



Asamblea General

Distr. general
28 de marzo de 2011
Español
Original: inglés

Sexagésimo quinto período de sesiones

Tema 10 del programa

Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA

Unidos en pro del acceso universal: cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA

Informe del Secretario General

Resumen

En 2011 se cumplen 30 años de la existencia del SIDA. En ese lapso, el SIDA se ha cobrado más de 25 millones de vidas, y más de 60 millones de personas han sido infectadas por el VIH. Sin embargo, día tras día, más de 7.000 personas se infectan con el virus, incluidos 1.000 niños. Ningún país ha escapado a la devastación de esta epidemia auténticamente mundial.

Con todo, los programas de lucha contra el VIH están ahora dando fruto, pues la incidencia mundial del VIH está declinando, el acceso al tratamiento va en aumento y se ha puesto en marcha un movimiento mundial sin precedente para exigir el respeto de la dignidad y los derechos humanos de todas las personas vulnerables al VIH y afectadas por el virus. Tanto la epidemia como la respuesta que esta ha generado han transformado a nuestro mundo, elevando la importancia de la injusticia sanitaria mundial dentro del programa político en todo el mundo y colocando al ser humano en el centro mismo de las iniciativas en pro de la salud, el desarrollo y los derechos humanos.

Estos logros, aunque prometedores, son insuficientes y corren peligro. El estigma, la discriminación y la desigualdad entre los géneros siguen socavando los esfuerzos encaminados a lograr un acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH. La trayectoria insostenible de los costos y los efectos de la contracción económica mundial se conciertan para amenazar el progreso.



Durante tres décadas se han debatido en el seno de la Asamblea General, los parlamentos, las comunidades, los lugares de culto y los foros científicos. La comunidad internacional entra ahora en la cuarta década con un vasto caudal de conocimientos y una gama de nuevos instrumentos para revolucionar las medidas de prevención y ampliar extraordinariamente el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo.

La respuesta al VIH tiene ante sí el momento de la verdad: 2011 es una oportunidad singular para examinar los progresos realizados y evaluar con carácter crítico y honestidad los obstáculos que nos tienen encadenados a una realidad en la cual la epidemia continúa a ritmo superior al de la respuesta.

Es preciso adoptar decisiones valientes para reconfigurar extraordinariamente la respuesta al SIDA a fin de lograr el objetivo de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA. A ese efecto es preciso renovar el compromiso político en pro de intervenciones más focalizadas, eficientes y sostenibles. Hay que reconocer que la no discriminación, el pragmatismo y la compasión producirán beneficios, no solo en cuanto a la respuesta al VIH, sino también respecto de todas las prioridades en materia de salud, desarrollo y derechos humanos.

Superar las insuficiencias

- Por cada persona que inicia el tratamiento, dos contraen la infección. Para poner fin a las nuevas infecciones por el VIH habrá que aprovechar las innovaciones, colocar al ser humano que vive con el VIH en el centro mismo de la respuesta, proteger los derechos humanos y eliminar la desigualdad entre los géneros.
- El nivel de los recursos mundiales destinados a la lucha contra el SIDA se ha estabilizado. Se necesita una responsabilidad compartida para proteger el acceso de más de 6 millones de personas que reciben tratamiento contra el VIH y llevar el tratamiento a los millones que todavía lo necesitan.
- La trayectoria de los costos es totalmente insostenible. Los recursos se deben concentrar en medidas con fundamento empírico que produzcan resultados eficientes y sostenibles y, al propio tiempo, promuevan respuestas que dimanen de los países y de las personas.
- Las respuestas al VIH deben aprovechar el dinamismo mundial en pro de la salud mundial, con especial referencia al género, y armonizarse e integrarse con los esfuerzos para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Aún no se han aprovechado fuentes críticas de capacidad directiva y rendición de cuentas. Las potencias políticas emergentes, los países afectados y las personas que viven con el VIH y son vulnerables a él, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que compran y venden servicios sexuales y los consumidores de droga deben ejercer una mayor función directiva en la gobernanza de las intervenciones contra el VIH.

Cinco recomendaciones para una movilización efectiva

El presente informe contiene las cinco recomendaciones siguientes para todas las partes interesadas:

- a) Se debe impulsar una revolución en materia de prevención que aproveche la energía de los jóvenes y el potencial de las nuevas modalidades de comunicación que están transformando el mundo, derogue las leyes punitivas que obstaculizan una respuesta eficaz y asegure que se empodere a las personas para protegerse a sí mismas, a sus parejas y a sus familias contra el VIH;
- b) Se debe forjar un marco revitalizado de solidaridad mundial para lograr, para 2015, el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH;
- c) Se debe interrumpir la trayectoria ascendente de los costos y se deben ejecutar programas más eficaces, eficientes y sostenibles;
- d) Se debe asegurar que nuestras respuestas al VIH promuevan la salud, los derechos humanos, la seguridad y la dignidad de las mujeres y las niñas;
- e) Se debe asumir el compromiso de forjar unos sólidos mecanismos de mutua rendición de cuentas.

I. Introducción

1. Cuando los Estados Miembros se reunieron en las Naciones Unidas en 2001 con ocasión del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, el mundo estaba perdiendo la batalla contra el VIH. En 2001, el número de personas que vivían con el VIH iba en aumento, las terapias que habían revolucionado la respuesta al VIH en los países de altos ingresos eran virtualmente imposibles de obtener en los países más gravemente afectados y el total de recursos gastados con destino a actividades de lucha contra el VIH en los países de ingresos bajos y medianos ascendía solo a alrededor del 10% del gasto en 2009. La epidemia estaba invirtiendo décadas de progreso en materia de desarrollo en el África al sur del Sáhara, amenazaba la estabilidad y la seguridad y agravaba la injusticia mundial en el ámbito de la salud.

2. En el período extraordinario de sesiones celebrado en 2001 se aprobó una Declaración visionaria que incluyó metas sujetas a plazos en la respuesta. Del período extraordinario de sesiones nació una importante institución mundial de financiación de la salud, a saber, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Los Estados Miembros, que prometieron adoptar medidas adicionales para reforzar la respuesta, hicieron suya una serie complementaria de compromisos en la Declaración política sobre el VIH/SIDA, de 2006, incluida la promesa de lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH.

3. Diez años después del monumental período extraordinario de sesiones de 2001, la respuesta al VIH ha pasado a ser quizás el ejemplo más persuasivo del poder de la solidaridad internacional, las medidas basadas en datos empíricos y el compromiso político. Esos logros, aunque gratificantes, son sumamente frágiles.

4. La respuesta al VIH tiene ante sí el momento de la verdad. Los programas de lucha contra el VIH están dando fruto, pues la incidencia mundial del VIH está declinando, el acceso al tratamiento va en aumento y se ha puesto en marcha un movimiento mundial para exigir el respeto de la dignidad y los derechos humanos a todas las personas afectadas por el VIH. La respuesta al VIH ha transformado a nuestro mundo, elevando la importancia de la injusticia sanitaria mundial dentro del programa político, contribuyendo al progreso en la amplísima gama de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y colocando al ser humano en el centro mismo de las iniciativas en pro de la salud y el desarrollo. Estos logros, con todo, corren peligro. La fatiga de la asistencia y la persistente contracción económica mundial se conciertan para amenazar el apoyo futuro a iniciativas esenciales.

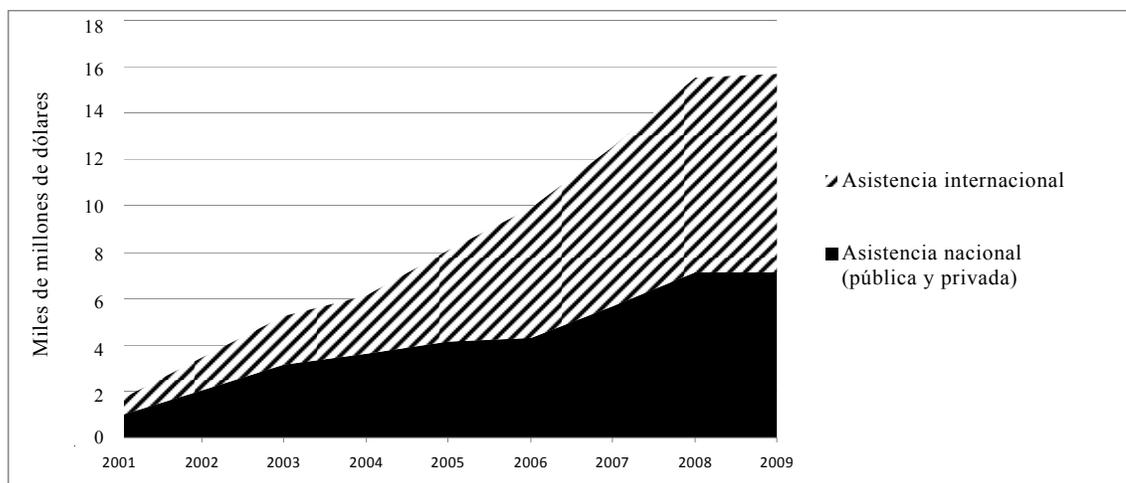
5. El año 2011 es un hito histórico en la respuesta mundial; da a la comunidad internacional la ocasión de examinar los progresos realizados en la década pasada y marca los 30 años de la epidemia. La comunidad internacional debe servirse de esta oportunidad para reflexionar sobre las lecciones aprendidas, revitalizar y reconfigurar la respuesta a largo plazo y elevar al máximo los beneficios para los más afectados.

