financiación nacional destinada al VIH debería destinarse a la prevención primaria</p> | <p>No hay ningún hito global agregado disponible.</p> | <p>En 2023 y 2024 (según datos de 48 países), alrededor del 8 % de los fondos nacionales para el VIH se destinaron a la prevención (12).</p> | <p>El objetivo es un punto de referencia indicativo y se basa en un promedio mundial del 24 % de las necesidades de recursos para la prevención del VIH. La necesidad exacta debe determinarse a nivel nacional.</p> |

Hitos anuales para las personas y opciones de prevención

En aras de la claridad y la rendición de cuentas, se anima a los gobiernos nacionales y subnacionales a definir unos objetivos numéricos anuales generales bien definidos, basados en estimaciones rutinarias de las necesidades del país. Los hitos anuales de cada país que se muestran en la Tabla 1 se presentan a modo de ejemplo. (La figura 5 del Anexo 1 muestra los hitos anuales de prevención por región). Los hitos anuales a nivel nacional e incluso subnacional pueden formularse utilizando procesos y herramientas de estimación de las necesidades anuales del país. Estos datos se han integrado en el modelo Spectrum que los países utilizan cada año para elaborar sus estimaciones anuales y que se solicitan en el proceso de Vigilancia Mundial del sida. ONUSIDA y la Coalición Mundial para la Prevención del VIH proporcionarán apoyo adicional para la elaboración y el uso de estas estimaciones.

Tabla 1. Ejemplo ilustrativo por país de los hitos anuales de acceso a la prevención del VIH, 2026-2030

| | 2024 (punto de referencia) | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|---|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Preservativos | 52 millones | 56 | 64 | 72 | 80 | 85 millones |
| PrEP | 70 000 | 100 000 | 220 000 | 270 000 | 350 000 | 350 000 |
| PPE | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar | Por confirmar |
| CMMV | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 | 120 000 |
| Mujeres y niñas en lugares con elevada incidencia de VIH (>0,2 %) | 350 000 | 350 000 | 550 000 | 750 000 | 900 000 | 900 000 |
| Hombres y niños en lugares con elevada incidencia de VIH (>0,2 %) | 200 000 | 200 000 | 300 000 | 350 000 | 400 000 | 400 000 |
| Trabajadoras sexuales beneficiadas | 23 000 | 25 000 | 35 000 | 40 000 | 45 000 | 45 000 |
| HSH beneficiados | 20 000 | 24 000 | 32 000 | 40 000 | 50 000 | 60 000 |
| Personas transgénero beneficiadas | 1000 | 1500 | 2000 | 3000 | 3500 | 4000 |
| PID con acceso a agujas y jeringas | 4000 | 6000 | 8000 | 9500 | 9500 | 9500 |
| PID y reciben TMAO | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 4800 |
| Reclusos beneficiados | 1000 | 2000 | 3000 | 5000 | 6000 | 6000 |

Nota: Esta tabla presenta los hitos de un país representativo del África subsahariana.

Cambio de paradigma

Una nueva era para la prevención del VIH

El nuevo contexto, los retos y las oportunidades dan lugar a una nueva era para la prevención del VIH. El Marco de Acceso Global para la Prevención 2030 proporciona un enfoque específico para lograr los objetivos mundiales de VIH para 2030 en un entorno con limitaciones financieras. Con los cambios estratégicos y las inversiones adecuadas (Figura 4), es factible que todas las personas en riesgo de contraer el VIH tengan acceso a una opción de prevención que se ajuste a sus necesidades para el año 2030.

Figura 4. El cambio de paradigma para la "prevención del VIH 2030"



Marco de Prevención 2030

Un enfoque centrado en la persona para el acceso y la elección

"Prevención del VIH 2030" es un marco de acceso específico. Está estructurado en torno a los "recorridos" de prevención de las personas y refleja el hecho de que necesitan: **1) comprender** sus necesidades, opciones y beneficios de prevención; **2) acceder** a los servicios de prevención; **3) utilizar** las opciones de prevención de manera efectiva; y **4) experimentar** un entorno propicio (Figura 5).

Estas cuatro dimensiones abarcan las consideraciones conductuales, biomédicas, estructurales y sistémicas que pueden respaldar la planificación y la inversión lideradas por los países durante los próximos cinco años.

Figura 5. Un marco de prevención del VIH centrado en la persona



1. Diseño y comunicación centrados en las personas (conductuales)

El impacto de las opciones de prevención del VIH depende de la disposición de las personas a utilizarlas. Por lo tanto, es fundamental abordar los factores clave que dan forma a esas decisiones, en particular: el conocimiento de las personas sobre la prevención del VIH (13) y dónde acceder a los servicios; su comprensión de su riesgo personal; y su capacidad para tomar decisiones empoderadas. Existe amplia evidencia sobre lo que pueden lograr las intervenciones conductuales y sobre sus limitaciones (14).

Si bien la disminución inicial de la incidencia del VIH estuvo relacionada en parte con cambios en el comportamiento sexual, como la reducción de las relaciones sexuales con múltiples parejas, esos cambios no se mantuvieron. La evidencia indica que las intervenciones conductuales pueden contribuir a desarrollar el conocimiento, la motivación, la demanda y las habilidades que las personas necesitan para tomar decisiones informadas sobre prevención y utilizar las opciones de prevención de manera efectiva. Sin embargo, como intervenciones aisladas, no se espera que reduzcan por sí solas la incidencia del VIH. Por consiguiente, el asesoramiento y la información sobre el VIH para grupos de población clave no deben tener como objetivo cambiar comportamientos subyacentes, sino que pueden aprovecharse para fomentar la participación y deben proporcionarse de manera no prejuiciosa, junto con otras intervenciones de prevención (15).

Nueva guía describe los principios clave del diseño y la comunicación centrados en la persona (16). Para mejorar las respuestas, los países pueden:

Aplicar un diseño centrado en la persona para desarrollar un plan de comunicación preventiva consolidado pero diferenciado. Las comunicaciones anteriores sobre la prevención del VIH solían ser específicas para cada producto y proyecto, y por lo tanto, estaban fragmentadas. La comunicación sobre la prevención del VIH ahora puede abarcar diferentes opciones de prevención y sus beneficios, en lugar de centrarse únicamente en productos específicos. Del mismo modo, se debe diseñar un enfoque de comunicación general para todos los públicos objetivo, en lugar de para grupos específicos, aunque debe estar suficientemente diferenciado para grupos de población clave y prioritarias específicas. Los mensajes basados en un diseño centrado en la persona son beneficiosos, mientras que las campañas de medios masivos no dirigidas se desaconsejan (17). Como buen ejemplo, la Estrategia de Comunicación sobre el VIH de Zimbabwe identifica a los mejores *influencers* y canales de información para llegar a diferentes poblaciones (18).

- ▶ **Desarrollar e implementar una combinación optimizada de comunicación preventiva.** La comunicación para la prevención del VIH requiere una combinación de comunicación a través de los medios de comunicación a gran escala para llegar a poblaciones objetivo más amplias y, además, enfoques de divulgación interpersonal más intensivos (por ejemplo, para grupos de población clave o personas muy jóvenes en entornos con alta incidencia del VIH). Los mensajes de prevención del VIH mejorados con inteligencia artificial pueden aplicarse a diferentes poblaciones y con distintos fines, y a gran escala. Se ha demostrado que mejora la adopción de la PrEP (19), aumenta el uso del preservativo (20) y reduce los comportamientos que pueden resultar en la infección por el VIH en grupos vulnerables (21). La educación sexual integral (ESI) puede sentar una base importante para que los jóvenes reciban información relacionada con la prevención y desarrollen conocimientos y habilidades que protejan su salud sexual. La educación sexual integral debe incorporarse a los planes de estudio a escala mundial y no debe depender principalmente de los programas y la financiación relacionados con el VIH.
- ▶ **Asignar la dirección de las comunicaciones de prevención a una entidad multisectorial de salud pública.** Para aprovechar al máximo los recursos limitados, se necesita una institución con alcance multisectorial que coordine las comunicaciones. Debe hacerlo en estrecha colaboración con las comunidades, los implementadores y otros sectores, incluso aprovechando la experiencia en comunicaciones del sector privado.

2. Plataformas (sistemas) de prevención

La prevención sostenible del VIH requiere un sistema bien definido, liderado por cada país, que proporcione acceso a través de diferentes plataformas sanitarias y no sanitarias. Las personas que necesitan prevención del VIH deberían poder elegir entre una gama definida de plataformas de prestación de servicios que satisfagan las necesidades de diferentes subpoblaciones (Figura 6).

En el pasado, el acceso a veces se realizaba a través de proyectos fragmentados y con plazos de entrega limitados. El nuevo Marco 2030 aplica un enfoque sistémico. Tiene en cuenta la viabilidad, el alcance, las preferencias y las barreras que afectan a las diferentes poblaciones. Por ejemplo, los países utilizan diferentes modelos para llegar a grupos de población clave a gran escala (22). Se dispone de orientación adicional sobre programas de VIH sostenibles y a gran escala con grupos de población clave (23); aplica un modelo diferenciado para plataformas de acceso confiable para grupos de población clave (véase Figura 3 en el Anexo 1). También se dispone de orientación sobre un modelo diferenciado para llegar a las adolescentes y mujeres jóvenes (24).

Teniendo en cuenta sus contextos, los países pueden:

- ▶ **Determinar la combinación más adecuada de puntos de acceso.** Un proceso liderado por el gobierno y con la participación de múltiples partes interesadas puede definir los puntos de acceso para todas las poblaciones pertinentes y las opciones de prevención, incluidos los servicios públicos, privados y comunitarios. El conjunto de plataformas disponibles dependerá de los recursos disponibles y deberá basarse en evidencia y ser escalable. Los países deberían elaborar un mapa del acceso a la prevención por población y por plataforma, teniendo en cuenta la relevancia, la viabilidad, la privacidad, la seguridad y la accesibilidad (que varían para las diferentes subpoblaciones). La colaboración entre sectores, incluidos la educación (escuelas), el trabajo (lugares de trabajo), etc., es fundamental para ampliar las plataformas de prestación de servicios de prevención del VIH.
- ▶ **Identificar oportunidades de integración para mejorar el acceso.** Integrar la prevención del VIH en la atención primaria y los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) es un enfoque de sostenibilidad recomendado, particularmente en entornos con una elevada incidencia de VIH en la población general donde las mujeres y los hombres son atendidos de forma rutinaria a través de estos servicios (25). Por ejemplo, en varios países con una alta prevalencia de VIH, un gran número de mujeres sexualmente activas tienen acceso a métodos anticonceptivos, pero siguen existiendo deficiencias en la integración del VIH en los servicios anticonceptivos. Esos se pueden abordar utilizando la guía operativa existente (26). Las oportunidades de integración incluyen: asesoramiento sobre prevención del VIH iniciado por el proveedor; pruebas; ofertas rutinarias de preservativos; y acceso a la PrEP como parte de los servicios anticonceptivos. Por el contrario, los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, pueden integrarse en los programas de detección y tratamiento del VIH. El liderazgo gubernamental (en materia de políticas, financiamiento y rendición de cuentas) es un facilitador crítico para la integración (27).
- ▶ **Desarrollar modelos diferenciados para mejorar el acceso de grupos de población clave.** Para los grupos de población clave, es necesario aplicar enfoques diferenciados en la mayoría de los casos. Un buen ejemplo de integración es el "modelo KK" de Malasia y el enfoque de "Servicios diferenciados de VIH para grupos de población clave", en el que el gobierno y las comunidades comparten varios roles (26). **Otros modelos exitosos** ofrecen servicios clave de prevención del VIH dirigidos por la población que operan en instalaciones públicas con espacios designados para la participación comunitaria (27). Sin embargo, estos modelos solo funcionan si se minimiza el estigma y la discriminación hacia los grupos de población clave en el acceso a los servicios. Cuando no se puede garantizar la seguridad, la confidencialidad y los servicios libres de estigma, la prestación de servicios liderada por la comunidad y por pares, especialmente a través de plataformas de acceso confiables, sostenibles e integradas, es esencial para llegar a los grupos de población clave (28). Según un análisis multicéntrico, se estima que entre el 10 y el 45 % de los grupos de población clave acceden a la prevención a través de organizaciones dirigidas por pares y entre el 33 y el 51 % lo hacen a través de organizaciones no gubernamentales (ONG) (29).
- ▶ **Ampliar el uso de plataformas innovadoras de acceso virtual y a la telemedicina.** Durante la COVID-19 se desarrollaron o ampliaron plataformas virtuales eficaces, las cuales deben mantenerse y expandirse aún más (30). Las plataformas virtuales pueden mejorar el alcance, incluso para programas dirigidos por pares. Las opciones de telesalud son rentables, pueden ayudar a involucrar a poblaciones de difícil acceso, reducir el estigma y crear plataformas de acceso a la prevención más accesibles (31).
- ▶ **Fomentar enfoques de autocuidado para la prevención del VIH.** El autocuidado para la prevención del VIH, cuando se combina con un sólido apoyo comunitario, puede mejorar el acceso y los resultados, y potencialmente reducir los costos. El autocuidado incluye, por ejemplo, las pruebas de autodiagnóstico gratuitas y el acceso a la PrEP en las farmacias, así como el uso de dispensadores para acceder a productos de autocuidado. A través de chatbots, controles virtuales y recordatorios digitales personalizados, las herramientas habilitadas para IA pueden respaldar modelos de prevención de autocuidado

(32). Si se amplían, estos modelos de autocuidado pueden desplazar la prevención del VIH, que en la actualidad depende en gran medida de los servicios iniciados por los proveedores, aunque estos seguirían participando en el apoyo y la complementación del autocuidado.

- ▶ **Desarrollar un sistema nacional consolidado de datos de prevención.** Para la prevención se necesitan sistemas de datos y vigilancia sólidos y gestionados por cada país. Los países necesitan contar con sistemas de datos de prevención que proporcionen información clave sobre la cobertura y los resultados en sus respectivos contextos. También es importante la capacidad de análisis y uso de datos, incluidos los datos generados por la comunidad. Los países pueden utilizar las estimaciones anuales de necesidades de prevención basadas en modelos como denominador para el monitoreo anual. Eso se puede hacer con mayor regularidad y a un menor coste que las encuestas poblacionales, que, si bien son costosas, siguen siendo relevantes para la medición del impacto, pero no se requieren anualmente. Existen herramientas de medición de resultados más sencillas que complementan este tipo de encuestas.
- ▶ **Garantizar un suministro constante de productos de prevención a través de todas las plataformas de acceso pertinentes.** Las consideraciones relativas a la adquisición y la cadena de suministro son fundamentales para garantizar que los productos de prevención estén disponibles en los distintos puntos de venta. Para maximizar la cobertura y el alcance, los países deberían minimizar los costos, por ejemplo, utilizando plataformas internacionales de adquisición de gran volumen para productos de prevención, independientemente de la fuente de financiación (33). A nivel nacional, se pueden aprovechar los sistemas logísticos sanitarios existentes y las redes minoristas del sector privado.

Figura 6. Diversas plataformas de prestación de servicios de prevención del VIH para maximizar la elección y el acceso



Seleccionar y priorizar las plataformas de prevención en función del contexto del país y las preferencias de los grupos de población clave y prioritarios

3. Opciones de prevención (biomédicas)

Las personas deben poder elegir entre diferentes métodos de prevención del VIH y opciones de administración. Eso incluye el "tratamiento como prevención", dado que las personas con cargas virales indetectables no pueden transmitir el VIH a otras personas (el efecto I=I, o "indetectable = intransmisible" del tratamiento del VIH) (34, 35).