6. En el presente informe se evalúan los progresos y las lagunas en la respuesta, sobre la base de los datos comunicados por 182 países y de los exámenes nacionales y regionales sobre el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo¹. Las principales conclusiones son las siguientes:

- **Prevención del VIH.** En la década anterior a diciembre de 2009, el número de personas con nuevas infecciones por el VIH declinó en 19%; por lo menos 33 países experimentaron una disminución como mínimo del 25% en la incidencia del VIH y 10 países de alta prevalencia alcanzaron el objetivo mundial de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes como mínimo en 25%. No obstante, la epidemia sigue avanzando a ritmo más acelerado que la respuesta, lo que destaca la necesidad de revolucionar los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones.
- **Terapia antirretrovírica.** En diciembre de 2010, se estimaba que más de 6 millones de personas recibían terapia antirretrovírica en los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, la mayoría de las personas necesitadas todavía carecen de acceso.
- **Hacia una generación libre del VIH.** La cobertura mundial de profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión vertical del VIH ha superado el 50%. Con todo, más de 10 años después de validadas las intervenciones para prevenir la transmisión vertical en contextos de recursos limitados, el mundo todavía está distante de haber alcanzado el objetivo de proteger a los recién nacidos contra la infección.
- **Derechos humanos.** Alrededor de 3 de cada 10 países en todo el mundo carecen todavía de leyes que prohíban la discriminación relacionada con el VIH. Más de la mitad de los países informaron de que habían sancionado o adoptado políticas que, de manera indirecta o inadvertida, limitaban el acceso a los servicios para las poblaciones vulnerables. Muchos de los países que han sancionado leyes contra la discriminación no las aplican de manera rigurosa.
- **Financiación de la respuesta.** La financiación de los programas de lucha contra el VIH, que ha aumentado de manera extraordinaria, ha servido para elevar enormemente la financiación mundial de la salud (véase el gráfico I). Ello no obstante, en 2009, la asistencia internacional a la lucha contra el VIH declinó por primera vez, como reflejo de los recortes en otras formas de ayuda al desarrollo.

¹ Debido a un desfase inevitable en la presentación de los informes de los países, el presente informe se basa principalmente en los datos recibidos hasta diciembre de 2009.

Gráfico I
Total de recursos anuales disponibles para la lucha contra el SIDA,
2001-2009



Fuente: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2011.

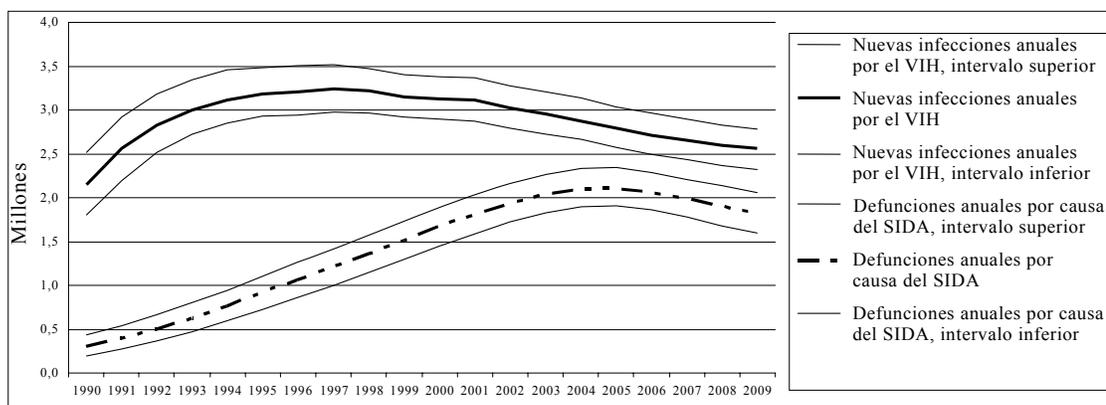
II. Treinta años del SIDA: examen del pasado y visión del futuro

7. En 2009 se estimaba que 33,3 millones de personas vivían con el VIH, lo que representaba un aumento del 27% frente a 1999 (véase el gráfico II). En el plano mundial, casi el 23% de todas las personas que viven con el VIH tienen menos de 24 años de edad y el grupo de edad de 15 a 24 años representa el 35% de todas las infecciones nuevas. El África al sur del Sáhara sigue siendo la región más gravemente afectada, con un 68% de todas las personas que viven con el VIH, el 69% de las nuevas infecciones y el 72% de mortalidad por el SIDA. La epidemia, con todo, no ha perdonado a otras regiones; más de 10,8 millones de personas viven con el VIH fuera del África al sur del Sáhara. La epidemia continúa ahondando la pobreza, aumentando el hambre, desacelerando el progreso de la salud materno-infantil y agravando otras enfermedades infecciosas.

8. La epidemia afecta en particular a las mujeres y las niñas. En 2009 las mujeres representaban una ligera mayoría (alrededor del 51%) de todas las personas que vivían con el VIH y alrededor del 60% de todas las personas que vivían con el VIH en el África al sur del Sáhara. Las adolescentes y mujeres jóvenes en el África al sur del Sáhara tienen varias veces más probabilidades de vivir con el VIH que los varones de igual edad.

9. Aunque la incidencia mundial del VIH ha declinado, el número de personas que adquieren la infección continúa en ascenso en Europa oriental y Asia central, África septentrional y el Oriente Medio y partes de Asia. La naturaleza muchas veces cíclica de las epidemias de transmisión sexual subraya la necesidad de una vigilancia permanente, pues es preciso reforzar las estrategias de prevención y adaptarlas a medida que los jóvenes intensifican su actividad sexual.

Gráfico II
Estimación de nuevas infecciones por el VIH y de defunciones por causa del SIDA, 1990-2009



Fuente: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010.

10. El número de personas que recibían terapia antirretrovírica aumentó 13 veces entre 2004 y 2009 y el número de defunciones causadas por el SIDA declinó en 19% en igual periodo. Sin embargo, la epidemia continúa imponiendo consecuencias severas. Entre 2005 y 2009, el número de niños huérfanos a causa del SIDA se elevó de 14,6 millones a 16,6 millones.

Las Declaraciones de 2001 y 2006: marco para un progreso sin precedente

11. La Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2001 ayudó a galvanizar la decisión mundial de invertir el curso de la epidemia. Se establecieron indicadores de resultados para vigilar la consecución de las metas adoptadas en 2001 y los países debían presentar informes bienales de progreso al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). La sociedad civil y las personas que viven con el SIDA han desempeñado una función particularmente crítica en el seguimiento del avance en la aplicación de las Declaraciones de 2001 y 2006, la evaluación de las respuestas normativas nacionales y la contribución a los análisis por países.

12. La aprobación del objetivo de acceso universal en 2006 aceleró sustancialmente el dinamismo mundial. Más de 110 países establecieron metas claras y sujetas a plazos respecto de la cobertura de los servicios. Aunque es improbable que muchos países logren sus metas para 2010, los avances frente a la pasada década demuestran, sin lugar a dudas, que el acceso universal es a la vez viable y esencial para el éxito a largo plazo.

III. Hacia un mundo de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA

13. Aunque los logros obtenidos hasta la fecha han sido auténticos y muchas veces históricos, el ritmo y el alcance de la ampliación de la escala siguen siendo inadecuados. Es preciso obrar una transformación en la respuesta. En 2010 el ONUSIDA expuso una nueva visión de la respuesta, esto es, un mundo de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA. Esa nueva visión, deliberadamente ambiciosa, plasma las elevadas aspiraciones de un movimiento mundial centrado en el ser humano.

A. Cero nuevas infecciones

14. Transformar la respuesta implica transformar los métodos de trabajo a fin de reducir de manera radical el número de nuevas personas infectadas. Aunque la incidencia mundial del VIH está declinando, muchos países no han logrado cumplir los compromisos en materia de prevención. De resultados de ello, el ritmo de la epidemia sigue siendo más acelerado que el de la respuesta, y por cada persona que comenzó la terapia antirretrovírica en 2009 se infectaron otras dos.

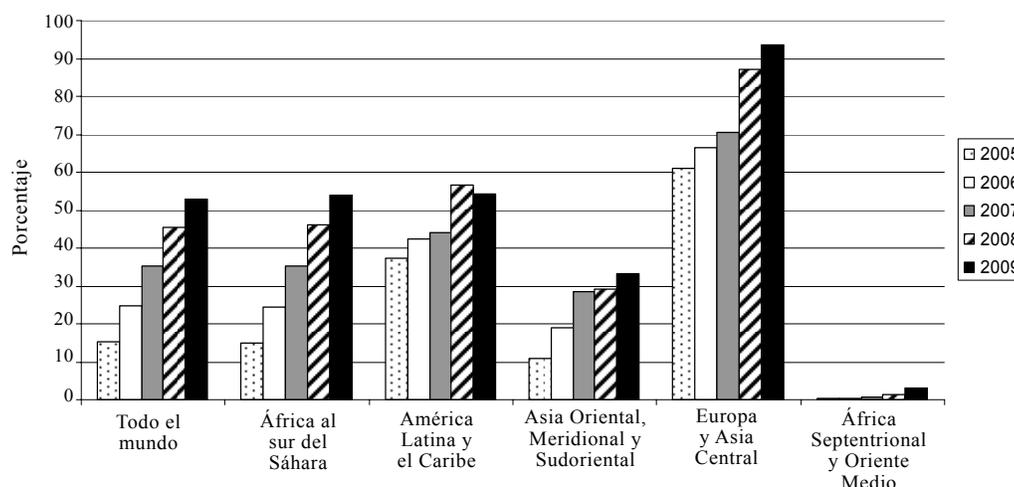
15. En la Declaración de 2001 se señaló que la prevención “debe ser la base de nuestra acción”; sin embargo, los marcos normativos nacionales y las prioridades del gasto no reflejan adecuadamente ese compromiso. Aunque el 91% de los países han establecido metas de tratamiento, solo el 33% han establecido metas respecto de la prevalencia del VIH entre los jóvenes y únicamente el 34% han adoptado objetivos específicos en relación con la distribución de condones.

16. Muchas veces, las estrategias nacionales de prevención se componen de programas fragmentados y desvinculados, sin rutas causales claramente definidas, sinergias explícitas o resultados previstos. En Asia el 90% de los recursos de prevención destinados a los jóvenes dan apoyo a programas focalizados en jóvenes de bajo riesgo, que representan solo el 5% de las personas que se infectan por el VIH. Análogamente, en Europa Oriental y Asia Central, regiones donde la epidemia está concentrada fundamentalmente entre los consumidores de drogas, el 89% de las inversiones en prevención no se focalizan en las personas de mayor riesgo.

Avance en la prevención de la transmisión vertical

17. En años recientes, un número cada vez mayor de países ha echado los cimientos para eliminar la transmisión vertical (véase el gráfico III). En diciembre de 2009, 15 países habían alcanzado la meta fijada en la Declaración de 2001 de una cobertura mínima del 80% de la profilaxis antirretrovírica entre embarazadas que vivían con el VIH y otros siete países del África al sur del Sáhara habían notificado coberturas de entre el 50% y el 80%. Los países de Europa Oriental y África Central han logrado una cobertura particularmente elevada. De resultados de la ampliación de la escala de los servicios preventivos, el número de niños con nuevas infecciones declinó en 24%, en todo el mundo, entre 2004 y 2009.

Gráfico III
Cobertura de medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión vertical del VIH en países de ingresos bajos y medianos, en todo el mundo y por región geográfica, 2005-2009



Fuente: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector-Progress Report 2010*.

18. Para eliminar la transmisión vertical se precisan avances mucho mayores y más rápidos a fin de ampliar la cobertura y administrar regímenes más eficaces. Es menester ampliar los esfuerzos para integrar la detección del VIH en los servicios prenatales, pues en 2009 solo el 26% de las embarazadas en los países de ingresos bajos se sometieron a análisis de detección del VIH. Los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo tienen que estar vinculados más estrechamente con la salud sexual y reproductiva. En 2009, el 30% de las beneficiarias de los servicios de prevención en el período prenatal recibieron un régimen antirretrovírico de dosis única subóptimo, circunstancia que destaca la importancia de mejorar el acceso a regímenes combinatorios más eficaces.

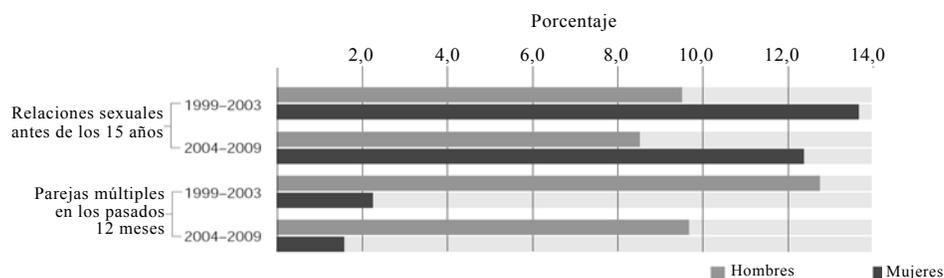
Tendencias alentadoras entre los jóvenes

19. Los jóvenes están a la vanguardia de la revolución mundial en la prevención. Entre los países en los cuales la prevalencia del VIH entre adultos pasaba del 2%, ocho países notificaron mermas estadísticamente significativas en el porcentaje de niñas que habían tenido relaciones sexuales antes de los 15 años y siete países notificaron mermas significativas en la iniciación sexual entre los varones (véase el gráfico IV). Los jóvenes muestran asimismo tendencias favorables en el uso de condones (en seis países en el caso de las jóvenes y en cinco países en el caso de los varones jóvenes) y el número de parejas (en siete países en el caso de las jóvenes y 10 países en el caso de los varones jóvenes). Si bien ha habido un aumento en el conocimiento de los jóvenes respecto del VIH, solo el 34% de los jóvenes demostraban un conocimiento preciso y amplio del VIH en 2009, un porcentaje muy inferior a la meta de 95% señalada en la Declaración de compromiso de 2001. Mediante una acción concertada se pueden subsanar esas deficiencias de

conocimiento, pues muchos países —incluidos Belarús, Chile y Eritrea— han demostrado la viabilidad de lograr tasas de conocimiento sobre el VIH superiores al 70% entre los jóvenes.

Gráfico IV

Los jóvenes y el riesgo sexual: porcentaje de personas de 15 a 25 años de edad que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años y parejas múltiples en los pasados 12 meses



Fuente: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010.

20. En la Declaración de 2001 se instó a ampliar el acceso a artículos esenciales, incluidos los condones masculinos y femeninos. Si bien no se ha logrado un acceso universal a los condones, es evidente que hay una clara tendencia hacia una mayor disponibilidad y utilización en las relaciones sexuales de mayor riesgo.

Atención insuficiente a las necesidades de prevención de poblaciones clave a mayor riesgo

21. El mundo no podrá reducir de manera pronunciada la tasa de transmisión del VIH si no se presta atención a las necesidades de prevención de poblaciones clave que corren un mayor riesgo de contagio. Sin embargo, en 2009, solo el 26% de los países habían establecido objetivos de prevención para los profesionales del sexo, el 30% para los consumidores de drogas y el 18% para los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres. La mayor parte de los países no comunican datos sobre esas poblaciones clave; muchos países tienen un conocimiento exiguo de su tamaño, edad y distribución geográfica. Los recursos que se asignan a los servicios preventivos con destino a esos grupos, cuando existen, son muchas veces mínimos. Otras poblaciones clave que requieren un mayor apoyo preventivo incluyen los reclusos, los migrantes, los transexuales y las personas con discapacidad.

22. De acuerdo con datos de 27 países, solo el 32% de los consumidores de drogas inyectables habían acudido a servicios de prevención del VIH en 2009. En la mayor parte de los países examinados en 2010, no había ni programas de agujas o jeringas esterilizadas ni tampoco acceso a terapias con opiáceos agonistas de efecto prolongado para reducir la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas.

Hacer realidad la prevención combinada

23. Para revolucionar la prevención del VIH, los países tienen que sustentar sus programas nacionales en una comprensión a fondo de la epidemia que los afecta y de las intervenciones que utilizan. Cada vez en mayor medida, los países fundan sus

estrategias de prevención, no en el conocimiento del número total de personas que viven con el VIH (prevalencia del VIH), sino en un mejor entendimiento de las personas que se infectan por el VIH (incidencia del VIH). De resultados de ello, algunos países han procedido a revisar sus métodos de prevención, a fin de abordar los problemas emergentes y concentrar sus recursos limitados donde estos puedan producir más efecto.

24. Los programas combinados de prevención han sido estimulados por la aparición de nuevas modalidades importantes de prevención, como la circuncisión masculina adulta, que reduce el riesgo de transmisión sexual de la mujer al hombre en alrededor del 60%. En 13 países con elevada prevalencia del VIH y una baja prevalencia de circuncisión masculina, se han hecho evaluaciones nacionales de la situación y se han elaborado planes estratégicos para ampliar el uso de la circuncisión. En los pasados dos años, se procedió a la circuncisión de 200.000 hombres en esos 13 países prioritarios, incluidos más de 90.000 en la provincia keniana de Nyanza solamente.

25. Es preciso complementar los métodos biomédicos y de comportamiento con iniciativas que aborden los determinantes sociales subyacentes del riesgo y la vulnerabilidad. En 2010, en dos estudios en el África al sur del Sáhara, que recibieron apoyo del Banco Mundial, se comprobó que los pagos en efectivo, condicionados a la observancia de un comportamiento recomendado (como permanecer en la escuela o abstenerse de relaciones sexuales sin protección), reducían el riesgo de que los jóvenes se infectaran con el VIH u otra infección de transmisión sexual.

Aparición de nuevas estrategias biomédicas críticas para la prevención del VIH

26. Durante el año pasado, han aparecido nuevas estrategias biomédicas para reducir la probabilidad de que un solo acto sexual produzca la transmisión del VIH. En 2010, los resultados de ensayos clínicos demostraron que un microbicida vaginal podía reducir el riesgo de que una mujer se infectara como consecuencia del acto sexual. Se están realizando otros ensayos para confirmar esos resultados y evaluar otros microbicidas candidatos. Si se confirman, esos resultados ayudarán a subsanar una insuficiencia crítica en el armamentario de la prevención: un método de prevención eficaz que las mujeres puedan utilizar por su propia cuenta.