Ahora que existen más opciones de prevención a corto y largo plazo, se requiere un enfoque sistemático para ofrecer las diferentes alternativas. El concepto de elección y la combinación óptima de métodos de prevención del VIH difieren parcialmente de otros campos de la salud pública, como la anticoncepción. Las diferentes subpoblaciones tienen diferentes preferencias en materia de prevención. Además, las herramientas multiusos de bajo coste, como los preservativos y las agujas limpias, son muy relevantes incluso en lugares donde la incidencia del VIH es baja, mientras que los beneficios de la PrEP son más relevantes en entornos con una incidencia sustancial del VIH (como se detalla más adelante).

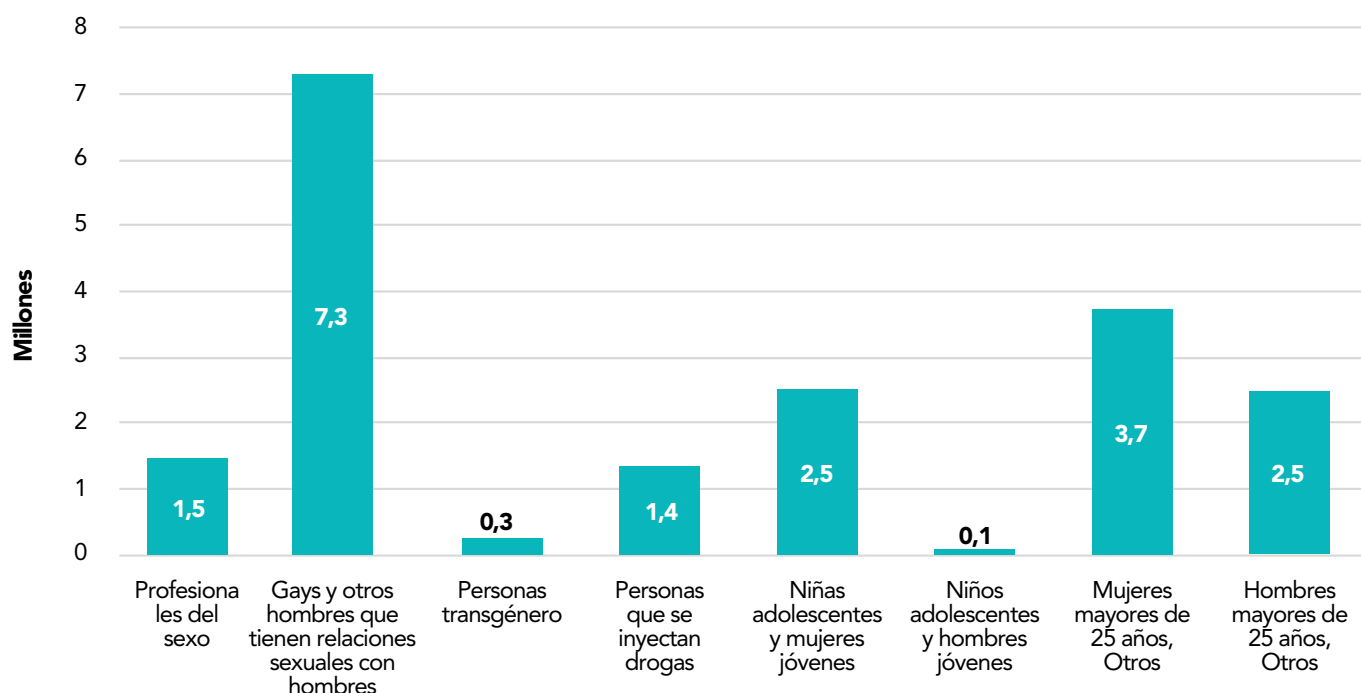
En consonancia con estas consideraciones, los países pueden:

- ▶ **Ofrecer a las personas una selección estructurada de productos preventivos.** El acceso a opciones relevantes, la posibilidad de elegir y la oportunidad de cambiar de productos con el tiempo no solo aumentan la cobertura de prevención, sino que también es probable que sean rentables (36). En definitiva, el objetivo principal es lograr una alta cobertura de prevención entre las personas con mayor riesgo de contraer el VIH. La profilaxis preexposición (PrEP) sería una opción prioritaria para algunos grupos de población clave, pero complementaria para otros. Por ejemplo, el uso sostenido y elevado de preservativos es una prioridad para las trabajadoras sexuales, mientras que la reducción de daños sigue siendo una prioridad absoluta para las personas que se inyectan drogas.
- ▶ **Estimar la necesidad de diversas opciones de prevención por población.** Las estimaciones de necesidades para métodos específicos son útiles para la planificación y deben calcularse teniendo en cuenta una combinación óptima. El objetivo es aumentar la adopción de medidas preventivas en general, no solo para un producto en particular. (Véase la Tabla 1 para ver un ejemplo de tabla de combinación de métodos por país que puede adaptarse para fines de planificación).
- ▶ **Introducir rápidamente tecnologías de prevención basadas en antirretrovirales y otras tecnologías de acción prolongada.** Las personas con mayor necesidad deben poder elegir entre las tecnologías de prevención existentes y las nuevas. Esto incluye las formulaciones inyectables de PrEP de acción prolongada, el anillo vaginal de dapivirina y la PrEP oral que contiene tenofovir. A medida que otras opciones, como la PrEP oral de administración mensual (MK-8527), avanzan en los ensayos clínicos y son aprobadas por los organismos reguladores, también debe priorizarse su acceso. Por lo tanto, actualizar las directrices sobre la PrEP y acelerar la aprobación regulatoria son prioridades absolutas. A nivel mundial, un hito clave es garantizar que al menos 20 millones de personas utilicen diversas opciones de PrEP para el año 2030, desglosado por población (Figura 7).
- ▶ **Garantizar un acceso equitativo y a gran escala a los preservativos para una triple protección.** Los preservativos siguen siendo la única herramienta que protege simultáneamente a las personas del VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados. Además, siguen siendo el principal método anticonceptivo de elección para los adolescentes en todo el mundo. Sin embargo, la distribución y promoción de preservativos han recibido menos atención después de 2010, lo que ha provocado una disminución en su uso y un aumento de las infecciones de transmisión sexual en varios entornos. Países de diferentes regiones han demostrado que es posible alcanzar un 80 % de uso del preservativo con parejas ocasionales; sin embargo, la tendencia a la baja en su uso no es universal. (37)

Para cerrar las brechas en el uso del preservativo, los países necesitan revitalizar los enfoques de mercado integral del preservativo, con funciones complementarias para los sectores público, de marketing social y privado. Se estima que la necesidad mundial total de preservativos con triple protección asciende a 35 000 millones de preservativos anuales. En el África subsahariana es necesario un enfoque programático en la promoción del uso del preservativo para alcanzar el objetivo estimado de seis mil millones de preservativos distribuidos y vendidos anualmente para 2030 (véase la figura 3). Se estima que la necesidad de preservativos entre los grupos de población clave a escala mundial es de unos 14 000 millones al año, una cifra que también puede cubrirse mediante un enfoque de mercado integral, en el que los modelos del sector privado desempeñan un papel más importante en los países con mayores ingresos.

- **Ampliar el acceso a la reducción de daños para las personas que consumen drogas.** Los paquetes de medidas de reducción de daños basados en la evidencia, que incluyen agujas y jeringas limpias, el tratamiento con opioides y la prevención de sobredosis (naloxona), siguen siendo opciones de prevención muy eficaces, pero se utilizan poco. Las estrategias de reducción de daños a gran escala, lideradas por los países y las comunidades, pueden aumentar drásticamente el acceso y reducir la transmisión del VIH.

Figura 7. Necesidad de profilaxis preexposición (PrEP) contra el VIH para 2030, por población, en países de ingresos bajos y medios



Fuente: Estimaciones de las necesidades de prevención del VIH de ONUSIDA, Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

4. Facilitadores sociales (estructurales)

El estigma y la discriminación, las leyes punitivas, las normas de género dañinas y las desigualdades crean barreras para los servicios de prevención del VIH, reducen la supresión viral y aumentan la incidencia del VIH (38, 39, 40, 41). A escala mundial, el marco jurídico para la prevención del VIH y los grupos de población clave ha mejorado moderadamente desde la década de 1980, pero el progreso general se ha estancado en los últimos años y se ha revertido en algunos países. Es necesario abordar estas barreras. También es necesario proteger el espacio cívico de las comunidades afectadas.

Para lograrlo, los países pueden:

- **Identificar las principales barreras para el acceso a los servicios relacionados con el VIH y su influencia en los resultados del tratamiento del VIH en diferentes poblaciones.** Para abordar las barreras sociales, las relacionadas con los derechos humanos y las de género, se requiere compromiso político, estrategias de colaboración e inversión a largo plazo. Los obstáculos pueden identificarse en el marco del desarrollo de planes y estrategias nacionales contra el VIH, tal como se describe en la Estrategia mundial contra el sida 2026-2031. Este marco se centra en las dimensiones relacionadas con la prevención.

- ▶ **Definir las funciones de los socios y sus ventajas comparativas para abordar las barreras. Algunos obstáculos pueden ser abordados por los sectores de la salud, la justicia y la educación, por ejemplo, y por grupos de defensa de las personas con VIH que colaboren con esos sectores, los parlamentarios y otras partes interesadas. Estas actividades variarán según el país, pero pueden incluir las siguientes:**ⁱⁱⁱ
 - Promover la reducción de la edad de consentimiento y la eliminación de los requisitos de consentimiento de terceros (padres y cónyuges) para acceder a los métodos de prevención del VIH, las pruebas, los servicios de salud sexual y reproductiva y la información relacionada.
 - Despenalización de las personas y los comportamientos LGBTQI+, el trabajo sexual, el consumo de drogas y la transmisión del VIH.
 - Apoyar el registro legal de las organizaciones comunitarias que prestan servicios de prevención del VIH y garantizar que puedan acceder a financiación.
 - Ampliar la prevención de la violencia de género y el acceso a los servicios relacionados con la violencia de género dentro de la prestación de servicios de salud, con fuertes vínculos con los servicios de VIH, incluida la profilaxis postexposición (PPE) oportuna para las sobrevivientes de violencia sexual.
 - Promover la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres.
- ▶ **Definir acciones viables para abordar las barreras estructurales que obstaculizan los programas de prevención.** Los esfuerzos de prevención del VIH también deberán abordar o encontrar maneras de sortear las barreras estructurales que afectan directamente al acceso de las personas a las opciones de prevención y su uso. Eso puede incluir:
 - Integrar mensajes sobre normas de género positivas en las comunicaciones de prevención del VIH (por ejemplo, responsabilidad compartida en la protección; alentar a los hombres a buscar servicios de salud).
 - Sensibilizar y apoyar a los trabajadores de la salud para que presten servicios de prevención del VIH respetuosos, equitativos y no discriminatorios, especialmente para los grupos de población clave o los jóvenes sexualmente activos, incluso mediante la vigilancia liderada por la comunidad.
 - Considerar las cuestiones de seguridad, protección y confidencialidad en el diseño de servicios de divulgación, virtuales y presenciales para grupos de población clave.
 - Fortalecer los mecanismos de derivación y reparación para obtener asistencia jurídica que permita defender los derechos de los grupos de población clave (por ejemplo, en casos de violencia y discriminación).
 - Analizar y abordar las desigualdades en el acceso y el uso de la prevención (por ejemplo, por ingresos, género, edad u otros factores), incluso en relación con la disponibilidad, la aceptabilidad y la asequibilidad de los servicios.
- ▶ **Aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la prevención del VIH.** Esto incluye la despenalización de grupos de población clave, ya que las leyes punitivas disuaden a las poblaciones criminalizadas de buscar servicios de salud y de VIH, con consecuencias negativas que se extienden por toda la sociedad. También son relevantes los requisitos de consentimiento de terceros. El acceso sostenible a la prevención del VIH requiere la aplicación de estándares de derechos humanos a los servicios relacionados con el VIH (42). También implica la creación de entornos jurídicos, políticos e institucionales propicios que respeten, protejan y defiendan los derechos de las personas que viven con el VIH y de los grupos de población clave, en particular en contextos de criminalización y reducción del espacio cívico relacionados con el VIH. Asimismo, exige la participación significativa de las personas que viven con el VIH y otras poblaciones afectadas en el diseño, la implementación y el monitoreo de los programas de prevención. Estos cambios en las políticas son opciones de bajo costo para mejorar el entorno operativo para la prevención del VIH.

Los gobiernos, los líderes políticos y los gestores de programas deben reconocer los retos que plantean el auge de las campañas organizadas contra determinadas poblaciones y la desinformación relacionada

iii Véase también la Estrategia mundial contra el sida para el período 2026-2031. Ginebra: ONUSIDA; 2026 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-02/2026%E2%80%932031_Global-AIDS-Strategy_en.pdf).

con el VIH que circula en las redes sociales y otros medios. Es necesario popularizar la prevención del VIH mediante narrativas basadas en la evidencia y los derechos, que hagan hincapié en los beneficios para la salud pública de los programas exitosos contra el VIH.

5. Gestión multisectorial (transversal)

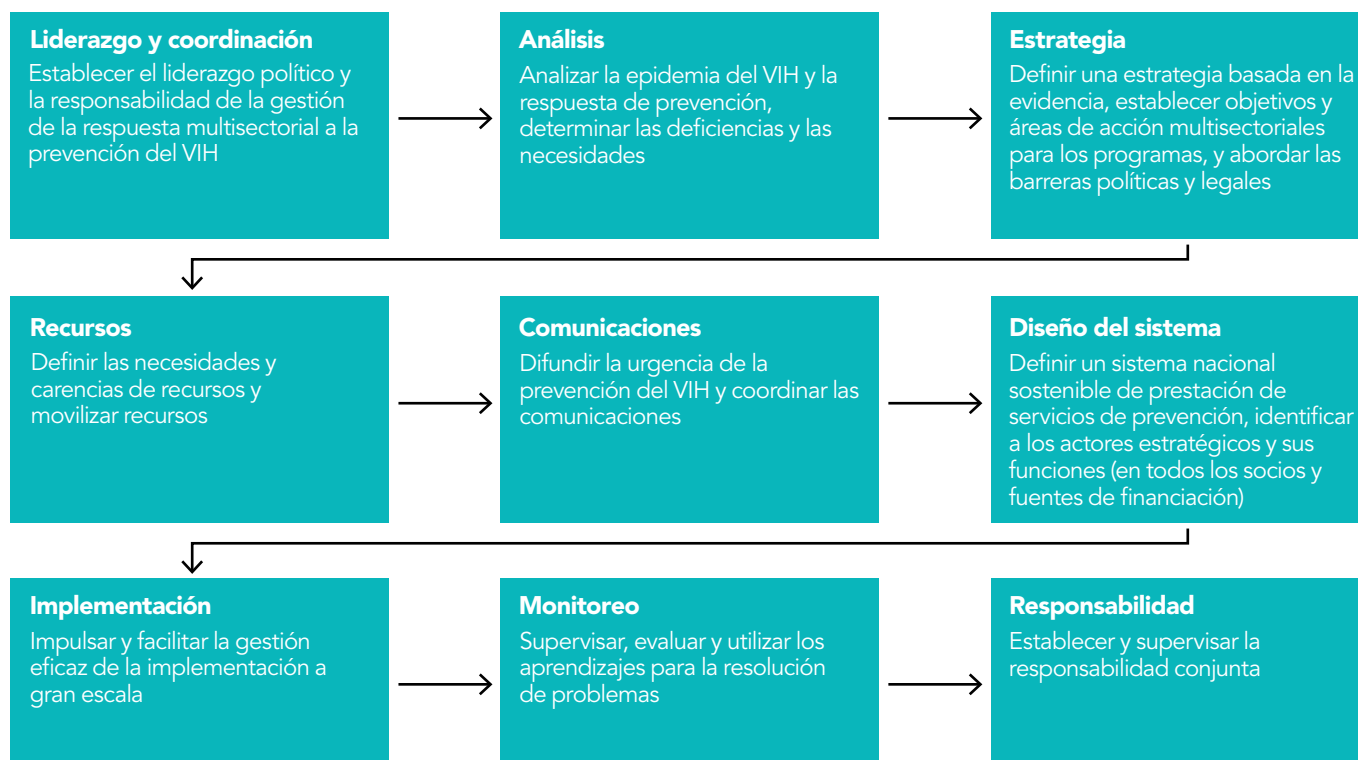
Un liderazgo sólido y una gestión responsable en la prevención del VIH son cruciales. Al construir y mantener capacidades básicas para la prevención del VIH dentro de los sistemas de salud, incluidos aquellos liderados por las comunidades afectadas, los países pueden poner la prevención al frente de sus respuestas al VIH (43).