27. En 2010 también se comprobó en un estudio de países múltiples que la ingesta diaria de una tableta de los medicamentos antirretrovíricos tenofovir y emtricitabina disminuía en 44% el riesgo de infección entre hombres que habían tenido relaciones sexuales con hombres. Como ocurre con los microbicidas, se están realizando otros ensayos a fin de confirmar dichos resultados, incluidos ensayos con estudios de cohortes heterosexuales.

28. Cada uno de estos avances en la prevención biomédica implica problemas singulares y complejos. Se necesitan estudios adicionales para optimizar la aceptabilidad, reforzar la observancia de los protocolos prescritos, supervisar el riesgo de resistencia vírica en caso de seroconversión y determinar modelos óptimos de prestación de servicios. Las autoridades nacionales debieran acelerar la integración de los nuevos instrumentos validados en los programas de prevención, cuando proceda, para elevar la viabilidad y sostenibilidad de los programas de prevención combinada.

29. También continúa la búsqueda de una vacuna preventiva. Los investigadores han identificado múltiples anticuerpos que aparentemente neutralizan el VIH y constituyen nuevas vías importantes para el desarrollo de vacunas.

Integración de prevención y tratamiento

30. Como se destacó en la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006, la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo se refuerzan mutuamente y deben estar estrechamente vinculados. Los nuevos datos empíricos respecto de los importantes beneficios preventivos de la terapia antirretrovírica, que reduce la carga vírica y, por ende, la inefectividad de las personas que viven con el VIH, subrayan meramente la necesidad de vincular las actividades de prevención y tratamiento.

31. Sin embargo, para la prevención y el tratamiento se suelen aplicar muchas veces métodos de planificación separados. Es exigua la integración a nivel de la prestación de servicios. Los servicios de remisión de personas seropositivas muchas veces están fragmentados y no están sujetos a supervisión. Las intervenciones preventivas no se han integrado cabalmente en muchos establecimientos clínicos y alrededor de la mitad de las embarazadas con resultados seropositivos en 2009 no fueron objeto de análisis de su elegibilidad para recibir terapia antirretrovírica. Para fortalecer los nexos entre prevención y tratamiento y empoderar a las personas que viven con el VIH en las actividades de prevención, los asociados de la sociedad civil aunaron fuerzas con el ONUSIDA a fin de recomendar la aplicación de una estrategia denominada “salud, dignidad y prevención positivas”. Dicha estrategia integra las actividades preventivas en un método holístico que incorpora las necesidades de tratamiento y los derechos humanos de las personas que viven con el VIH.

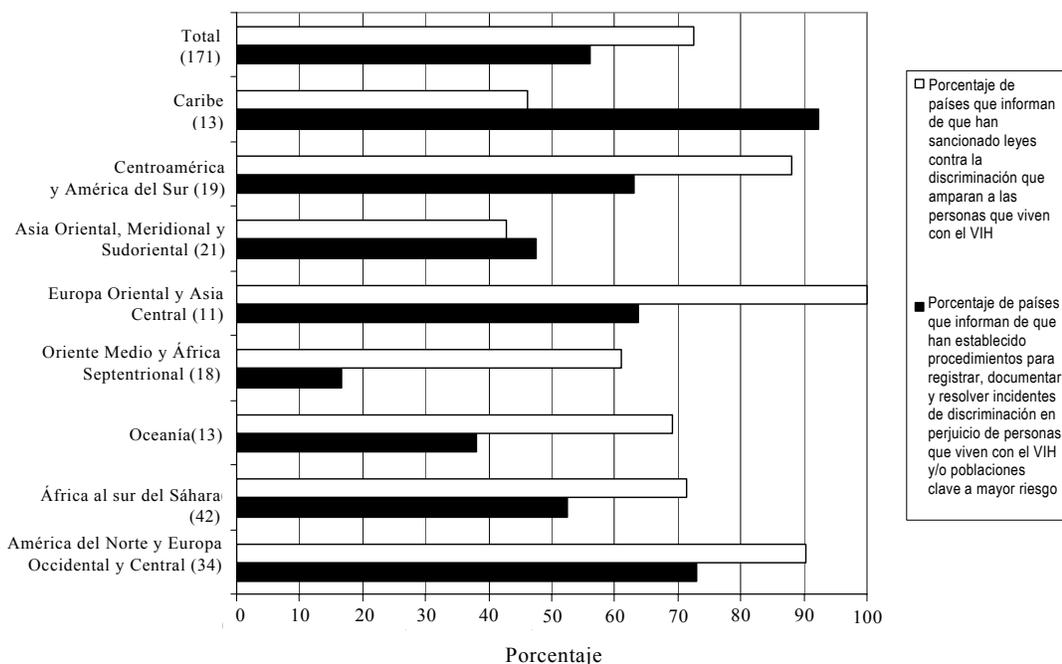
B. Cero discriminaciones

32. Treinta años después del reconocimiento inicial de la epidemia sigue habiendo violaciones de los derechos humanos que impiden abordar, con franqueza y compasión, el problema del VIH, desalientan a los afectados de acudir a los servicios necesarios y acrecientan la vulnerabilidad individual. En un estudio internacional de personas que vivían con el VIH en 2010 se comprobó que más de un tercio habían experimentado la pérdida del empleo, la denegación de asistencia médica, la exclusión social o profesional y/o la revelación involuntaria de su Estado. A nivel mundial, los gobiernos dicen que el estigma es el mayor impedimento para lograr un progreso acelerado en la respuesta. Es preciso, pues, transformar las actitudes sociales y se deben asignar recursos a las estrategias de lucha contra el estigma y otras iniciativas encaminadas a proteger y promover los derechos humanos.

Protección insuficiente contra la discriminación

33. En la Declaración de 2001 se instó a todos los Estados Miembros a instituir normas estrictas y obligatorias para eliminar la discriminación contra las personas que viven con el VIH o los grupos vulnerables. Si bien el número de países que comunicaron que habían sancionado leyes contra la discriminación aumentó del 56% en 2006 al 71% en 2010 (véase el gráfico V), es inquietante observar que casi tres de cada diez países carecen todavía de esa normativa legislativa o reglamentaria.

Gráfico V
Porcentaje de países con amparo jurídico contra la discriminación en perjuicio de personas que viven con el VIH y recursos de reparación, de acuerdo con las informaciones recibidas de fuentes no gubernamentales



Fuente: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010.

34. Cuando existe una normativa contra la discriminación, esta muchas veces no se hace cumplir de manera eficaz. A nivel mundial, menos del 60% de los países informan de que han instituido un procedimiento, para registrar, documentar y resolver los incidentes de discriminación relacionada con el VIH. En muchos países, las personas que viven con el VIH corren con un mayor riesgo de perder sus hogares, puestos de trabajo, bienes y herencias debido a un amparo insuficiente.

35. En 2010, la vasta mayoría de los países (91%) abordaron las cuestiones relativas al estigma y la discriminación en sus estrategias nacionales de lucha contra el VIH y el 90% de los países informó de sus actividades de lucha contra el estigma. Sin embargo, en muchos países no se destinan recursos presupuestarios a las actividades de lucha contra el estigma.

36. Cuarenta y nueve países, territorios y entidades imponen alguna forma de restricción a la entrada, permanencia y residencia de personas que viven con el VIH. Los avances recientes en este ámbito son alentadores, pues China, los Estados Unidos de América, Namibia y Ucrania han derogado las restricciones de viaje relacionadas con la infección por el VIH.

Discriminación en perjuicio de poblaciones clave a mayor riesgo

37. Las leyes y prácticas punitivas también obran en detrimento de la respuesta. Docenas de países tipifican como delito la transmisión del VIH, incluidos más de 20

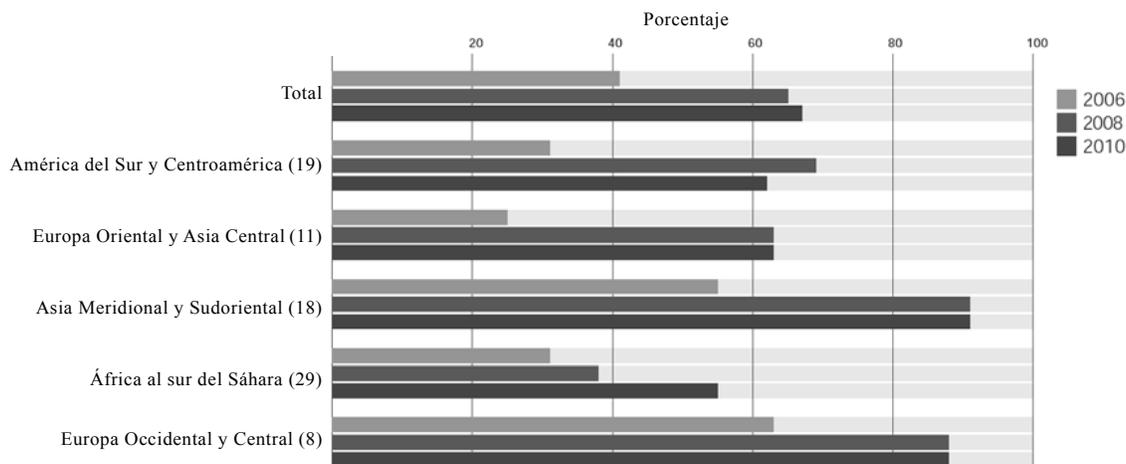
países que han sancionado esas leyes en años recientes. Esas leyes estigmatizan a las personas que viven con el VIH y a poblaciones clave a mayor riesgo, sin promover por ello los objetivos de salud pública.

38. Setenta y nueve países y territorios tipifican como delito las relaciones homosexuales consensuales entre adultos, y más de 100 países tipifican como delito aspectos del trabajo sexual. En diversas situaciones en todo el mundo, el temor y la reprobación social acrecientan la vulnerabilidad de poblaciones móviles, reclusos, adolescentes con comportamiento de alto riesgo y personas en situaciones humanitarias. Esa discriminación intensifica la marginación social, acrecienta el riesgo de hostigamiento o violencia e impide que las comunidades se movilicen para combatir la epidemia.

39. Las políticas discriminatorias también reducen el acceso a servicios esenciales de prevención y tratamiento. Entre 106 países, las fuentes no gubernamentales en el 62% de los países comunicaron que se habían instituido leyes, reglamentos o políticas para restringir el acceso a los servicios a poblaciones clave a mayor riesgo (véase el gráfico VI).

Gráfico VI

Porcentaje de países en los cuales las fuentes no gubernamentales informan de la existencia de leyes o reglamentos que crean impedimentos para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo eficaces contra el VIH en perjuicio de grupos de población a mayor riesgo y otras poblaciones vulnerables, 2006-2010



Fuente: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010.

Nota: No se presentan las siguientes regiones debido al número insuficiente de países, a saber: el Caribe, el Oriente Medio y África Septentrional, Asia Oriental, Oceanía y América del Norte.

40. Un liderazgo firme ayuda a rectificar la herencia de discriminación. En años recientes ha habido una expansión de los programas de prevención para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en China, la ampliación de la escala de los servicios comunitarios destinados a los trabajadores del sexo en la India y la decisión de un número cada vez mayor de países de eliminar las restricciones que inciden en los programas de reducción del daño para las personas que consumen drogas.

C. Cero muertes relacionadas con el SIDA

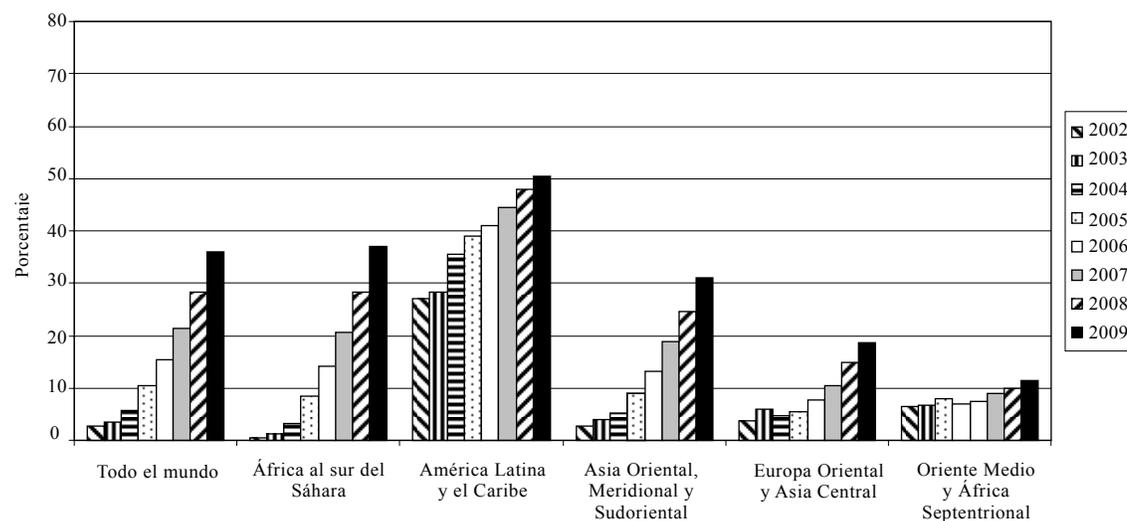
41. A pesar de avances recientes, casi dos de tres personas que pueden acogerse a la terapia carecen todavía de acceso a ella. Para transformar la respuesta es preciso administrar terapias que salvan vidas a las personas que las necesiten y se requieren también métodos nuevos y más sostenibles de tratamiento, atención y apoyo.

La cobertura, aunque en aumento, es todavía inadecuada

42. Los avances recientes en el acceso al tratamiento carecen de precedente (véase el gráfico VII). Para el fin de 2009, ocho países de ingresos bajos o medianos suministraban terapia antirretrovírica como mínimo al 80% de las personas que podían acogerse al tratamiento. En África Oriental y Meridional se han hecho avances notables.

Gráfico VII

Cobertura de la terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medianos, a nivel mundial y por región, 2002-2009



Fuente: OMS, ONUSIDA y UNICEF. *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector Progress Report 2010*.

43. Con todo, esos avances no han estado a la par de la necesidad mundial de tratamiento. En 2009, alrededor de 10 millones de personas que hubieran podido beneficiarse del tratamiento no lo recibían.

La búsqueda de acceso equitativo al tratamiento

44. A nivel mundial, la cobertura terapéutica es notablemente más reducida para los niños (28%) que para los adultos (37%). Históricamente, el acceso más limitado de los niños al tratamiento se derivó de la insuficiencia de formulaciones antirretrovíricas para los niños, las dificultades para diagnosticar el VIH entre los lactantes y el costo más elevado de los medicamentos para los niños. Actualmente se dispone de una gama amplia de formulaciones antirretrovíricas infantiles eficaces en función de los costos y una tecnología perfeccionada permite un rápido diagnóstico del VIH.

45. Las poblaciones marginadas también tienen dificultades para lograr un acceso equitativo al tratamiento, en parte de resultados de la hostilidad manifestada por muchos trabajadores de salud. Entre los 21 países que comunicaron datos sobre la utilización del tratamiento antirretrovírico entre las personas que consumían drogas inyectables, 14 países prestaban servicio a menos del 5% de esas personas.

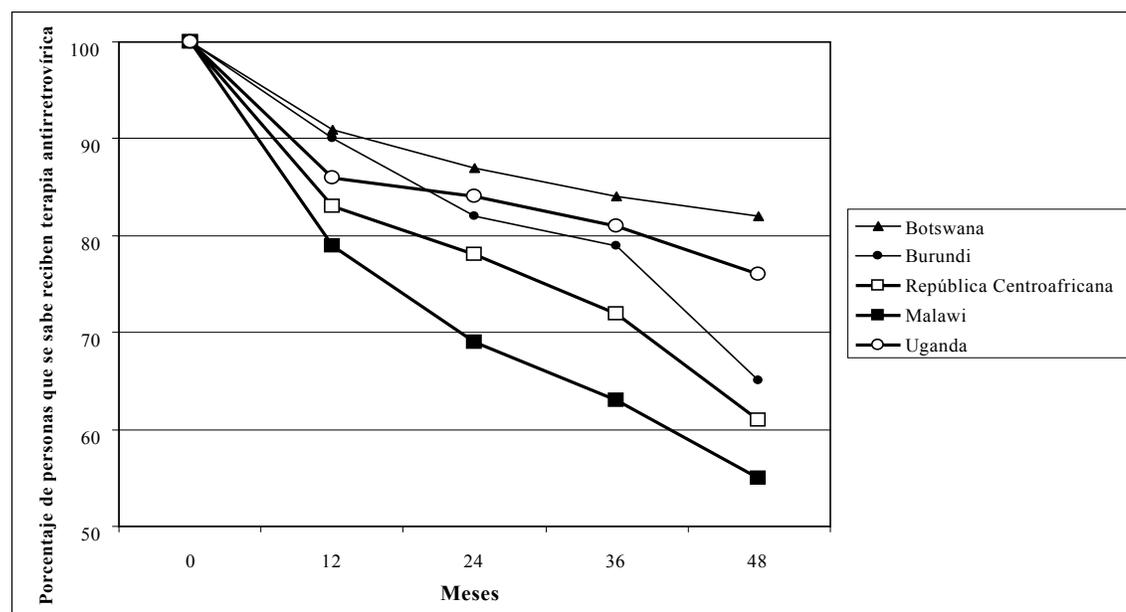
Diagnóstico oportuno y continuidad de la atención

46. Aunque las pruebas de detección del VIH han aumentado en años recientes, menos del 40% de las personas que viven con el VIH estaban al corriente de que estaban infectadas en 2009. Los adolescentes tienen especial dificultad para acudir a los servicios de detección y, a nivel mundial, solo el 6% de los niños nacidos de mujeres que viven con el VIH son sometidos a pruebas de detección. En muchos países, las tasas de administración de pruebas de detección han aumentado de manera pronunciada tras la institución de pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor, unas campañas nacionales intensivas y las iniciativas de detección móvil.

47. Mantener la continuidad de la atención de salud es esencial para lograr resultados médicos favorables en personas que viven con el VIH. En 26 países de ingresos bajos y medianos, como mínimo el 95% de todas las personas que comenzaban la terapia antirretrovírica continuaban recibiendo tratamiento al cabo de un año. Sin embargo, muchos países informan de tasas de retención significativamente inferiores (véase el gráfico VIII), incluso un país en el cual menos de la mitad de las personas que habían comenzado la terapia antirretrovírica la continuaban al cabo de un año.