La complejidad de la prevención del VIH exige un mecanismo de gestión específico que pueda contar con recursos humanos cualificados.

Un firme compromiso y una gestión gubernamental eficaz son esenciales para pasar de actividades basadas en proyectos a un programa nacional coordinado de prevención del VIH. Junto con los gobiernos, los líderes de las comunidades afectadas contribuirán a la creación de sistemas de prevención sostenibles.

Las estructuras multisectoriales de gestión del VIH son activos importantes para la respuesta, pero deben ser adecuadas para su propósito. En Botswana, por ejemplo, la Agencia Nacional de Coordinación del sida se transformó en la Agencia Nacional de Promoción de la Salud en 2019, que se ubicó en la Oficina de la Presidencia y se le otorgó un mandato ampliado para incluir la prevención de enfermedades no transmisibles como el cáncer y la diabetes, además del VIH (44). La figura 8 describe nueve funciones y pasos clave de la administración multisectorial (que también se detallan en la guía adicional) (42).

Figura 8. Funciones clave de gestión multisectorial para la prevención del VIH



Fuente: Foro de Liderazgo sobre el VIH. Coalición Mundial para la Prevención del VIH. Stewarding multisectorial HIV prevention at the country level [Coordinar la prevención multisectorial del VIH a nivel nacional]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (pendiente de publicación).

Optimización de la prevención

Priorización mejorada en un entorno con recursos limitados

Para alcanzar los objetivos de 2030 en un entorno complejo, las respuestas nacionales al VIH deben reconfigurar el enfoque y las modalidades de prevención del VIH. Con recursos externos reducidos, un margen fiscal limitado y muchas prioridades contrapuestas, no es fácil para los gobiernos mantener sus respuestas al VIH. Sin embargo, utilizando los recursos existentes para el VIH de manera inteligente y eficiente, aún es posible reducir sustancialmente las nuevas infecciones por VIH para 2030 (45).

La priorización es esencial. La prevención del VIH es más eficaz cuando los paquetes de prevención personalizados son accesibles a las personas que más los necesitan y en entornos con la mayor prevalencia del VIH; cuando esos paquetes se proporcionan a través de plataformas de distribución eficaces; y cuando son asequibles.

También es necesario llegar a un gran número de personas con riesgo moderado de contraer el VIH mediante intervenciones a gran escala y de menor coste. Se puede encontrar orientación más detallada sobre la priorización de la prevención en ONUSIDA, la OMS, el Fondo Mundial y otros (46, 47, 48). La figura 9 ilustra cómo los países pueden ampliar los paquetes de prevención para poblaciones con mayor incidencia de VIH sin excluir de forma rígida a personas de otras poblaciones que buscan acceso a la prevención del VIH.

Figura 9. Consideraciones de priorización basadas en el nivel de incidencia del VIH

| Tasa de incidencia del VIH en la subpoblación (por edad, sexo, geografía y comportamiento) | Intervenciones que se implementarán a gran escala para las subpoblaciones específicas (con las respectivas tasas de incidencia del VIH) |
|--|--|
| Baja (menos del 0,2 %) | + Servicios de pruebas de VIH y preservativos disponibles + PPE disponible + TAR (todas las personas que viven con el VIH) |
| Moderada (entre 0,2 % y 0,5 %) | + Generación de demanda para la prevención combinada esencial mencionada anteriormente (virtual/medios de comunicación) + PrEP disponible |
| Alta (entre 0,5 % y 2 %) | + Prospección interpersonal (cara a cara) (demanda y servicios) + PrEP disponible con promoción activa |
| Muy alta (más del 2 %) | + Máximos objetivos de PrEP con oferta universal |

Con una mayor incidencia del VIH, se deben añadir más intervenciones

Proporcionar acceso a las personas que lo soliciten activamente

La matriz de priorización de las "Cinco P" para la prevención del VIH que se muestra en la Figura 10 proporciona un marco para lograr una planificación e inversiones más específicas en materia de prevención.

Figura 10. La matriz de priorización de las "Cinco P" para la prevención del VIH



PERSONAS: Centrarse en los grupos de población clave y prioritarias que más necesitan prevención

Centrar los esfuerzos de prevención del VIH en grupos de población clave y sus parejas sigue siendo una forma muy eficaz de reducir la transmisión del VIH a nivel poblacional, incluso en epidemias generalizadas (1, 49). Un modelo estableció que, en tres contextos africanos, entre el 60 y el 80 % de todas las nuevas infecciones ocurridas entre 2013 y 2033 podrían prevenirse mediante programas de VIH más eficaces dirigidos a las trabajadoras sexuales. Dirigirse a subgrupos de poblaciones prioritarias puede mejorar aún más la relación coste-eficacia. Por ejemplo, en un análisis en el distrito de Siaya de Kenya, se encontró que solo 14 000 de las casi 100 000 adolescentes y mujeres jóvenes necesitaban una prevención intensificada del VIH (46). Los países pueden utilizar las herramientas de estimación más recientes para revisar sus estimaciones de las poblaciones que más necesitan prevención del VIH (Tabla 7 del Anexo 1).

La precisión centrada en las personas en la prevención significa utilizar datos para diseñar programas de manera que las personas adecuadas puedan acceder a las opciones de prevención más apropiadas

También deben tenerse en cuenta los cambios en la dinámica de la epidemia. Si bien los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres representaron el 9 % de las nuevas infecciones por VIH en adultos a escala mundial en 2010, comprendieron el 18 % en 2024 (50, 47). De manera similar, una proporción cada vez mayor de nuevas infecciones por VIH en el África subsahariana se está produciendo ahora entre mujeres de 25 a 49 años (1). Si no se dispone de recursos para métodos empíricos de estimación del tamaño, los países pueden considerar alternativas más económicas como el método Delphi, la sabiduría colectiva, el análisis de tendencias de búsqueda en Internet o la evaluación comparativa regional, aunque el caso de uso para las estimaciones derivadas de tales métodos es más limitado (51, 52).

LUGAR: Dirigir la atención de forma precisa a las zonas con mayor incidencia de VIH

En muchos casos, la ubicación geográfica es el factor principal que determina la probabilidad de contraer el VIH a lo largo de la vida. En Kenya, por ejemplo, tan solo 10 (de 47) condados concentraron el 57 % de los nuevos casos de VIH en 2021. En Myanmar, las personas que se inyectan drogas ubicadas en zonas fronterizas tuvieron una incidencia de VIH un 67 % mayor en 2014–2021 (53).

Centrarse con precisión en las ubicaciones no siempre significa elegir unas pocas áreas y centrarse únicamente en ellas. También puede requerir que se ajuste la intensidad de las acciones en todos los lugares pertinentes para que se adapten a sus niveles de incidencia del VIH.

La focalización precisa en localidades subnacionales implica que los paquetes de prevención deben ser diferentes cuando existan grandes diferencias en la incidencia del VIH. Es importante destacar que este enfoque no implica concentrarse únicamente en unas pocas áreas, sino variar la intensidad de las acciones. Además, si las diferencias en la incidencia del VIH son pequeñas, por ejemplo, inferiores al doble, entonces el coste de gestionar paquetes separados podría superar los beneficios. Por último, cabe señalar que las estimaciones de la incidencia del VIH a nivel subnacional suelen estar sujetas a importantes incertidumbres. Un buen ejemplo de focalización precisa es la Hoja de Ruta de Prevención del VIH de Mozambique 2022-2025, que define diferentes paquetes de prevención del VIH basados en la incidencia del VIH a nivel de

distrito (54). Varios países han utilizado las [Estimaciones Subnacionales de Incidencia del VIH para Poblaciones Prioritarias \(SHIP\)](#) para diferenciar los programas nacionales de prevención del VIH y las propuestas del Fondo Mundial a partir de 2022.

PLATAFORMA: Ofrecer información y servicios de la mejor manera

En la planificación, se debe tener en cuenta el alcance y la idoneidad de las distintas plataformas de acceso a la prevención para las diferentes poblaciones. Los modelos de prevención del VIH dirigidos por grupos de población clave pueden ser más rentables que los servicios públicos en algunos contextos, por ejemplo en Tailandia (55). En Malí y Nepal, la divulgación en línea mejoró la rentabilidad de los resultados de las pruebas de VIH en comparación con todos los servicios presenciales (56). La prestación de servicios diferenciados para la prevención del VIH puede generar una mayor eficiencia. La dispensación de PrEP oral de seis meses con autoprueba de VIH puede ayudar a aumentar el acceso y minimizar los costos de entrega y recogida sin comprometer la calidad (57).

Dependiendo de la disponibilidad de recursos, los países pueden planificar la combinación de diferentes modelos de entrega para grupos prioritarios (Figura 3 en el Anexo 1). Es importante explorar formas de reducir la fragmentación, manteniendo al mismo tiempo la diferenciación necesaria en la prestación de servicios y la estandarización de los recursos humanos.

PAQUETE: Definir la mejor combinación de intervenciones

Las estimaciones de las necesidades de prevención basadas en el modelo Spectrum de ONUSIDA, que sirvió de base para los objetivos de prevención del VIH para 2030, representan una combinación priorizada de opciones de prevención. El análisis de rentabilidad y optimización mediante modelos como Goals, Optima (58), el Modelo de Epidemia de Sida (AEM) y otros se puede utilizar para una

mayor priorización (59). Tres factores son especialmente importantes para la priorización y el establecimiento de la combinación adecuada de intervenciones en función de la relación coste-eficacia:

- La tasa de incidencia del VIH en la subpoblación (las estimaciones nacionales están disponibles a través de herramientas como Spectrum y las estimaciones subnacionales están disponible a través de herramientas como [NAOMI](#) y SHIPP),
- Costo por persona alcanzada por año, y
- Eficacia supuesta de la intervención.

A fin de definir la mejor combinación de intervenciones de prevención del VIH, se debe equilibrar la modelización de la eficiencia asignativa con las necesidades y los contextos sociales de las diversas comunidades. La toma de decisiones debe tener en cuenta las preferencias del usuario.

PRECIO: Maximizar la relación calidad-precio y la sostenibilidad

Garantizar los mejores precios posibles para medicamentos preventivos, productos básicos y servicios de alta calidad es más crucial que nunca. El acceso a versiones genéricas y el aumento de la competencia han reducido de manera significativa los precios de la PrEP y la TMAO en los últimos años. En la sección sobre financiación de la prevención y sostenibilidad se abordan otras consideraciones relativas a los costes.

En entornos con una gran dependencia de la financiación externa, las mayores mejoras en la eficiencia de la prevención a menudo se pueden lograr mediante la transición de los costos impulsados por los donantes a prácticas de cálculo de costos sostenibles por parte de los gobiernos nacionales. Estas transiciones se están implementando en varios países. Por ejemplo, India transformó su programa nacional para grupos de población clave, que contaba con un sistema comunitario a gran escala, hacia la financiación nacional. Se redujeron los costos al tiempo que se mantuvieron los paquetes de servicios esenciales, la implementación comunitaria y la contratación social. En los programas de prevención, a menudo se pueden lograr ahorros en tres áreas principales:

- **Reducir la fragmentación de la prestación de servicios** mediante la racionalización de proyectos y personal en un único programa nacional.
- **Avanzar hacia escalas salariales y de remuneración sostenibles y más estandarizadas** para los recursos humanos, en consonancia con las prácticas del país en lugar de las de los donantes.
- **Utilizar plataformas de adquisición de alto volumen (internacionales)** para productos básicos.

El análisis de costo-efectividad distributivo es útil para evaluar cómo se distribuyen los resultados del VIH y los costos de la prevención entre los diferentes grupos de población. Esto puede requerir aceptar costos per cápita más elevados para llegar a las poblaciones criminalizadas y estigmatizadas que presentan una mayor incidencia del VIH, ya que llegar a ellas promete grandes beneficios tanto para las propias poblaciones como para la respuesta general al VIH.

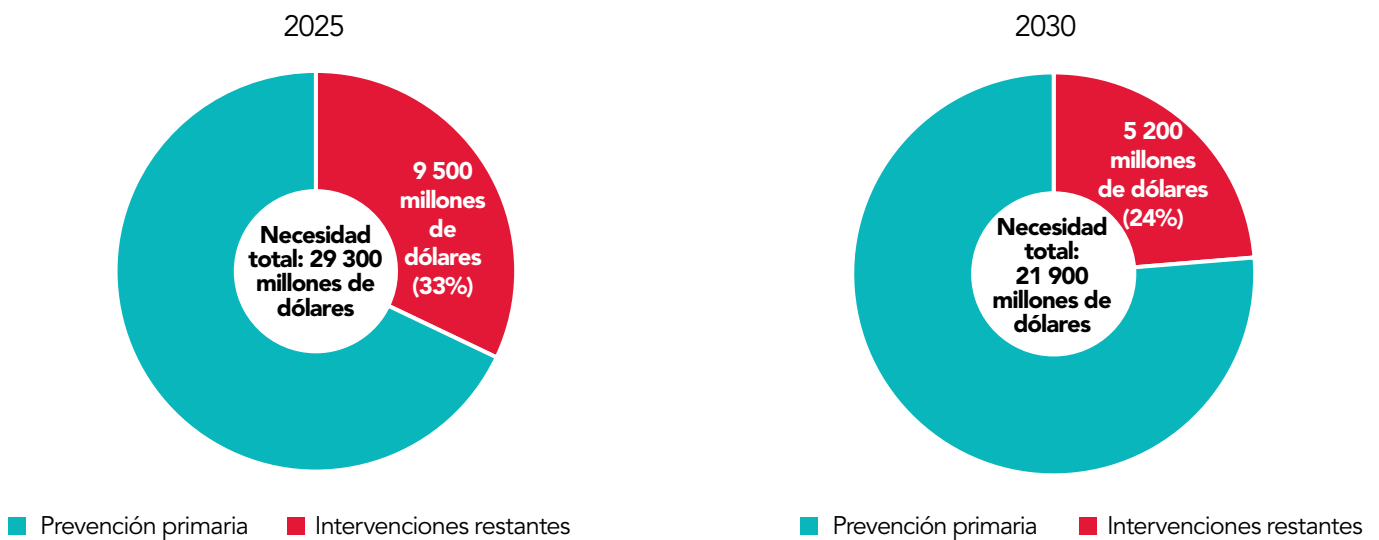
Financiación de la prevención y sostenibilidad

Transformaciones en la arquitectura de inversión en prevención

En el período 2026-2030, la financiación para la prevención del VIH debe pasar de la financiación de emergencia y de proyectos a una financiación sostenible de la prevención, en consonancia con los sistemas de cada país.