Gráfico VIII

Retención de adultos en la terapia antirretrovírica en países seleccionados, 0 a 48 meses, 2009



Fuente: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector Progress Report 2010*.

48. Varios factores obstaculizan la incorporación de pacientes al tratamiento y contribuyen a la deserción, entre ellos la falta de transporte o el transporte inadecuado hasta clínicas distantes, la insuficiencia de los servicios de apoyo, los efectos secundarios que acompañan a regímenes de tratamiento subóptimos, los gastos menores que impone la adquisición de componentes distintos de los medicamentos de los servicios de tratamiento, los costos de oportunidad (como la pérdida de ingresos) vinculados a la asistencia a las clínicas y la insuficiencia de recursos humanos en el sector de la salud.

Gestión de la tuberculosis y otras condiciones concomitantes

49. La tuberculosis sigue siendo la causa principal de mortalidad entre las personas que viven con el VIH. Un enfoque más integrado de la prestación de servicios de lucha contra el VIH y la tuberculosis mejora los resultados de salud y reduce los costos de los servicios. La estrategia del ONUSIDA para 2011-2015 y el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis tienen por objeto reducir en 50% el número de defunciones por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, en comparación con 2004, mediante una mejor colaboración entre los servicios.

50. Aunque se han hecho avances importantes en la gestión de la coinfección por el VIH y la tuberculosis, sigue habiendo enormes deficiencias. En 2009, el 26% de los enfermos de tuberculosis fueron sometidos a pruebas de detección del VIH; ese porcentaje, aunque representa un aumento en comparación con el 4% registrado en 2003, dista mucho de ser adecuado. Cincuenta y cinco países informaron de que en 2009 habían sometido como mínimo al 75% de los tuberculosos a pruebas de detección del VIH, muchos de ellos en países africanos con una fuerte carga de VIH. Entre 450.000 tuberculosos seropositivos en 2009, solo el 37% recibió terapia antirretrovírica. Se informó de una deficiencia de acceso aún mayor en la detección de la tuberculosis, pues solo se sometió a pruebas de detección de la tuberculosis al 5% de las personas que vivían con el SIDA. Únicamente el 0,2% de las personas que vivían con el SIDA recibieron terapia preventiva de isoniazida.

51. En la Declaración de 2001 se exhortó a aplicar estrategias encaminadas a prestar una atención integral a las personas que vivían con el VIH. Por cuanto las personas con el VIH viven más de resultas de los avances terapéuticos, es de presumir que el cáncer y otros trastornos vinculados al envejecimiento pasarán a ser más prominentes en los servicios clínicos de lucha contra el VIH, lo que subraya la necesidad de la preparación para poder prestar una atención y un apoyo holísticos.

Atención y apoyo de niños que han quedado huérfanos o que son vulnerables a causa del VIH

52. En la Declaración de 2001 los Estados Miembros se comprometieron a aplicar políticas para crear un entorno propicio en beneficio de huérfanos y niños vulnerables, incluso el acceso a la escolaridad, el refugio, la nutrición apropiada y los servicios sanitarios y sociales. En los países hiperendémicos, la infección por el VIH es causa de que uno de cada tres niños sea huérfano. Aunque las iniciativas de protección social mejoran la situación de los niños afectados por el VIH, son pocos los niños que reciben algún apoyo externo a título gratuito. En algunos países, el porcentaje de hogares con niños huérfanos o vulnerables a causa del SIDA que reciben apoyo básico declinó en realidad entre 2005 y 2010. Muchas de las iniciativas para atender a las necesidades de la infancia siguen siendo de escala

reducida, a pesar de que más de 16 millones de niños en todo el mundo han quedado huérfanos a causa del SIDA y millones más experimentan una vulnerabilidad cotidiana de resultas de la epidemia.

53. A fin de reforzar la red de protección social de los niños afectados por la epidemia, varios países han adoptado medidas para ejecutar programas sociales de transferencias de dinero en efectivo en favor de los hogares vulnerables. Entre los países que han ampliado el acceso a la asistencia en efectivo para los hogares con niños vulnerables cabe mencionar el Gabón, Malawi, Namibia y Zambia.

IV. Cuestiones intersectoriales

54. Para hacer realidad la visión de un mundo con cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero defunciones relacionadas con el SIDA es preciso lograr un avance considerablemente mayor en diversas cuestiones de carácter intersectorial.

Igualdad entre los géneros y empoderamiento de mujeres y niñas

55. Para revolucionar la prevención del VIH debe haber avances concretos hacia una mayor igualdad entre los géneros. Esta prioridad es especialmente imperativa en el África al sur del Sáhara, donde reside el 76% de todas las mujeres que viven con el VIH y donde más de 13 mujeres por cada 10 hombres contraen la infección.

56. Este desequilibrio refleja, a más de una mayor vulnerabilidad fisiológica de las niñas y las jóvenes, una prevalencia elevada de parejas intergeneracionales, la falta de métodos preventivos controlados por la mujer y una desigualdad social y jurídica que impide que las jóvenes reduzcan su riesgo sexual. Las probabilidades de que las mujeres vivan con el VIH guardan una correlación inversa con su nivel de instrucción, circunstancia que destaca la importancia de las iniciativas de educación universal para disminuir la vulnerabilidad al VIH. Las mujeres soportan además una parte desproporcionada de la carga de la prestación de los cuidados relacionados con el VIH y con frecuencia tienen más probabilidades de ser víctimas de la discriminación.

57. A pesar de los enormes estragos de la epidemia entre mujeres y niñas, menos de la mitad de los países han consignado recursos presupuestarios específicos para los programas de lucha contra el VIH en beneficio de mujeres y niñas. La prevalencia de la violencia basada en el género es de hasta el 50% en algunos países, y una de cuatro mujeres en el África al sur del Sáhara informa de que su primera experiencia sexual fue forzada. Existen pocos programas para incorporar a hombres y jóvenes a las iniciativas para eliminar la violencia basada en el género e inculcarles normas más sanas respecto del género. La tolerancia cero de la violencia basada en el género debe ser un objetivo compartido.

Una financiación robusta y sostenida para la respuesta

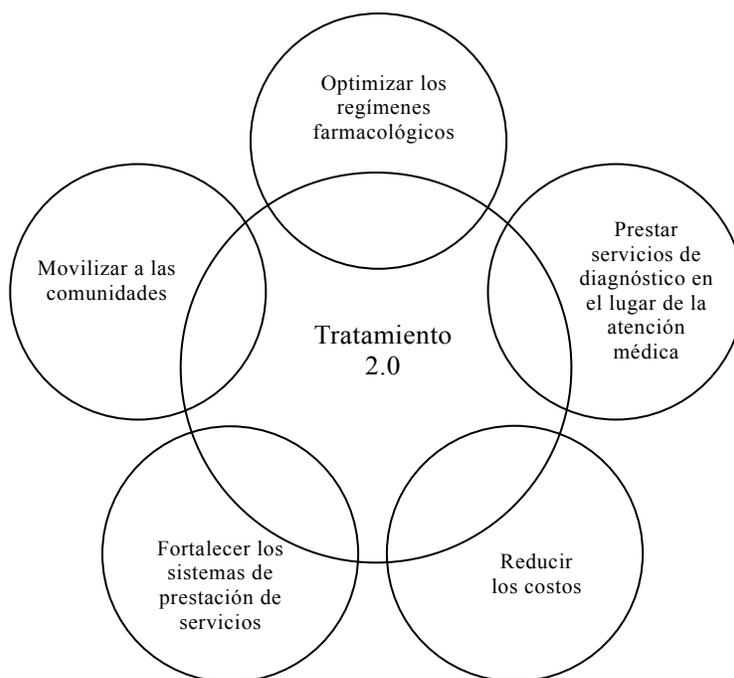
58. Solo una percepción colectiva de responsabilidad y rendición de cuentas compartidas podrá asegurar que la respuesta esté dotada de recursos suficientes en los años por venir. En 2009, los países de ingresos bajos y medianos representaban el 52% del gasto destinado al VIH. Sin embargo, muchos países de bajos ingresos siguen dependiendo casi enteramente del apoyo externo.

59. Muchos países, incluso algunos con epidemias severas y crecientes, no han atribuido a la respuesta la prioridad que esta merece. Los países de ingresos medianos, en particular, debieran sufragar sus propios gastos relacionados de lucha contra el VIH, con la posible excepción de algunos países hiperendémicos que han de necesitar una asistencia continuada. Los países de bajos ingresos, en su mayoría, continuarán dependiendo de la asistencia internacional en la lucha contra el SIDA en años futuros, circunstancia que destaca la necesidad de utilizar más eficazmente los recursos, racionalizar los regímenes de presentación de informes impuestos por los donantes, armonizar las estrategias y las instituciones nacionales y proveer una financiación más previsible. Sin embargo, incluso los países de bajos ingresos han de desempeñar un papel importante en la financiación y la asunción de la autoría de sus respuestas. La financiación a largo plazo de la respuesta subraya la apremiante necesidad de aportar un apoyo sostenido al Fondo Mundial.

60. Al tiempo que se empeñan esfuerzos por movilizar nuevos recursos con destino a la respuesta, se debe intensificar la atención centrada en elevar al máximo el uso eficiente de los recursos disponibles. El enfoque denominado “Tratamiento 2.0”, una nueva plataforma terapéutica lanzada por el ONUSIDA en 2010 (véase el gráfico IX), tiene por objeto optimizar los beneficios a largo plazo del tratamiento del VIH y, al propio tiempo, instituir medidas que realcen la eficiencia.

Gráfico IX

Los cinco pilares del Tratamiento 2.0



61. Es esencial reducir los costos de los artículos relacionados con la lucha contra el VIH. En años recientes se ha observado una disminución en el número de países que autorizan un régimen flexible en la normativa sobre derechos de propiedad intelectual y un aumento de los acuerdos comerciales bilaterales y regionales que

obran en detrimento de la capacidad de los países para elevar al máximo ese margen de flexibilidad para fomentar el acceso a medicamentos esenciales.

Afianzamiento de una capacidad sostenible

62. En las Declaraciones de 2001 y 2006 se reconoce la importancia de fortalecer los sistemas. Los problemas que plantea la epidemia para los sistemas de salud frágiles se ponen particularmente en evidencia en el África al sur del Sáhara, donde residen más de dos de cada tres personas que viven con el VIH, pero solo hay el 3% de los proveedores de atención de salud del mundo. Se echan de ver signos alentadores de resiliencia a medida que los sistemas de salud se empeñan en ponerse a la altura de las exigencias de la epidemia. El número de establecimientos sanitarios que administran terapia antirretrovírica se elevó en el 36% entre 2008 y 2009. Los estudios indican que los programas de lucha contra el VIH confieren beneficios generales a los sistemas de salud, modernizan las clínicas, fortalecen la adquisición de los artículos necesarios y la gestión de los suministros y crean capacidades nacionales de supervisión y evaluación.

63. Las deficiencias subyacentes de los sistemas de salud siguen obrando en perjuicio de las iniciativas encaminadas a ampliar el acceso a los servicios. De los 94 países que presentaron informes, el 38% había agotado sus existencias de medicamentos por lo menos una vez en 2009. Los modelos actuales para ampliar el tratamiento, con un elevado grado de densidad de hospitales y médicos, refuerzan los efectos de las insuficiencias de profesionales de la salud y subrayan la necesidad de aumentar el traslado de prestaciones clínicas a personal de menor categoría. Los estudios confirman que un uso ampliado de enfermeros, personal de categoría intermedia y legos en los establecimientos que administran terapia antirretrovírica puede producir excelentes resultados de salud e incluso a veces superiores. Innovaciones similares se precisan en la prestación de servicios de prevención.

64. Aunque el liderazgo y la prestación de servicios, a nivel comunitario, serán esenciales para el éxito en el futuro, muchas comunidades carecen de capacidades para optimizar sus contribuciones a las respuestas nacionales. Los donantes deben allegar los recursos y el apoyo técnico que las comunidades necesitan, incluida una compensación adecuada por la labor realizada, y los gobiernos nacionales deben asegurarse de que las comunidades puedan actuar como asociados de pleno derecho en la formulación, aplicación y supervisión de las estrategias sobre el SIDA. También es preciso aumentar el apoyo para fortalecer los sistemas nacionales de protección social, con objeto de mejorar los esfuerzos por mitigar las repercusiones de la epidemia.

Expansión de los datos empíricos para la adopción de medidas

65. Es preciso empeñar un mayor esfuerzo en las investigaciones para acelerar el descubrimiento de una cura, desarrollar una vacuna segura y eficaz, acelerar la formulación de nuevas tecnologías de prevención y comprender y abordar mejor las vulnerabilidades subyacentes. Se precisan estudios focalizados que aceleren la introducción de nuevos instrumentos de prevención, identifiquen estrategias más eficaces para aumentar las pruebas de detección del VIH, pongan en contacto a los seropositivos con servicios permanentes de atención médica de alta calidad y aumenten las tasas de observancia del régimen de medicación. Se precisan esfuerzos especiales para ampliar el apoyo a los estudios generados por las comunidades y la documentación de las mejores prácticas.

Integración de la respuesta en los esfuerzos de salud y desarrollo más generales

66. Es menester elevar al máximo la sinergia entre las prioridades relacionadas con el VIH y otras prioridades de salud y desarrollo. Se estima que 260.000 niños murieron de causas relacionadas con el SIDA en 2009, y el VIH es un factor clave en el 20% de todas las defunciones maternas. El VIH ahonda la pobreza, agrava el hambre y contribuye a unas tasas más elevadas de infección por tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. A la recíproca, el progreso en otras prioridades del desarrollo, como la escolaridad universal, la igualdad entre los géneros y el fortalecimiento de los sistemas de salud, coadyuva a mejorar las respuestas al VIH. Para lograr esa sinergia hay que integrar el VIH en los programas más generales de desarrollo en los niveles de planificación estratégica, prestación de servicios, sensibilización y fomento de las asociaciones.

El VIH y la seguridad

67. Ha habido cambios significativos en el panorama de las crisis demográficas y los conflictos. La evolución de los problemas y la aparición de nuevos riesgos refuerzan la necesidad de fortalecer las respuestas del VIH en el contexto de las iniciativas de las Naciones Unidas para prevenir el conflicto, promover la seguridad, afianzar Estados frágiles y consolidar la paz. Se necesita un nuevo curso de acción que movilice a los millones de efectivos uniformados como agentes importantes del cambio —especialmente para combatir todo tipo de violencia contra las mujeres— y armonice las estrategias de prevención del VIH con las operaciones durante los conflictos, y después de los conflictos y las operaciones de consolidación de la paz.

V. Llamamiento a la acción: cinco recomendaciones

68. En esta crítica coyuntura, es menester reconfigurar de manera extraordinaria la respuesta al VIH para hacer realidad el objetivo de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA. A ese fin hay que revitalizar el liderazgo político hacia unas respuestas más focalizadas, eficientes y sostenibles, en armonía con los programas más generales de salud, desarrollo y derechos humanos.

69. El Secretario General hace un llamamiento a todos los dirigentes para que aprovechen este punto de inflexión en la epidemia: una transición del SIDA en la cual es un objetivo viable que el número de personas con nuevas infecciones sea inferior al de las personas que comienzan a recibir tratamiento. La comunidad internacional debe intensificar sus esfuerzos, por un lado, para poder lograr, para 2015, el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH y otros objetivos que aún no se han logrado de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001 y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA de 2006 y, por el otro, para llevar adelante el programa de acción del documento final de 2010 titulado “Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (véase la resolución 65/1 de la Asamblea General).

70. Cada uno de los aspectos de la respuesta debe reflejar el compromiso compartido de lograr una transformación social en cuanto a la salud, el desarrollo y los derechos humanos. Debe estimular a los dirigentes a adoptar medidas audaces

para lograr esa transformación. Debe asegurar que se mantenga la prioridad política de la respuesta al VIH, se la rescate de su aislamiento y se la apalanche a fin de reforzar la trama social de nuestras sociedades. Debe fortalecer los sistemas que prestan servicios críticos a las personas más vulnerables y marginadas de nuestras comunidades.

A. Poner fin a las nuevas infecciones por el VIH

71. Poner fin a las nuevas infecciones exige responder ante un mundo en rápido proceso de cambio, caracterizado, cada vez más, por la urbanización, la movilidad humana y la inseguridad. A treinta años del inicio de la epidemia, los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH están cada vez más unificados con la mira de lograr eficientemente los resultados compartidos de un menor número de nuevas infecciones y un menor número de muertes. Por lo tanto, es esencial que las personas que viven con el SIDA estén en el centro mismo de la respuesta. Hay que reconocer que la inclusión, la no discriminación, el pragmatismo y la compasión reportarán beneficio, no solo para la respuesta al VIH, sino también respecto de todas las prioridades de salud, desarrollo y derechos humanos.

72. En consecuencia, el Secretario General insta a todos los Estados Miembros, a la sociedad civil, al sector privado y a otros actores a liderar una revolución en la prevención que encauce la energía de los jóvenes y se sirva de las posibilidades de las nuevas modalidades de conexión y comunicaciones que están transformando el mundo, que derogue las leyes punitivas que obstaculizan unas respuestas eficaces y que asegure que se empodere a las personas para protegerse a sí mismas, a sus parejas y a sus familias contra el VIH, mediante la adopción de las siguientes acciones:

a) Comprometerse a prevenir el número máximo de infecciones por el VIH por cada unidad monetaria del gasto mediante la focalización en esfuerzos basados en datos empíricos y en los derechos de las poblaciones que representan el porcentaje más elevado de nuevas infecciones y saturar los puntos de máxima transmisión con intervenciones comprobadas, tales como la promoción del uso de condones femeninos y masculinos, la circuncisión masculina, el tratamiento como medio de prevención, la reducción del daño para los consumidores de drogas y las modalidades de “salud, dignidad y prevención positivas”, que establecen un nexo entre las necesidades sociales y de salud de quienes viven con el VIH, en un marco de derechos humanos;

b) Asegurar que los regímenes jurídicos, políticos y sociales posibiliten unas respuestas eficaces al VIH —incluso mediante leyes de protección, un cumplimiento de la ley favorable y el acceso a la justicia—, a fin de erradicar el estigma y la discriminación vinculados al VIH y habilitar un acceso equitativo a la información y a los servicios relacionados con el VIH, en especial en favor de los consumidores de drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que compran y venden servicios sexuales, los jóvenes y las poblaciones afectadas por situaciones humanitarias;

c) Ampliar la cuantía de las inversiones en investigaciones para acelerar el desarrollo de vacunas, los métodos controlados por las mujeres, los microbicidas y otros instrumentos de prevención y realzar la colaboración entre los hombres de ciencia, el sector privado, los gobiernos y las comunidades, con objeto de acelerar la introducción de nuevos instrumentos validados a medida que estos emergen y lograr un acceso equitativo a esos nuevos instrumentos.