Para 2030, alcanzar los objetivos mundiales de prevención del VIH requerirá 5 200 millones de dólares anuales en los países de ingresos bajos y medios, lo que equivale al 24 % del total de las necesidades de recursos para el VIH (21 900 millones de dólares). Estas estimaciones de necesidades de recursos son menores que las anteriores debido a importantes eficiencias de costos (11) y una mejor priorización. Estos últimos incluyen una reducción en el precio promedio de la PrEP oral de aproximadamente 109–134 USD por persona por año en 2019 a menos de 40 USD en 2025 (60, 61), y reducciones significativas en los costos unitarios de TMAO (Figura 11).

Figura 11. Estimaciones ajustadas de las necesidades de recursos para la prevención del VIH, 2025 frente a 2030



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, julio de 2025

Ante la escasez de recursos, es fundamental traducir los objetivos de prevención en planes de inversión nacionales viables y ejecutables.

La necesidad de financiación para la prevención primaria varía según la región, desde el 12 % del total de los recursos destinados al VIH en África occidental y central hasta el 38 % en Europa del Este y Asia central (Figura 11).

Para contextualizar los objetivos globales y las necesidades de inversión, es importante comprender que más de la mitad de la financiación total para la prevención primaria del VIH se necesita en solo ocho países: Sudáfrica (12 %), India (10 %), China (6 %), Brasil (6 %), Pakistán (5 %), Federación Rusa (5 %), Indonesia (4 %) y Filipinas (4 %) (62).

En función de sus contextos económicos y epidemiológicos, los gobiernos de los países pueden:

- ▶ **Reorganizar fundamentalmente la financiación de la prevención en torno a planes de inversión liderados por cada país.** Los planes nacionales de inversión en prevención deberían convertirse en el principal instrumento de planificación en todos los países. En los países de ingresos medios, los socios internacionales mantendrán su función de proporcionar herramientas epidemiológicas y de programación detalladas para estimar las necesidades y establecer objetivos nacionales, como base para respuestas de prevención financiadas principalmente con fondos nacionales. En los países de bajos ingresos y de ingresos medios-bajos con una alta prevalencia del VIH, los socios internacionales deberán seguir prestando apoyo, basándose en planes y estructuras de costes nacionales redefinidos, incluidas las mejoras de eficiencia descritas en la sección anterior.
- ▶ **Aplicar un enfoque de mercado integral a la prevención del VIH.** Aunque tradicionalmente no se considera financiación nacional, un enfoque de mercado integral puede ayudar a abordar la limitada escala y sostenibilidad de la prevención del VIH. La prevención del VIH es un servicio de salud esencial que debería incluirse en los paquetes de prestaciones de la cobertura sanitaria (universal). Debería ser gratuito en el punto de uso para las personas con mayor riesgo de contraer el VIH y para aquellas que se enfrentan a barreras estructurales. El enfoque de mercado total puede complementar esto ampliando la variedad de plataformas y productos de acceso. Reconoce que las poblaciones con mayores ingresos pueden comprar productos preventivos con sus propios recursos, mientras que los subsidios gubernamentales pueden centrarse en los grupos de menores ingresos que no pueden pagar los precios del sector privado.

Los modelos de marketing social y de empresa social ofrecen acceso a productos asequibles fuera de los centros sanitarios. En algunos contextos, los modelos comerciales también pueden ser una fuente de ingresos sostenibles para los proveedores de servicios liderados por la comunidad. La tabla 2 muestra un enfoque sistemático hacia la financiación compartida para la prevención. En lugar de que los donantes financien sus propios proyectos dirigidos por donantes, el enfoque sistemático los invita a financiar partes de los programas dirigidos por los países.

Tabla 2. Ejemplo de segmentación en un enfoque de mercado total y un enfoque sistemático para la financiación compartida (los supuestos ilustrativos corresponden a un contexto de país de bajos ingresos y pueden adaptarse)

| Opciones de prevención | Objetivo (ilustrativo) | Segmentos de programas/mercados (Porcentaje de productos y poblaciones a alcanzar) | | | Fuente de financiación para programas gratuitos y subvencionados (porcentaje de participación en el costo) | |
|---|------------------------|--|----------------------------------|---|--|----------|
| | | Gratuito (público) | Subvencionado (marketing social) | Vendido en el sector privado (privado/pagado por el paciente) | Gobierno | Donantes |
| Preservativos | 85 millones | 50% | 30% | 20% | 50% | 30% |
| PrEP | 120 000 | 80% | 10% | 10% | 30% | 60% |
| PrEP (de acción prolongada) | 230 000 | 100% | — | — | 10% | 90% |
| PPE | Por confirmar | 60% | 20% | 20% | 50% | 20% |
| CMMV | 120 000 | 90% | — | 10% | 50% | 50% |
| Agujas y jeringas | 2,5 millones | 80% | — | 20% | 40% | 20% |
| TMAO | 4 800 | 100% | — | — | 80% | 20% |
| Programas centrados en las personas y plataformas de acceso | Objetivo (ilustrativo) | Instalación | Alcance | Virtual | Gobierno | Donantes |
| Mujeres y niñas en lugares con elevada incidencia de VIH (>0,2 %) | 900 000 | 40% | 10% | 50% | 80% | 20% |
| Hombres y niños en lugares con elevada incidencia de VIH (>0,2 %) | 400 000 | 10% | 10% | 80% | 80% | 20% |
| Trabajadoras sexuales beneficiadas | 45 000 | 40% | 40% | 20% | 50% | 50% |
| Gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres beneficiados | 60 000 | 20% | 10% | 70% | 50% | 50% |
| Personas transgénero beneficiadas | 4000 | 20% | 30% | 50% | 50% | 50% |
| Personas que se inyectan drogas beneficiadas | 10 000 | 40% | 40% | 20% | 50% | 50% |
| Reclusos | 8000 | 80% | — | 20% | 90% | 10% |

- ▶ **Aumentar a financiación nacional destinada a la prevención primaria y destinar al menos el 20 % del gasto nacional en materia de VIH a la prevención.** La financiación nacional determinará el éxito de la respuesta global entre 2026 y 2030 y más allá. Según un análisis realizado en 22 países con datos de 2019 a 2024, casi el 80 % de los programas de prevención primaria del VIH se financian externamente, en comparación con el 55 % de la atención y el tratamiento (63). Esta dependencia pone en riesgo la prevención primaria.
- ▶ La prevención primaria también requiere una mayor priorización en general, especialmente en el gasto doméstico. Como referencia, y considerando el contexto del país, ONUSIDA aconseja que al menos el 20 % del gasto nacional en VIH se destine a la prevención primaria para 2030 (64). La tabla 3 proporciona valores de referencia a nivel regional.

Tabla 3. Proporción de recursos destinados a la prevención del VIH (datos de 57 países, 2023-2024)

| Región | Porcentaje del total de recursos destinados al VIH que se gastan en prevención | Porcentaje de recursos nacionales destinados al VIH que se gastan en prevención |
|--------------------------------------|--|---|
| Asia-Pacífico | 8 | 7 |
| África meridional y oriental | 10 | 5 |
| Europa oriental y Asia central | 21 | 15 |
| Latinoamérica y el Caribe | 16 | 15 |
| Oriente Medio y África septentrional | 5 | 0 |
| África occidental y central | 9 | 3 |
| Mundial | 11 | 8 |

Fuente: Análisis especial a partir del conjunto de datos de vigilancia mundial del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2025 (<https://hivfinanciam.unaids.org/hivfinanciamdashboards.html>).

- ▶ **Explorar modalidades de financiación nacionales innovadoras para la respuesta al VIH, incluida la prevención.** Existen varias estrategias viables para aumentar la financiación nacional destinada a la prevención del VIH:
 - Incluir la prevención del VIH en el paquete de beneficios del **seguro social de salud** (65). Brasil y Tailandia han incluido la PrEP en sus paquetes de seguro social de salud desde 2017 y 2021, respectivamente (66, 67). También es importante garantizar la cobertura para las personas que necesitan prevención contra el VIH. En 2023, Camboya amplió los criterios de elegibilidad del Fondo para la Equidad en Salud para incluir a las trabajadoras sexuales (68).
 - **La contratación social** de organizaciones lideradas por la comunidad es importante para facilitar el acceso a la prevención a nivel comunitario y, por lo tanto, aumentar la adopción de métodos de prevención del VIH (69). La ampliación de estos mecanismos de financiación ha sido lenta, pero existen ejemplos prometedores. Jamaica ha contratado socialmente la prevención del VIH para hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero desde 2021 (70), mientras que Vietnam comenzó a contratar socialmente los servicios de reducción de daños en 2023 (71). La participación significativa de las comunidades es fundamental al desarrollar estos mecanismos (72).

- **Se han utilizado impuestos y gravámenes especiales** para financiar la prevención del VIH en varios países, incluidos Filipinas, Sudáfrica, Uganda y Zimbabwe (73, 74).
- Para aumentar la probabilidad de que los gobiernos absorban los programas de prevención del VIH financiados externamente, **es fundamental fortalecer los sistemas de gestión financiera pública (GFP)**. La inclusión en el presupuesto de los fondos para la prevención del VIH provenientes de fuentes externas —de manera que se canalicen a través del sistema de gestión de las finanzas públicas independientemente de quién los implemente— contribuye a transiciones exitosas de donantes (75).
- ▶ **Proporcionar financiación adecuada para garantizar que los grupos de población clave puedan acceder a la prevención.** En 2024, solo el 2,6 % (76) del total de la financiación para el VIH se destinó a programas para grupos de población clave, a pesar de que estos representaron aproximadamente el 69 % de las nuevas infecciones por VIH fuera del África subsahariana y alrededor del 26 % en el África subsahariana en ese año (77). Para 2030, el gasto en servicios directos de prevención del VIH (excepto PrEP) para grupos de población clave requerirá el 13 % de la financiación total (78). Es muy importante aumentar la financiación nacional para la prevención del VIH entre los grupos de población clave, al tiempo que se mantiene la financiación internacional hasta que se establezcan en cada país las disposiciones necesarias para la asignación adecuada de presupuestos, las modalidades de contratación social y las normas de calidad y seguridad.
- ▶ **Garantizar que las nuevas tecnologías de prevención estén disponibles, sean accesibles, asequibles y aceptables.** Estas nuevas tecnologías deben proporcionarse junto con las opciones eficaces ya existentes, incluida la PrEP oral, para garantizar una elección significativa. Además de la asequibilidad, la aprobación regulatoria oportuna, la inclusión en las directrices nacionales y los paquetes de beneficios de la Cobertura Sanitaria Universal, así como el acceso a productos genéricos de calidad garantizada mediante licencias voluntarias u otras medidas legales y políticas, serán fundamentales para la ampliación de la producción.

Algunos países ya han generado umbrales de costo-efectividad para la PrEP de acción prolongada, incluidos Kenya, Sudáfrica y Zimbabwe (79, 80). Se ha confirmado el acceso a Lenacapavir a un precio de 40 USD por dos inyecciones al año para 120 países de ingresos bajos y medios (81). Sin embargo, persiste una brecha de asequibilidad en varios países de ingresos medios, que representan una proporción sustancial de la necesidad de esta tecnología de prevención. La profilaxis preexposición (PrEP) de acción prolongada puede seguir siendo rentable a precios ligeramente superiores a los de la PrEP oral, pero no a precios sustancialmente más altos. Los países pueden determinar los umbrales a partir de los cuales los productos mejorarán el impacto general de la respuesta preventiva y utilizarlos en la promoción de precios y en las negociaciones.

El análisis económico —que incluye el monitoreo de los recursos, las normas de costes y la relación coste-eficacia— es esencial para supervisar el progreso de estas transformaciones. Las evaluaciones nacionales del gasto en la lucha contra el sida y otros métodos de monitoreo de recursos siguen siendo herramientas fundamentales para comprender el gasto detallado en la prevención del VIH, incluido el gasto nacional y el gasto destinado a grupos de población clave.

Conclusión y compromisos

Llamamiento a la acción para la prevención liderada por los países

Lograr la visión para 2030, en la que todas las personas en riesgo de contraer el VIH tengan acceso a una opción de prevención que se adapte a sus necesidades, solo es posible con una respuesta transformada a la prevención del VIH. El Marco de Acceso Global para la Prevención 2030 proporciona a los países un enfoque nuevo y específico para lograr sus objetivos en un entorno con limitaciones.

Para poner en práctica dicho marco, se alienta a los países a desarrollar un **plan de acción conciso**, que describa las transformaciones en materia de prevención que aumentarán el acceso a nivel nacional. El plan de acción puede ser un anexo a las hojas de ruta, estrategias o planes nacionales existentes para la prevención del VIH.

Se propone que los países procuren completar sus planes de acción para la prevención del VIH antes de finales de 2026. La lista de verificación de la Tabla 4 puede utilizarse para guiar ese proceso.

Tabla 4. Planificador de Prevención 2030: lista de verificación por país

| | Fecha de vencimiento |
|--|----------------------|
| Necesita estimaciones: Revisar los denominadores de prevención para quienes necesitan servicios específicos | Abril de 2026 |
| Tablas de combinación de métodos: Establecer objetivos anuales de acceso numérico por población e intervención | Abril de 2026 |
| Herramientas de monitoreo y evaluación: Actualizar las herramientas para incluir el monitoreo del uso general de métodos de prevención del VIH (es decir, cualquier método utilizado en la última exposición) | Junio de 2026 |
| Plataformas de acceso: Mapear el uso de medidas preventivas por población y producto en todos los modelos de prestación de servicios | Junio de 2026 |
| Enfoque de mercado total: Analizar la viabilidad del aumento del autocuidado y la iniciativa social | Agosto de 2026 |
| Necesidades de recursos: Estimar la financiación nacional y externa necesaria para cumplir los objetivos de acceso | Octubre de 2026 |
| Planificación: Elaborar un plan de acción nacional de prevención para 2030 | Diciembre de 2026 |
| Seguimiento: Actualización de las tarjetas de puntuación nacionales de Prevención 2030 | Anualmente |
| Seguimiento de recursos: Evaluar el gasto en prevención; centrarse en el gasto nacional y en grupos de población clave | Anualmente |
| Gestión: Realizar una revisión anual por pares del desempeño con entidades subnacionales y multisectoriales | Anualmente |

Una llamada a la acción

► LOS GOBIERNOS DE LOS PAÍSES:

- Establecerán objetivos nacionales y subnacionales de programas, financiación e impacto basados en estimaciones de necesidades detalladas y de conformidad con la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2026, la Estrategia mundial contra el sida 2026-2031 y este marco de acceso.
- Desarrollarán planes de prevención del VIH verdaderamente liderados por el país y con prioridades bien definidas, **planes** que impulsen las respuestas de prevención desde proyectos fragmentados hasta programas integrados y de propiedad nacional.
- Designarán una entidad nacional **multisectorial de liderazgo** para la prevención del VIH y fortalecer su capacidad para liderar la respuesta de prevención.
- **Liderarán y coordinarán** la prevención integrada del VIH en el sector salud y en múltiples sectores, incluyendo acciones en los sectores gubernamentales, el sector privado y las comunidades.
- Asegurarán una adecuada **financiación para la prevención doméstica**, en concreto la integración en los esquemas de seguros de salud social y los presupuestos multisectoriales.
- Desarrollarán un enfoque basado en los sistemas nacionales para las **plataformas de acceso** a la prevención, con plataformas diferenciadas para los distintos grupos de población (pero *sin* enfoques de proyecto independientes).
- Desarrollarán e implementarán un mecanismo de apoyo para **sistemas comunitarios**, incluida la contratación social de la sociedad civil y organizaciones lideradas por la comunidad que llegan a grupos de población clave y prioritarias.
- Liderarán una campaña de prevención y coordinarán la comunicación sobre la prevención del VIH centrada en las personas, **incluso en espacios virtuales y promoviendo conocimientos, normas y habilidades relacionadas con la prevención;**
- Facilitarán un proceso regulatorio rápido para introducir y garantizar el acceso a **productos preventivos de acción prolongada**, procurando al mismo tiempo hacer el máximo uso de los recursos limitados y atender las diferentes preferencias y necesidades de las personas.
- Mantendrán las inversiones en preservativos, agujas, autodiagnósticos y otros **productos de autocuidado**, aplicando un "enfoque de mercado total" con funciones complementarias para los sectores público, de marketing social y privado.
- Acelerrarán las reformas necesarias en los entornos legales y **políticos** para que las personas más afectadas puedan acceder a la prevención del VIH; y adoptar prácticas de aplicación de la ley que faciliten, en lugar de obstaculizar, el acceso a la prevención.

► LOS SOCIOS FINANCIADORES:

- En su propio interés, **mantendrán la inversión** en la prevención del VIH en países de ingresos bajos y medios, reconociendo que una pandemia no puede terminar a menos que se reduzca la transmisión en todos los países.
- Apoyarán una **transición gradual** hacia la sostenibilidad que mantenga el acceso y el uso de opciones de prevención, en lugar de la retirada abrupta de fondos para los programas de VIH.
- Involucrarán a **financiadores adicionales**, por ejemplo, países de ingresos altos y medios-altos, y fundaciones, para financiar la prevención con un enfoque sistemático en países de bajos ingresos que tienen una alta incidencia de VIH y poblaciones altamente vulnerables.
- **Alinearán** sus contribuciones a planes nacionales de prevención sostenibles en lugar de a proyectos específicos de donantes; apoyar los sistemas de salud y comunitarios nacionales existentes; y se adherirán a las directrices de costos nacionales sostenibles.
- Continuarán apoyando **el acceso** a opciones básicas de prevención como preservativos, agujas limpias y PrEP oral;

- Apoyarán los esfuerzos de los países para lograr **acceso asequible y rápido** a tecnologías innovadoras de prevención de acción prolongada.

► **LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y OTRAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL:**

- Identificarán las deficiencias y **abogarán** por el acceso equitativo a todas las opciones adecuadas de prevención del VIH para todos los grupos de población clave y prioritarias (incluidas, entre otras, las mujeres, los hombres y los jóvenes en lugares con alta prevalencia de VIH, las trabajadoras sexuales, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero y los presos).
- Liderarán el desarrollo de **programas de acceso confiable** para grupos de población clave, jóvenes, mujeres y hombres, incluidas las personas que viven con el VIH, y trabajarán para eliminar las barreras al acceso, incluidas las leyes punitivas y los requisitos de edad de acceso que lo obstaculizan.
- Fortalecerán **los sistemas comunitarios**, en particular el seguimiento y la vigilancia liderados por la comunidad, para mejorar la calidad de los servicios de prevención y de los datos, el monitoreo del progreso y la presentación de informes.
- Exigirán a los gobiernos y a otros actores que **rindan cuentas** sobre los avances en la consecución de los objetivos de prevención mediante una labor de promoción constructiva; y desarrollarán estructuras para la retroalimentación, la comunicación y la resolución de problemas entre la comunidad y los sistemas gubernamentales.
- Desarrollarán e implementarán intervenciones para **reducir el estigma relacionado con el VIH y la discriminación** en entornos de salud, comunitarios, de justicia, laborales, educativos y humanitarios.

► **LOS SOCIOS TÉCNICOS:**

- Ejercerán un liderazgo mundial y generar un **impulso político** en favor de la prevención del VIH, de conformidad con el mandato de la Declaración Política de las Naciones Unidas de 2026.
- Apoyarán la recopilación y el análisis de datos detallados para desarrollar **estimaciones de las necesidades de prevención**, una combinación óptima de opciones de prevención y orientación para utilizar de la manera más eficaz la financiación internacional para la prevención del VIH.
- Proporcionarán **orientación, herramientas** y apoyo técnico para desarrollar programas; generarán demanda; y utilizarán nuevas estrategias de entrega para lograr un acceso sostenido a las opciones de prevención.
- Trabajarán con gobiernos, industria y comunidades para garantizar la asequibilidad, la concesión de licencias y la rápida aprobación regulatoria en los países, así como la inclusión de **nuevas opciones de prevención** como parte de la cobertura sanitaria universal.

► **EL SECTOR PRIVADO:**

- Aprovechará el uso de **plataformas de acceso del sector privado** para la prevención del VIH, en concreto farmacias, redes minoristas, sistemas de cadena de suministro, marketing, colaboración con empresas sociales y mercados en línea.
- Avanzarán en la prevención del VIH en **espacios virtuales** a través de plataformas de IA generativa y la integración de la prevención del VIH en aplicaciones de citas y otras plataformas de redes sociales.
- Desarrollarán e introducirán **productos de prevención innovadores** y trabajarán con gobiernos de países de ingresos bajos y medios y socios técnicos y financieros internacionales para garantizar un acceso equitativo y asequible.

Anexos

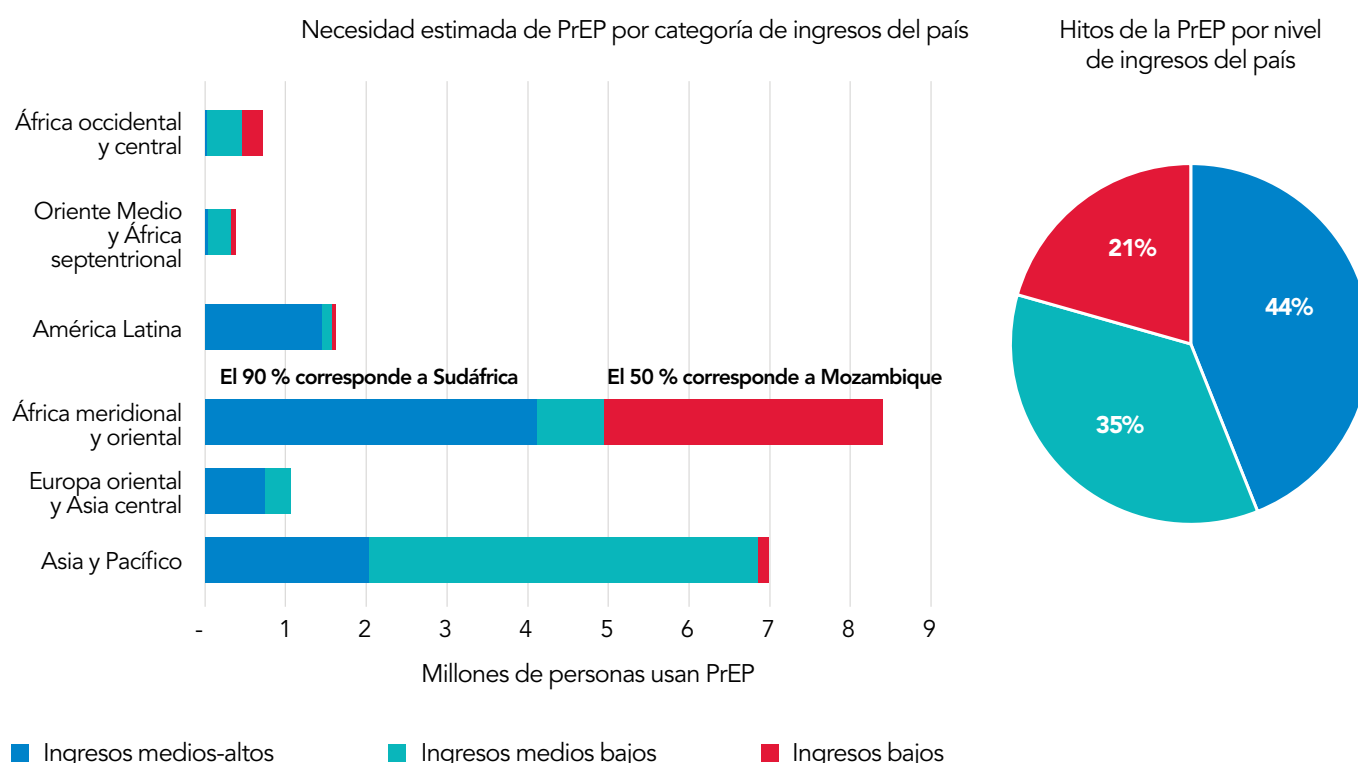
Anexo 1: Hitos, estimaciones epidemiológicas y de recursos, y otras directrices

Tabla 1. Objetivos detallados de prevención del VIH para 2030

| Objetivo | Fuente de datos | Estado |
|---|---|--------------------|
| 1 El 90 % de las personas que necesitan prevención utilizan opciones de prevención adecuadas, priorizadas, centradas en la persona y eficaces (PrEP, PPE, preservativos, programas de intercambio de agujas/jeringas, TMAO). | Encuestas poblacionales | Objetivo para 2025 |
| 2 El 80 % de las personas usa preservativo en su última relación sexual con una pareja ocasional. | Encuestas poblacionales. (Monitoreo Global del Sida (GAM) 1.14.) | Nuevo |
| 3 El 50 % de las personas con alto riesgo de contraer el VIH (incluidas los grupos de población clave) utilizan opciones de prevención eficaces basadas en antirretrovirales: PrEP oral, PrEP de acción prolongada, PPE (niveles objetivo acordes con la epidemiología y las preferencias de las personas). | Registros del programa. | Nuevo |
| 4 El 95 % de las trabajadoras sexuales y sus clientes utilizaron un preservativo en su última relación sexual remunerada. | Vigilancia biológica y conductual integrada (IBBS, por sus siglas en inglés), encuestas basadas en la población. | Nuevo |
| 5 El 95 % de las personas que se inyectan drogas utilizaron equipos de inyección seguros durante su última inyección. | IBBS. (GAM 1.8.) | Nuevo |
| 6 El 50 % de las personas que se inyectan opioides utilizan terapia de sustitución de opioides. | Datos del programa, IBBS. (GAM 1.10.) | Objetivo para 2025 |
| 7 El 95 % de las adolescentes y mujeres jóvenes, mujeres adultas, mujeres embarazadas y lactantes, y adolescentes varones y hombres en entornos con alta prevalencia de VIH, pudieron acceder eficazmente a programas de prevención del VIH centrados en las personas (contacto relacionado con la prevención del VIH con los servicios de salud, (incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, el alcance comunitario, las intervenciones virtuales, las escuelas y otros proveedores)). | Encuestas poblacionales o datos de programas. | Nuevo |
| 8 El 90 % de las escuelas ofrecen educación sobre el VIH y la sexualidad basada en el desarrollo de habilidades para la vida. | Cuestionario del censo escolar anual o cuestionario de la Encuesta Anual de Educación Formal del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). | Objetivo para 2025 |
| 9 El 95 % de los grupos de población clave han sido alcanzadas eficazmente con programas de prevención del VIH centrados en las personas. | Datos del programa, IBBS. (GAM 1.6, 1.7.) | Objetivo para 2025 |

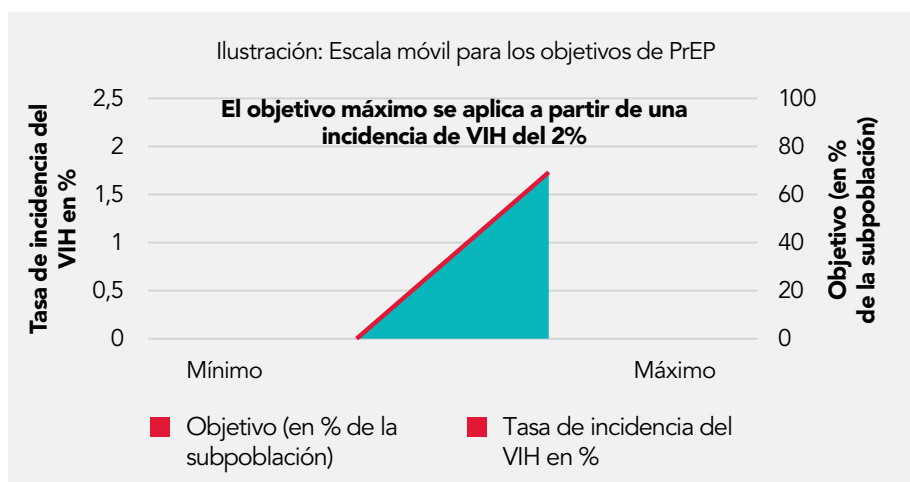
| | | | |
|----|---|---|--------------------|
| 10 | El 95 % de la necesidad estimada de preservativos está disponible y se distribuye. | Datos del programa frente a estimaciones de necesidades. | Nuevo |
| 11 | El 95 % de la necesidad estimada de PrEP está disponible y se distribuye. | Datos del programa frente a estimaciones de necesidades. | Nuevo |
| 12 | El 95 % de la necesidad estimada de profilaxis postexposición (PPE) está disponible y se distribuye. | Datos del programa frente a estimaciones de necesidades. | Nuevo |
| 13 | El 95 % de la necesidad estimada de jeringas estériles está disponible y se distribuye. | Datos del programa frente a estimaciones de necesidades. | Nuevo |
| 14 | El 80 % de los programas de prevención del VIH centrados en las personas y dirigidos a grupos de población clave son aplicados por organizaciones lideradas por la comunidad. | Se está trabajando en las fuentes y los métodos de medición. Los datos sobre las políticas relativas al entorno operativo de la prestación de servicios liderados por la comunidad se están utilizando como indicadores indirectos. | Objetivo para 2025 |
| 15 | Para 2030, el 90 % de todas las personas que viven con el VIH habrán alcanzado la supresión viral, porcentaje que aumentará hasta el 95 % en 2040. | Datos del programa más estimaciones epidemiológicas. (GAM 2.3.) | Nuevo |

Figura 1. Hitos de la PrEP por región y nivel de ingresos (2030)



Fuente: ONUSIDA Análisis especial basado en estimaciones de necesidades en consonancia con los objetivos mundiales de 2030

Tabla 2. Supuestos que sustentan los hitos de la PrEP

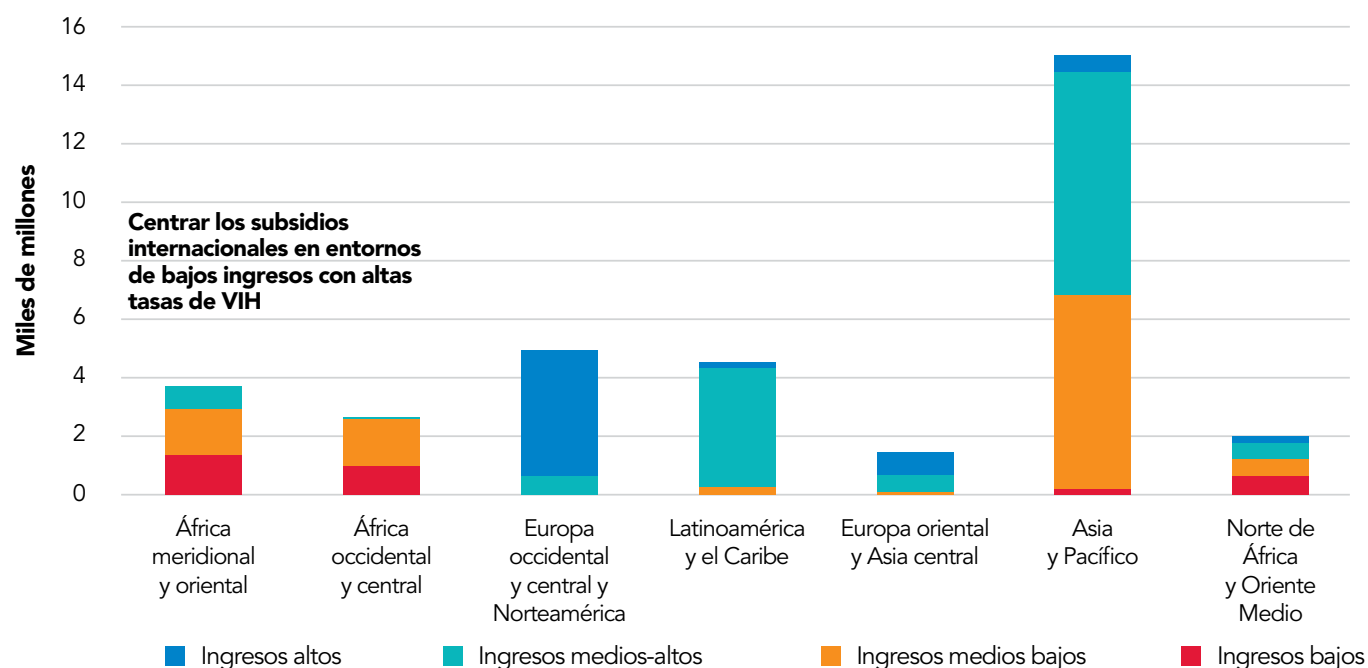


Fundamento general: el nivel de incidencia del VIH en subpoblaciones específicas y el tamaño de sus poblaciones predicen la necesidad de PrEP

| Descripción | Poblaciones clave | | | |
|--|--|-----------------------|---|--|
| | Jóvenes y adultos en entornos con alta incidencia de VIH | Trabajadoras sexuales | Hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero | Personas que se inyectan drogas, reclusos |
| Objetivo máximo | 80% | 80% | 80% | 50% |
| Umbral de la tasa de incidencia del VIH (Aplicar la tasa de incidencia de referencia del VIH de 2024 hasta 2030) | El objetivo máximo se aplica desde | 2% | | |
| | La escala móvil para objetivos comienza en | 0,2% | 0% | |
| Otras consideraciones para poblaciones específicas | Se recomienda aplicar objetivos basados en las tasas de incidencia del VIH en subcategorías de la población sexualmente activa (personas con parejas ocasionales y habituales) | | Aplicar un objetivo mínimo del 20 % del tamaño de la población (incluidos los trabajadores sexuales masculinos y transgénero) | En la mayoría de los países, más de la mitad de las personas que se inyectan drogas utilizan equipos de inyección seguros, por lo tanto, un objetivo máximo del 50% en la mayoría de los casos |
| Umbral mínimo general* | Cinco personas en tratamiento con PrEP por cada nueva infección por VIH estimada en un país | | | |

* El umbral mínimo general corrige la incertidumbre en los supuestos de las subpoblaciones, en particular el tamaño de la población y las tasas de incidencia del VIH.

Fuente: Preparado por autores basados en: Borrador de recomendaciones - Equipo de trabajo mundial para establecer objetivos de VIH para 2030 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/global-hiv-target-setting-2030-global-task-2030-targets-recommendations>)

Figura 2. Hitos en el uso del preservativo por región y grupo de ingresos del país

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA basado en las estimaciones de necesidades de prevención de Spectrum para 2030

Tabla 3. Tamaños medianos estimados de los grupos de población clave regionales

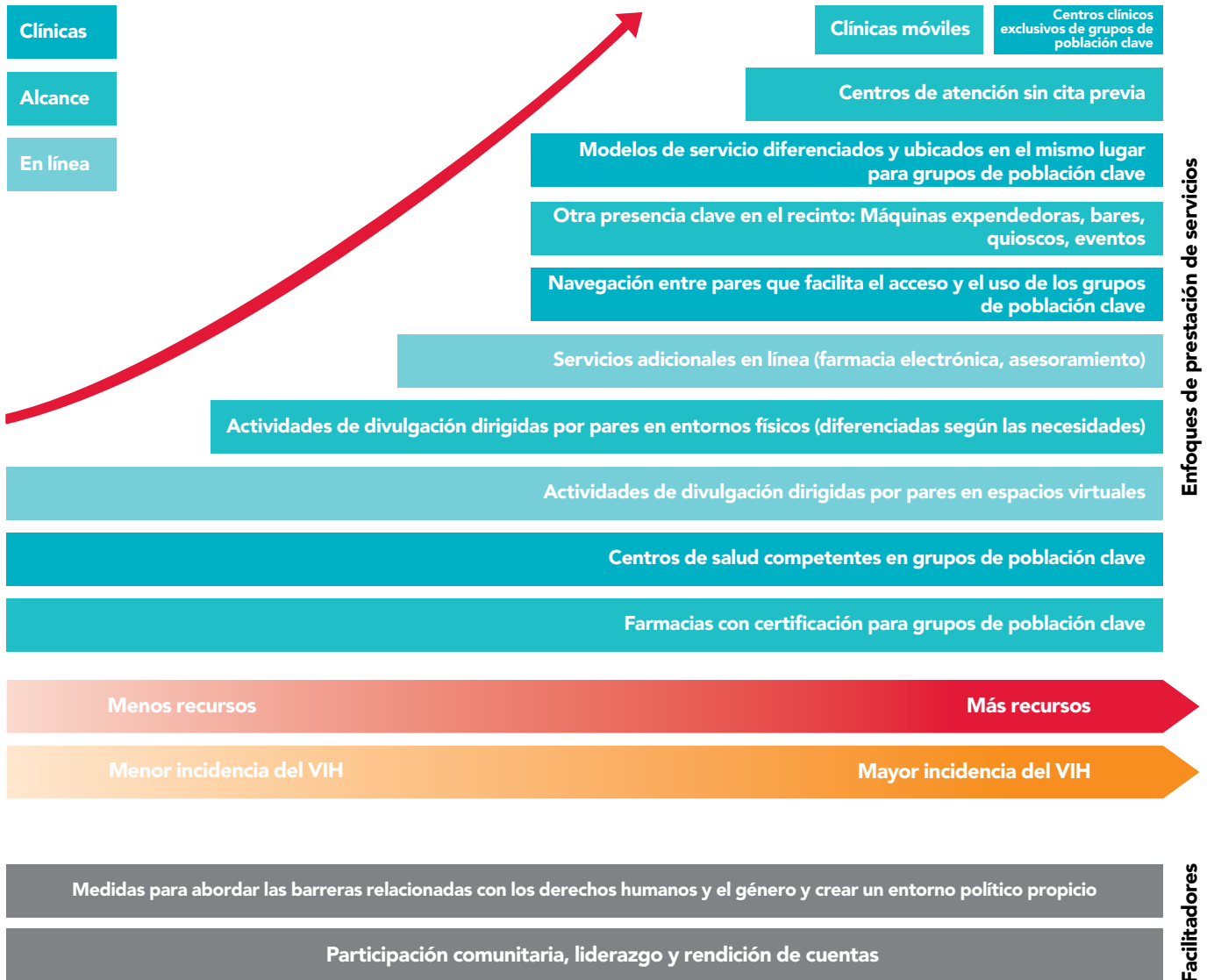
| Población | Profesionales del sexo | | | Gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres | | | Mujeres transgénero | | | Personas que se inyectan drogas | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------|-------|---|--------------|-------|---------------------|--------------|--------|---------------------------------|----------------|--------|---------|
| | Región | Mediana | Q1 | Q3 | Mediana | Q1 | Q3 | Mediana | Q1 | Q3 | Mediana | Q1 | Q3 |
| Asia y Pacífico | | 0,28% | 0,21% | 0,57% | 0,91% | 0,78% | 1,60% | 0,18% | 0,07% | 0,37% | 0,14% | 0,03% | 0,31% |
| Caribe | | 1,63% | 1,58% | 1,69% | 1,67% | 1,63% | 1,82% | 0,06% | 0,05% | 0,15% | América Latina | | |
| Europa oriental y Asia central | | 0,39% | 0,26% | 0,42% | 0,81% | 0,64% | 0,97% | 0,08% | 0,08% | 0,08% | 1,06% | 0,70% | 1,69% |
| África meridional y oriental | | 0,79% | 0,52% | 0,93% | 0,73% | 0,58% | 0,86% | 0,21% | 0,12% | 0,25% | 0,20% | 0,11% | 0,66% |
| América Latina | | 0,53% | 0,33% | 0,83% | 1,73% | 1,23% | 1,80% | 0,10% | 0,10% | 0,18% | 0,21% | 0,21%* | 0,21%** |
| Oriente Medio y África septentrional | | 0,37% | 0,31% | 0,60% | 0,68% | 0,49% | 0,79% | 0,13% | | | 0,23% | 0,12% | 0,34% |
| África occidental y central | | 0,55% | 0,49% | 0,70% | 0,38% | 0,15% | 0,39% | 0,04% | 0,03% | 0,07% | 0,16% | 0,09% | 0,23% |
| América del norte | Igual que Europa occidental y central | | | | 2,68% | 2,59% | 2,77% | 0,61% | 0,60% | 0,63% | 0,57% | 0,57%* | 0,57%** |
| Europa occidental y central | | 0,29% | 0,26% | 0,53% | 2,06% | 1,46% | 2,52% | 0,26% | 0,26%* | 0,26%** | 0,51% | 0,46% | 0,63% |

Fuente: Special analysis, 2026 UNAIDS Guide for updating Spectrum HIV estimates.

Nota: Q1 y Q3 se refieren a los rangos intercuartílicos. Describen el rango dentro del cual se encontraron los tamaños

de población en la mitad de los países de la región.

Figura 3. Herramienta de toma de decisiones por etapas para modelos de prestación de servicios a grupos de población clave



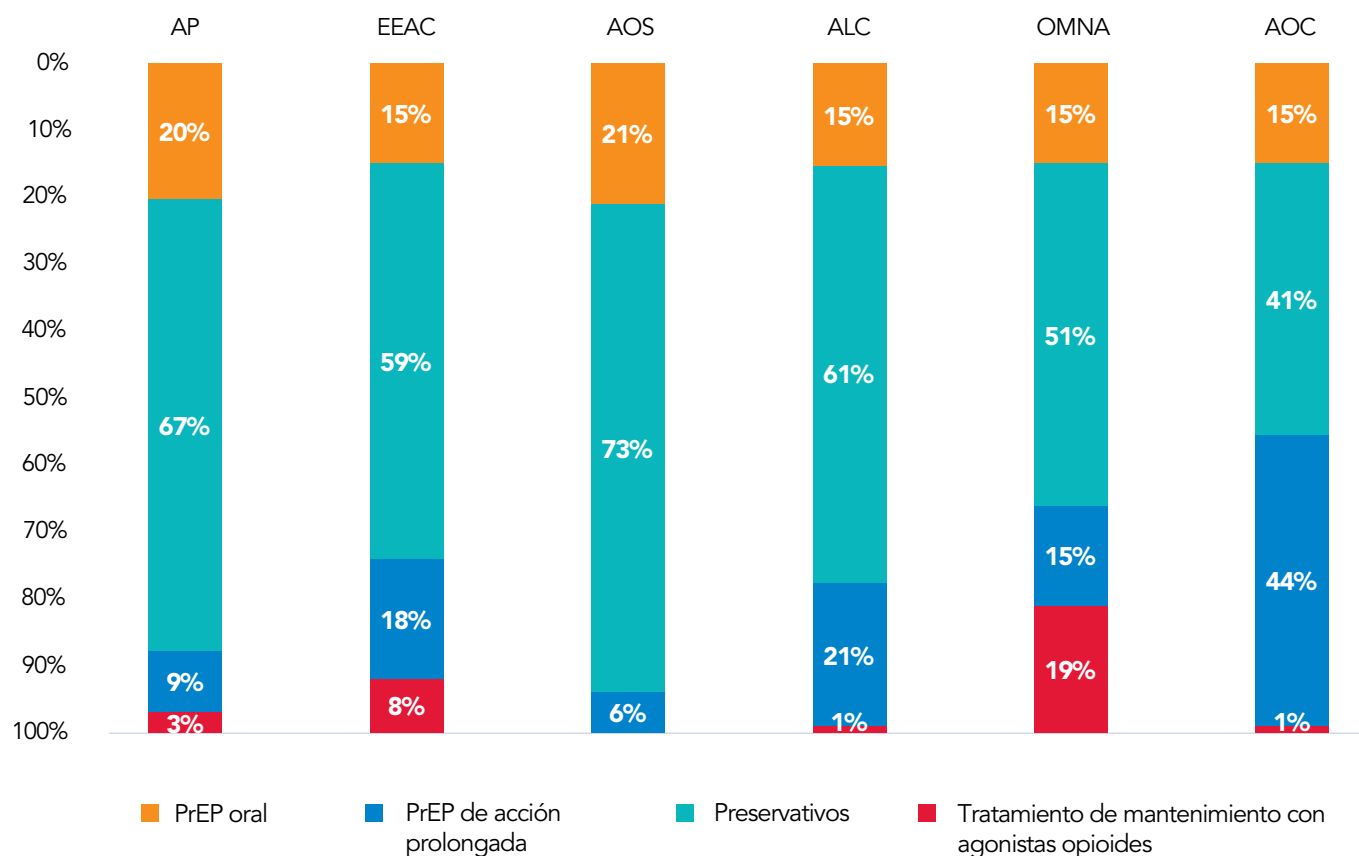
Los facilitadores constituyen una base que implica algunas acciones que no requieren muchos recursos y otras que sí. Las necesidades específicas deben considerarse en función del marco jurídico y político del país y de la disponibilidad de recursos.

Nota: KP = Grupo de población clave

Fuente: Planning and managing HIV programmes with key populations, Global HIV Prevention Coalition, Geneva: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2025. (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)

Figura 4. Necesidades de recursos para la prevención del VIH

a. Porcentaje de las necesidades de recursos (en dólares estadounidenses) en 2030 para productos básicos de prevención del VIH, por región de ONUSIDA



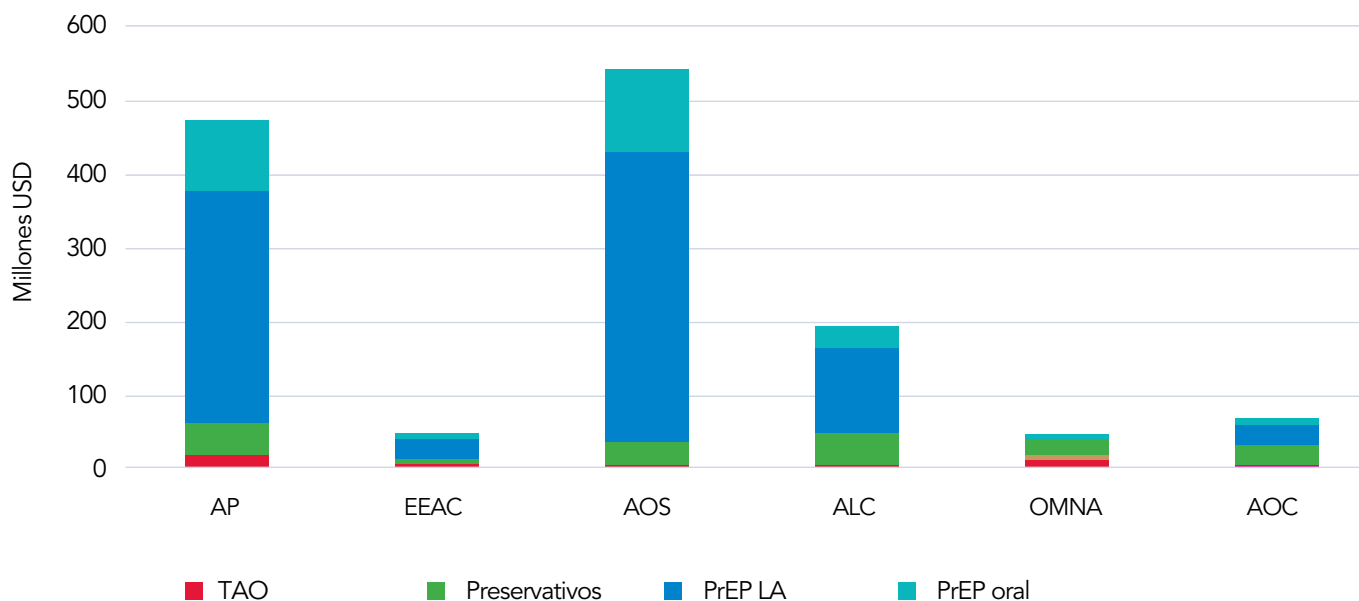
Notas: Profilaxis preexposición de acción prolongada = LA PrEP; TMAO = terapia de mantenimiento con agonistas opiodes.

AP = Asia-Pacífico; EECA = Europa del Este y Asia Central; AOM = África Oriental y Meridional; ALC: = América Latina y el Caribe; OMNA = Oriente Medio y Norte de África; AOC = África Occidental y Central.

La desagregación por método es solo indicativa, debido a las suposiciones utilizadas para estimar el costo, que difiere para cada producto. No es posible predecir con exactitud la cuota de mercado de cada método, en particular de los nuevos productos de larga duración, ya que dependerá de las preferencias de los usuarios, la evolución de los precios y, potencialmente, de los nuevos productos que salgan al mercado.

Fuente: Estimaciones financieras y previsiones de necesidades de recursos de ONUSIDA para el período 2026-2030, julio de 2025.

b. Necesidades de recursos (en dólares estadounidenses) en 2030 para productos básicos de prevención del VIH por región de ONUSIDA

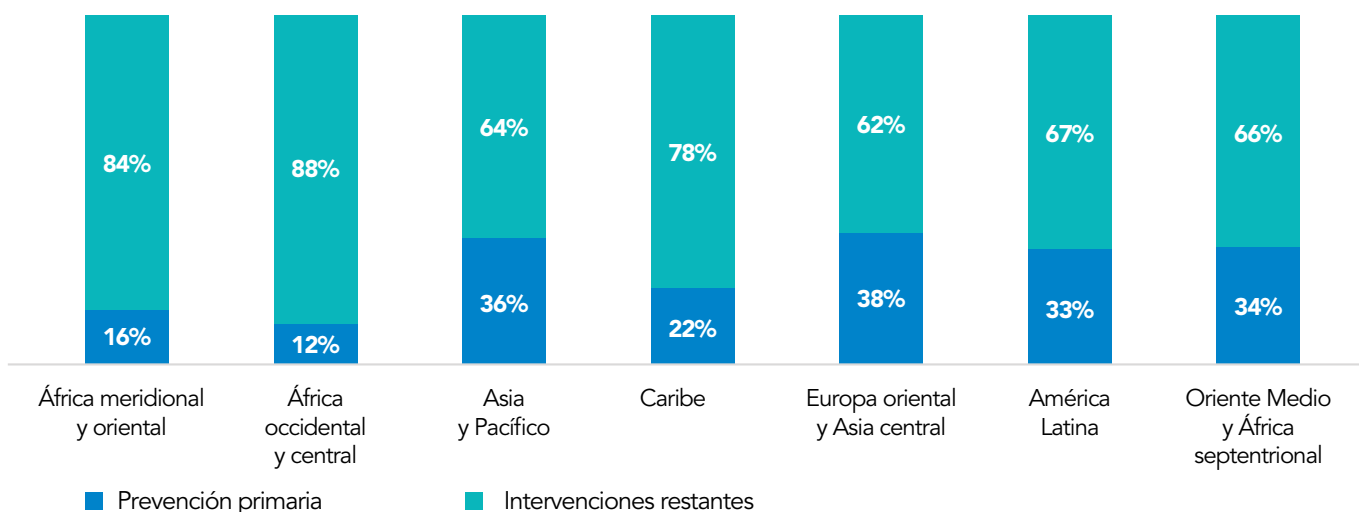


Notas: Profilaxis preexposición de acción prolongada = LA PrEP; TAO = terapia con agonistas opioides.

AP = Asia-Pacífico; EECA = Europa del Este y Asia Central; AOM = África Oriental y Meridional; ALC = América Latina y el Caribe; OMNA = Oriente Medio y Norte de África; AOC = África Occidental y Central.

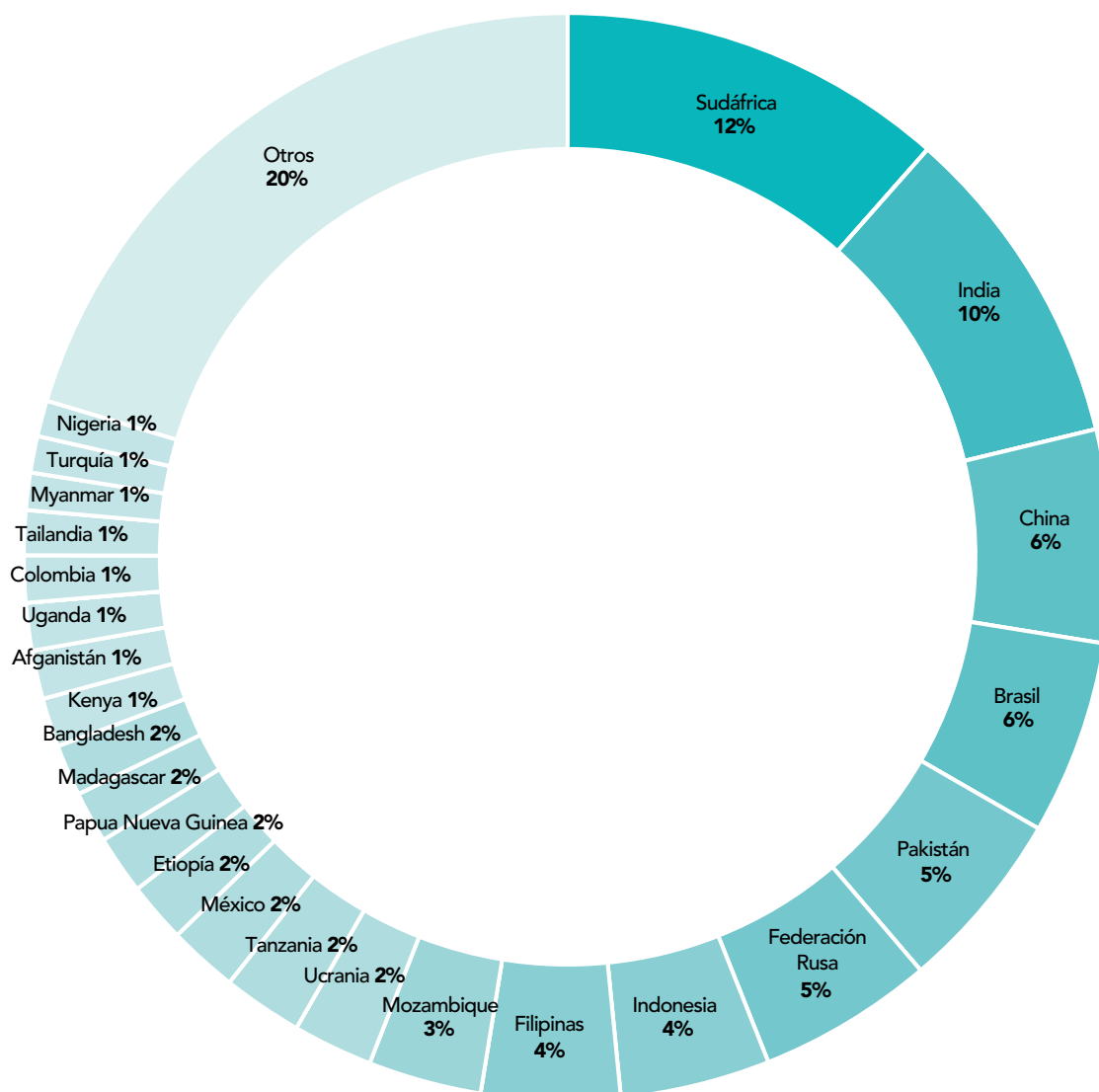
Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA y proyección de necesidades de recursos para 2026–2030, julio de 2025.

c. Distribución de las necesidades de recursos para la prevención primaria del VIH en 2030, por región



Fuente: AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2025. page 114

d. Proporción de las necesidades de recursos para la prevención primaria del VIH para 2030 en países de ingresos bajos y medios



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA y proyección de las necesidades de recursos para el período 2026-2030, julio de 2025.

Tabla 4. Proporción de recursos destinados a la prevención del VIH en países seleccionados

| País | Año | Porcentaje del total de recursos destinados al VIH que se gastan en prevención | Porcentaje de recursos nacionales destinados al VIH que se gastan en prevención |
|--------------------------|------|--|---|
| Afganistán | 2024 | 49 | 0 |
| Angola | 2024 | 10 | 9 |
| Antigua y Barbuda | 2023 | 9 | 9 |
| Armenia | 2024 | 35 | 18 |
| Azerbaiyán | 2024 | 29 | 28 |
| Bangladesh | 2023 | 39 | 21 |
| Belize | 2023 | 8 | 3 |
| Benín | 2024 | 35 | 18 |
| Bután | 2024 | 45 | 0 |
| Brasil | 2024 | 7 | 7 |
| Burkina Faso | 2024 | 4 | 6 |
| República Centroafricana | 2024 | 3 | 0 |
| Chile | 2024 | 28 | 28 |
| Costa Rica | 2024 | 5 | 5 |
| Dominica | 2023 | 50 | 50 |
| República Dominicana | 2024 | 20 | 23 |
| El Salvador | 2024 | 18 | 19 |
| Etiopía | 2023 | 10 | 12 |
| Georgia | 2024 | 50 | 47 |
| Ghana | 2023 | 8 | 1 |
| Guatemala | 2024 | 37 | 29 |
| Guinea | 2024 | 4 | 0 |
| Honduras | 2024 | 33 | 32 |
| India | 2024 | 27 | 27 |

| | | | |
|--|------------------|-----------|----------|
| Kazajistán | 2024 | 8 | 6 |
| Kenya | 2024 | 8 | 5 |
| Kirguistán | 2024 | 13 | 1 |
| República Democrática Popular Lao | 2024 | 30 | 23 |
| Malawi | 2024 | 15 | 0 |
| Malasia | 2024 | 14 | 10 |
| Malí | 2024 | 38 | 38 |
| Nepal | 2024 | 21 | 1 |
| Panamá | 2024 | 20 | 23 |
| Papua Nueva Guinea | 2023 | 14 | 4 |
| Perú | 2024 | 43 | 44 |
| Filipinas | 2024 | 6 | 6 |
| República de Moldova | 2024 | 34 | 28 |
| Ruanda | 2024 | 9 | 0 |
| Seychelles | 2024 | 39 | 39 |
| Singapur | 2024 | 6 | 6 |
| Sudáfrica | 2024 | 9 | 5 |
| Tayikistán | 2023 | 32 | 13 |
| Tailandia | 2023 | 15 | 12 |
| Timor-Leste | 2024 | 49 | 57 |
| Togo | 2024 | 11 | 6 |
| Uzbekistán | 2023 | 20 | 12 |
| Zimbabwe | 2023 | 21 | 0 |
| TOTAL | 2023/2024 | 11 | 8 |

Fuente: Análisis especiall del conjunto de datos de monitoreo mundial del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2025 (<https://hivfinanciam.unaids.org/hivfinanciamdashboards.html>).

Nota: Diez países adicionales (Burundi, Chad, China, Egipto, Gambia, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, Senegal, Sri Lanka y Emiratos Árabes Unidos) reportaron un 0 % para ambos indicadores y, por lo tanto, no se muestran en esta tabla.

Anexo 2: Recursos para la prevención del VIH

Herramientas de planificación de la prevención

- Materiales de capacitación de ONUSIDA sobre estimaciones del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Materiales de capacitación para la estimación de necesidades de prevención del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- ONUSIDA El atlas de grupos de población clave ([disponible en línea aquí](#))
- Panel financiero de ONUSIDA sobre el VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Herramienta de evaluación de necesidades de preservativos de ONUSIDA ([disponible en línea aquí](#))
- Visualizador de estimaciones subnacionales del VIH de Naomi ([disponible en línea aquí](#))
- Estimaciones subnacionales del VIH en poblaciones prioritarias (SHIPP) ([disponible en línea aquí](#))
- Herramienta de planificación, monitoreo y evaluación de la implementación de PrEP-It ([disponible en línea aquí](#))
- Kit de herramientas FHI360 para diseñar campañas en redes sociales que promuevan el uso del preservativo ([disponible en línea aquí](#))
- Herramienta de implementación de la OMS para la PrEP de la infección por VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Cinco herramientas del GPC de autoevaluación para la prevención del VIH (PSAT) ([disponible en línea aquí](#))

Orientaciones técnicas sobre la prevención del VIH

- Servicios diferenciados y simplificados de profilaxis previa a la exposición para prevenir la infección por el VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Directrices de la OMS sobre lenacapavir para la prevención del VIH y estrategias de pruebas para la profilaxis preexposición inyectable de acción prolongada ([disponible en línea aquí](#))
- OMS Prevención del VIH mediante la circuncisión masculina voluntaria segura para adolescentes varones y hombres en epidemias generalizadas de VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Directrices consolidadas de la OMS sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, la hepatitis viral y las ITS para grupos de población clave ([disponible en línea aquí](#))
- Desarrollo de programas eficaces de preservativos: informe técnico ([disponible en línea aquí](#))
- Comunicación para la prevención del VIH centrada en las personas: Enfoques consolidados para la generación de demanda y los aspectos conductuales de la prevención del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Planificación y gestión de programas de VIH con grupos de población clave ([disponible en línea aquí](#))
- Programas de intercambio de agujas y jeringas para personas que se inyectan drogas. Guía operativa de la OMS ([disponible en línea aquí](#))
- Orientación sobre presupuesto y planificación de recursos para la implementación de intervenciones virtuales como parte de las respuestas al VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Intervenciones virtuales en respuesta al VIH, infecciones de transmisión sexual y hepatitis viral: informe de políticas ([disponible en línea aquí](#))
- Intervenciones virtuales contra el VIH: Una herramienta de apoyo para la elaboración de presupuestos y la programación. ([disponible en línea aquí](#))

Sostenibilidad de la prevención

- Foro de Liderazgo sobre el VIH: Implementación de contratos sociales para la prevención del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Contratación social del GPC: Conceptos y ejemplos ([disponible en línea aquí](#), o [aquí](#))
- El GPC apoya la priorización en el contexto de los recortes de financiación para el VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Fortalecimiento del liderazgo nacional para programas sostenibles de VIH (prevención): un informe de políticas para líderes gubernamentales ([disponible en línea aquí](#))

Informes de progreso sobre la prevención del VIH

- Tarjetas de puntuación de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Actualización mundial sobre el sida de ONUSIDA 2025 ([disponible en línea aquí](#))

Otros recursos sobre la prevención del VIH

- Red de aprendizaje Sur-Sur sobre prevención del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- Nuevas direcciones en la medición de la prevención combinada del VIH ([disponible en línea aquí](#))
- PrEP Watch ([disponible en línea aquí](#))

Referencias bibliográficas

- 1 UNAIDS epidemiological estimates 2025 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). (Unless indicated otherwise, HIV estimates and projections cited in this report are UNAIDS estimates.)
- 2 Global AIDS Monitoring 2021–2025, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- 3 National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>), supplemented by additional sources (see references in <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- 4 Venter WDF, Gandhi M, Sokhela S, Sikwese, Bygrave H, Da Gama L. The long wait for long-acting HIV prevention and treatment formulations. *The Lancet HIV*. 2024;11(10):e711–e716 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39159655/>).
- 5 Marcus JL, Sewell WC, Balzer LB, Krakower DS. Artificial intelligence and machine learning for HIV prevention: emerging approaches to ending the epidemic. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020;17(3):171–179. Online at (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-020-00490-6>).
- 6 Sandefur J, Kenny C, USAID cuts: new estimates at the country level. Washington, DC: Center For Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/blog/usaids-cuts-new-estimates-country-level>).
- 7 Congressional budget justification: Department of State, foreign operations, and related programs—fiscal year 2026. Washington, DC: U.S. Department of State; 2025 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
- 8 Grant adaptation measures for grant cycle 7. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-05-16-gc7-grant-adaptation-measures/>).
- 9 Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
- 10 PrEP delivery imperiled. New York: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
- 11 UNAIDS financial estimates, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; May 2025.
- 12 Global AIDS monitoring dataset. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
- 13 AIDSInfo: Global data on HIV epidemiology and response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- 14 The effectiveness of behavioural interventions to prevention HIV. A compendium of evidence. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017, updated 2019 ([The-effectiveness-of-behavioural-interventions-to-prevent-HIV.-A-compendium-of-evidence_final.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/the-effectiveness-of-behavioural-interventions-to-prevent-hiv-a-compendium-of-evidence_final.pdf)).
- 15 Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).
- 16 Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).
- 17 GC7 programmatic reprioritization approach “protecting and enabling access to lifesaving services”. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-06-06-gc7-grant-reprioritization/>).
- 18 Comprehensive national HIV communications strategy for Zimbabwe: 2019–2025. Harare: Ministry of Health and Childcare; 2019 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/Zimbabwe-National-HIV-Communications-Strategy-2019-2025.pdf>).

- 19 Kamitani E, Mizuno Y, Khalil GM, Viguier A, DeLuca JB, Mishra N. Improving HIV preexposure prophylaxis uptake with artificial intelligence and automation: a systematic review. *AIDS*. 2024;38(10):1560–1569. (https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2024/08010/improving_hiv_pre-exposure_prophylaxis_uptake_with.14.aspx).
- 20 Rice E, Yoshioka-Maxwell A, Petering R, Onasch-Vera L, Craddock J, Tambe M. et al. Piloting the use of artificial intelligence to enhance HIV prevention interventions for youth experiencing homelessness. *J Soc Social Work Res*. 2018;9(4):551–573 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/701439>).
- 21 Wilde B, Onasch-Vera L, Diguiseppi G, Petering R, Hill C, Yadav A, et al. Clinical trial of an AI-augmented intervention for HIV prevention in youth experiencing homelessness. In proceedings of the AAAI conference on artificial intelligence. 2021;35(17):14948–14956 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/701439>).
- 22 Scalable and sustainable primary HIV prevention models for people from key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2026.
- 23 Planning and managing HIV programmes with key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>).
- 24 Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, Phelps BR, Minior T. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. *The Lancet Glob Health*. 2023;11(7):e1120–e1124 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00156-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00156-0/fulltext)).
- 25 Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
- 26 Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al.. Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>).
- 27 Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;1-8 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>).
- 28 Planning and managing HIV programmes with key populations: considerations for delivering and sustaining HIV services through trusted access platforms for sex workers, people who use drugs, men who have sex with men and trans and gender diverse people. Geneva: Global Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)
- 29 Policy brief: virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis innovate—implement—integrate. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
- 30 Patel P, Kerzner M, Reed JB, Sullivan PS, El-Sadr WM. Public health implications of adapting HIV pre-exposure prophylaxis programs for virtual service delivery in the context of the COVID-19 pandemic: systematic review. *JMIR Public Health and Surveill*. 2022;8(6):e37479 (<https://publichealth.jmir.org/2022/6/e37479/>).
- 31 Artificial intelligence to enhance HIV prevention in age of disruptions: Recommendations from the Audere and Desmond Tutu Health Foundation Expert Consultation. Fairways, South Africa: Audere and Desmond Tutu Health Foundation; 2025 (<https://static1.squarespace.com/static/64ff6a6dd00b77132a60f99b/t/687023a99f37d903417775b8/1752179626426/Leveraging+AI+to+enhance+HIV+prevention+v3.pdf>).

- 32** Prioritized, efficient, effective and sustainable prevention at a time of uncertain financing: considerations for countries to make in 2025 with a 2030 horizon. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/supporting-prioritization-context-hiv-funding-cuts>).
- 33** The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
- 34** Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464–471.
- 35** Phillips AN, Hickey MD, Shade SB, Kabami J, Ayieko J, Revill P, et al. Dynamic choice HIV prevention with long-acting injectable cabotegravir pre-exposure prophylaxis in east, central, southern, and west Africa: a cost-effectiveness modelling analysis. *The Lancet HIV*. 2025;12(10):e701–e711 ([https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00169-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00169-9)).
- 36** Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A, et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Glob Health*. 2021;6(8):e006315 (<https://gh.bmj.com/content/6/8/e006315>).
- 37** Condom situation analysis dashboard, 2024-07 Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/condom-situation-analysis-dashboard-2024-07>
- 38** Sia D, Tchouaket ÉN, Hajizadeh M, Karemere H, Onadja Y, Nandi A. The effect of gender inequality on HIV incidence in Sub-Saharan Africa. *Publ Health*. 2020;182:56–63 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062030024X>).
- 39** Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Afr J Reproduc Gynaecol Endosc*. 2014;17(1) (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.7448/IAS.17.1.18845>).
- 40** Lyons CE, Rwema JOT, Makofane K, Diouf D, Njindam IM, Ba I. Associations between punitive policies and legal barriers to consensual same-sex sexual acts and HIV among gay men and other men who have sex with men in sub-Saharan Africa: a multicountry, respondent-driven sampling survey. *The Lancet HIV*. 2023;10(3):e186–e194 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/am/pii/S2352301822003368>).
- 41** Centring human rights in sustainable HIV responses. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2025 (<https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2025/11/UNAIDS-Reference-Group-on-Human-Rights-Minimum-Standards-in-a-Sustainable-HIV-Response-August-2025.pdf>).
- 42** Botswana: sustainability and transition readiness assessment and roadmap for HIV and TB. Boston: Pharos Global Health Advisors for the Botswana National AIDS and Health Promotion Council; 2024 (<https://pharosglobalhealth.com/projects/botswana-hiv-sustainability-and-transition-roadmap/>
- 43** Sustaining effective leadership to secure gains, bridge disparities and expedite progress: a position paper on the leadership role of national AIDS coordinating authorities in the future of HIV prevention, sustainable health and preventing future pandemics. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65672199206bd9877c96d9c9_PP_HIV_en_dig.pdf).
- 44** Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV*. 2018;5(4):e190–e198.
- 45** Silhol R, Booton RD, Mitchell KM, Stannah J, Stevens O, Dimitrov D, et al. Identifying priority populations for HIV interventions using acquisition and transmission indicators: a combined analysis of 15 mathematical models from 10 African countries. *medRxiv*. 2025;2025-03 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.03.17.25324139v1.full>).
- 46** Silhol R, Anderson RL, Stevens O, Stannah J, Booton RD, Baral S, et al. Measuring HIV acquisitions among partners of key populations: estimates from HIV transmission dynamic models. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2024;95(1S):e59–e69 (https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2024/01011/measuring_hiv_acquisitions_among_partners_of_key.7.aspx?context=latestarticles)
- 47** Birdthistle, I, Risher, K. Estimating the size of the priority populations of AGYW in settings with high HIV incidence. Think tank presentation 11 May 2022.

- 48 Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. New HIV infections among key populations and their partners in 2010 and 2022, by world region: a multisources estimation. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2024;95(1S):e34–e45.
- 49 Neal JJ, Prybylski D, Sanchez T, Hladik, W. Population size estimation methods: searching for the holy grail. *JMIR Publ Health Surveill*. 2020;6(4):e25076 (<https://publichealth.jmir.org/2020/4/e25076>).
- 50 UNAIDS special analyses, 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 51 Banadakoppa MR, Bhattacharjee P, Shaw SYN, Gitonga J, Kioko J, Songok F. A sub-national HIV epidemic appraisal in Kenya: a new approach for identifying priority geographies, populations and programmes for optimizing coverage for HIV prevention. *J Int AIDS Soc*. 2024;27:e26245 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jia2.26245>
- 52 Platt L, Wut Yee Kyaw K, Rathod SD, Yu Naing A, Garkov S, Bijl M, et al. The effect of location in mining or borderland areas on HIV incidence among people who use drugs attending a harm reduction programme in Myanmar, 2014–2021: a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2025;20(5):0295727 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0295727>).
- 53 Malburg CM, Gutreuter S, Ruiseñor-Escudero H, Abdul-Quader A, Hladik W. Population size estimation of men who have sex with men in low-and middle-income countries: Google trends analysis. *JMIR Publ Health Surveill*. 2025;11:e58630.
- 54 National HIV prevention road map 2022–2025 (Mozambique). Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/national-hiv-prevention-road-map-2022-2025-mocambique>).
- 55 Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S, et al. The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: a modelling study. *The Lancet Reg Health-Southeast Asia*. 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
- 56 Noriega Minichiello S, Costenbader B, Homan R, Shrestha B, Saidou Tall MM, et al. Cost and service utilization of online and in-person HIV services in Mali and Nepal [Conference presentation]. AIDS, 22–26 July 2024, Munich (https://plus.iasociety.org/sites/default/files/2024-09/e-poster_996.pdf).
- 57 Thuo N, Bardon AR, Mogere P, Kiptinness C, Casmir E, Wairimu N, et al. Acceptability of six-monthly PrEP dispensing supported with interim HIV self-testing to simplify PrEP delivery in Kenya: findings from qualitative research. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1281 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301822001266>).
- 58 Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV*. 2018;5(4):e190–e198
- 59 Chevalier JM, Hansen MA, Coskun E, Sy KTL, Drakes J, Dowling S, et al. Cost-effectiveness of intervention combinations towards the elimination of vertical transmission of HIV in limited-resource settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e457–e466 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X23005880>).
- 60 Stone J, Bothma R, Gómez GB, Eakle R, Mukandavire C, Subedar H, et al. Impact and cost-effectiveness of the national scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in South Africa: a modelling analysis. *J. Int AIDS Soc*. 2023;26(2):e26063. doi.org/10.1002/jia2.26063.
- 61 Pebody R. Does six-monthly PrEP have a future following the collapse of global HIV funding? London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/does-six-monthly-prep-have-future-following-collapse-global-hiv-funding>).
- 62 UNAIDS financial estimates and projection of resource needs for 2026–2030, July 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 63 UNAIDS-supported national AIDS spending assessments, 2019–2024 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 64 Special analysis using <https://hivfinancial.unaids.org/data>. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- 65 HIV and universal health coverage: a guide for civil society. UNAIDS explainer. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/hiv-uhc-guide-civil-society>).
- 66 Viriyathorn S, Sachdev S, Suwanwela W, Wangbanjongkun W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Procedural fairness in benefit package design: inclusion of pre-exposure prophylaxis of HIV in universal coverage scheme in Thailand. *Health Pol Planning*. 202338 (Suppl 1), i36.

- 67** Mendonça Gil PK, Conrado DDS, Nascimento AID, Azevedo MVD, Cunha JCPD, Koch GSR, et al. HIV pre-exposure prophylaxis and incidence of sexually transmitted infections in Brazil, 2018 to 2022: an ecological study of PrEP administration, syphilis, and socioeconomic indicators. *PLoS Neglected Trop Dis.* 2023;17(8):e0011548 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10446216/>).
- 68** Samoun N. Informal economy's entertainment workers entitled to receive equity card. 2023 (<https://cambodianess.com/article/informal-economys-entertainment-workers-entitled-to-receive-equity-card>).
- 69** Implementing social contracting for HIV prevention. Policy brief. HIV Leadership Forum. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/implementing-social-contracting-for-hiv-prevention-policy-brief.pdf>).
- 70** Terms of reference for the implementation of social contracting of HIV prevention package of services in support of the national HIV response. Kingston: Jamaica Ministry of Health and Wellness; 2021 (<https://www.moh.gov.jm/tenders/terms-of-reference-for-the-implementation-of-social-contracting-of-hiv-prevention-package-of-services-in-support-of-the-national-hiv-response/>).
- 71** Social contracting monitoring and evaluation framework: a tool for tracking progress. EpiC and VAAC. New York: FHI360; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-vietnam-social-contracting-monitoring-evaluation-framework.pdf>).
- 72** Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction. Liverpool: Harm Reduction International; 2023 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).
- 73** Ahaibwe G, Abdool Karim S, Thow AM, Erzse A, Hofman K. Barriers to, and facilitators of, the adoption of a sugar sweetened beverage tax to prevent non-communicable diseases in Uganda: a policy landscape analysis. *Glob Health Action.* 2021;14(1):1892307 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1892307#abstract>).
- 74** Sin tax law incremental revenue for health: annual report CY 2016. Manila: Philippines Department of Health; 2016 (https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/philippines_2018_annex-4_Sin_tax_report_2016.pdf).
- 75** Shroff ZC, Sparkes SP, Paina L, Skarphedinsdottir M, Gotsadze G, Zakumumpa H, et al. Managing transitions from external assistance: cross-national learning about sustaining effective coverage. *Health Pol Plan.* 2024;39(Supplement_1):i50-i64 (https://academic.oup.com/heapol/article/39/Supplement_1/i50/7578711).
- 76** UNAIDS financial analysis, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; July 2025.
- 77** UNAIDS special analyses, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025.
- 78** Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. *medRxiv.* 2025;07, p. 13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
- 79** Wu L, Kaftan D, Wittenauer R, Arrouzet C, Patel N, Saravis AL, et al. Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis. *medRxiv.* 2024-08 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39312933/>).
- 80** Meyer-Rath G, Jamieson, L, Johnson L, Bekker LG, Subedar H. The cost-effectiveness and optimal price level of injectable PrEP with lenacapavir in South Africa. General abstract submission (<https://www.heroza.org/publications/the-cost-effectiveness-and-optimal-price-level-of-injectable-prep-with-lenacapavir-in-south-africa/>).
- 81** Unitaaid, CHAI, and Wits RHI enter into a landmark agreement with Dr. Reddy's to make HIV prevention tool lenacapavir affordable in LMICs. <https://unitaid.org/news-blog/lenacapavir-for-hiv-prevention/>

© Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2026

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia de IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que se mencione adecuadamente el trabajo, como se indica a continuación. Sea cual sea el uso que se dé a este trabajo, bajo ninguna circunstancia puede insinuarse que ONUSIDA respalde a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de ONUSIDA. Si adapta el trabajo, debe obtener autorización bajo la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la mención sugerida: «La traducción no ha sido creada por ONUSIDA. ONUSIDA no se hace responsable del contenido ni de la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica».

Cualquier mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Mención sugerida. Prevención del VIH 2030: Un marco de acceso global para las respuestas lideradas por los países. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2026. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a un tercero, como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para dicha reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la violación de cualquier componente de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material utilizado en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con relación al estado legal de ningún país, territorio, ciudad, área ni a sus autoridades. Del mismo modo, tampoco se expresa opinión alguna referente a sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no se ha llegado a un acuerdo completo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA las avale o recomiende en preferencia a otras de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos de propiedad se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. ONUSIDA no será responsable en ningún caso de los daños derivados de su uso.

ONUSIDA/JC3172S



ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 595 59 92

unaids.org

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

730 Third Avenue
New York, NY 10017
Estados Unidos

unfpa.org