B. Compartir responsabilidades y afianzar la autoría en pro de resultados sostenibles

73. Aunque en 2010 se dispuso de 16.000 millones de dólares para la respuesta mundial, sigue habiendo un déficit importante entre las necesidades de inversión, por un lado, y las necesidades de recursos, por el otro, y ese déficit va en aumento. Es imperativo asegurar la sostenibilidad de los esfuerzos, incluida la protección del acceso a favor de más de 6 millones de personas que reciben tratamiento en países de ingresos bajos y medianos y también asegurar el acceso a los millones que todavía lo necesitan. Los países deben asumir un compromiso de solidaridad mundial, sustentada en los principios de responsabilidad compartida, auténtica autoría nacional y mutua rendición de cuentas. El Sur mundial debe asumir un mayor liderazgo en la gobernanza de las respuestas al SIDA en todos los niveles. La respuesta al SIDA debe ser la seguía de la solidaridad mundial en pro de la salud como derecho humano y allanar el camino hacia una futura convención marco de las Naciones Unidas sobre la salud mundial.

74. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros y a todos los actores en la respuesta al VIH a que adopten las acciones que se mencionan seguidamente para forjar un marco revitalizado de solidaridad mundial, encaminado a lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH para 2015:

a) Asumir un liderazgo inclusivo y responsable y crear un espacio para el debate nacional sobre las prioridades, las inversiones estratégicas, las medidas de protección social y legal para propiciar una autoría y un acceso más amplios a los derechos, asegurando que quienes viven con el SIDA y son vulnerables a este —tanto jóvenes como ancianos— puedan actuar como asociados en la gobernanza, el diseño, la ejecución y la evaluación de la respuesta;

b) Cumplir los compromisos de participación equitativa para atender las necesidades de inversión, por conducto de los cuales los donantes internacionales hacen realidad sus compromisos de financiación previsible a largo plazo y se amplían de manera significativa las inversiones nacionales en países de ingresos bajos y medianos, las nuevas potencias políticas y económicas asumen su parte en el liderazgo internacional y regional de la respuesta al SIDA y se expanden los mecanismos de financiación innovadores;

c) Apoyar activamente y fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales, los sistemas comunitarios y los recursos humanos en salud a fin de elaborar respuestas basadas en datos empíricos y derechos, incluso mediante la promoción de la cooperación Sur-Sur y el uso del apoyo técnico de fuentes regionales.

C. Interrumpir la trayectoria ascendente de los costos

75. Las respuestas nacionales deben pasar de la gestión de crisis a la gestión del cambio. El éxito depende de que los recursos se focalicen en medidas que produzcan resultados y eficiencia, al tiempo que fomenten respuestas cuyos autores sean los países y las personas mismas. El fortalecimiento de las instituciones nacionales y comunitarias y la democratización de la solución de problemas plasmarán en unas respuestas más apropiadas y de autoría más generalizada y una atención centrada en el

paciente, a costos más económicos, todo lo cual servirá para impulsar la sostenibilidad a largo plazo.

76. En consecuencia, el Secretario General insta a los gobiernos, a la sociedad civil, al sector privado y a otros actores a que se comprometan a adoptar las acciones que se mencionan seguidamente para interrumpir la trayectoria ascendente de los costos y ejecutar unos programas más eficientes y sostenibles:

a) Catalizar innovaciones que generan eficiencias en el acceso al tratamiento, incluso mediante el programa Tratamiento 2.0, mediante el fomento del desarrollo, en cooperación con la industria farmacéutica, de regímenes de medicamentos más asequibles y resilientes, menos tóxicos, de efecto más prolongado y de más fácil uso, por medio de una ampliación significativa del acceso a los centros de diagnóstico y los instrumentos de supervisión clínica, el apoyo a los países para que puedan servirse plenamente de los márgenes de flexibilidad inherentes en la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y la salud pública, y asegurar que otros acuerdos comerciales no obren en detrimento de esos márgenes de flexibilidad, a través de una expansión de las patentes mancomunadas y la mejora del acceso a todos los medicamentos esenciales a precios sostenibles;

b) Maximizar la eficiencia de los gastos no relacionados con medicamentos, incluso mediante la descentralización de los servicios, la redistribución de tareas y el fortalecimiento de las capacidades de los trabajadores de salud comunitarios y el reforzamiento de los sistemas comunitarios y los enfoques basados en derechos en la prestación de servicios;

c) Colaborar con los asociados para velar porque se saque provecho de las sinergias entre la respuesta al VIH y las iniciativas encaminadas a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluso mediante la intensificación de los esfuerzos para encarar de manera coherente la coinfección por el VIH y la tuberculosis, el apalancamiento de la respuesta al SIDA para mejorar los resultados de salud materna, infantil y sexual y reproductiva y la integración de los servicios relacionados con el VIH con el apoyo alimentario y nutricional y, cuando corresponda, los servicios para enfermedades crónicas, incluida la prestación de cuidados paliativos y la lucha contra las infecciones oportunistas, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la hepatitis C.

D. Fomentar una revolución social en favor de las mujeres y las niñas

77. La desigualdad entre los géneros, las normas perjudiciales en las relaciones entre los géneros y la violencia obran en detrimento de la capacidad de las mujeres y las niñas para protegerse contra el VIH y, por lo tanto, alimentan la epidemia. El establecimiento de ONU-Mujeres y de la campaña titulada “Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres” marcan una nueva fase en el compromiso de las Naciones Unidas y de los Estados Miembros en pro de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer. Los movimientos de lucha contra el VIH y los movimientos femeninos deben aunar esfuerzos para empoderar a las mujeres y las niñas, especialmente a las jóvenes, para que estén enteradas de sus derechos y exijan su observancia, incluida la protección contra la coerción y la violencia sexuales y el

acceso a programas relacionados con el VIH sensibles a las diferencias de género y transformadores de los aspectos relacionados con el género.

78. En consecuencia, el Secretario General insta a todas las partes interesadas a velar por que la condición jurídica y social de las mujeres y las niñas en nuestras sociedades y nuestras respuestas al VIH propicien su salud, sus derechos humanos, su seguridad y su dignidad, incluso mediante las siguientes acciones:

a) Adoptar medidas concretas, desde los hogares hasta los parlamentos, para empoderar a las mujeres y a las niñas, mediante la derogación de normas perjudiciales para los géneros, el establecimiento de regímenes jurídicos que otorguen igualdad de derechos y de acceso a la justicia y a la seguridad a las mujeres y las niñas, la protección de los derechos de las mujeres y las niñas que viven con el VIH, incluso sus derechos de salud sexual y reproductiva y sus derechos humanos, el fortalecimiento de la protección de los programas de protección social, atención y apoyo para los niños afectados por el SIDA y la ampliación de la escala de los programas para eliminar la violencia basada en el género como causa y consecuencia del VIH en los que también participen hombres y niños;

b) Asegurar que las repuestas nacionales estén en consonancia con las necesidades específicas de las mujeres y las niñas en relación con el VIH, en todo el ciclo de su vida, y encarar y erradicar activamente las brechas en el acceso a la información, los servicios y los artículos relacionados con el VIH debidas a la desigualdad entre los géneros, incluso en el caso de mujeres y niñas afectadas por situaciones humanitarias;

c) Respalda la estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño y el “Programa para acelerar la acción nacional sobre mujeres, niñas, igualdad de género y VIH” del ONUSIDA, con objeto de configurar un paquete integral e integrado de VIH, tuberculosis y salud sexual y reproductiva que atienda a las necesidades sanitarias más amplias de las mujeres y las niñas, incluidos huérfanos, apalanque los servicios para prevenir la transmisión vertical del VIH como punto de entrada para prestar diversos servicios a las mujeres, los niños y las familias.

E. Asegurar la mutua rendición de cuentas respecto del acceso universal

79. Si bien son esenciales para alcanzar el acceso universal, el compromiso político, los recursos humanos y el apoyo financiero sostenidos, no bastan para garantizar los resultados. La clave del éxito radica en unos regímenes robustos de rendición de cuentas. Esos regímenes deben empezar con sistemas de reunión y análisis de datos que se traduzcan en políticas y programas adaptados a las poblaciones, las modalidades de transmisión, los contextos geográficos y las lagunas programáticas, jurídicas y estructurales de la respuesta.

80. En consecuencia, el Secretario General recomienda que los Estados Miembros, la sociedad civil y otras partes interesadas se comprometan a forjar mecanismos robustos de mutua rendición de cuentas para plasmar en acción los compromisos mediante las siguientes acciones:

a) Establecer objetivos nacionales para lograr plenamente el acceso universal basado en métodos de “conocer tu epidemia y tu respuesta”; colaborar con el ONUSIDA para elaborar un marco revisado de indicadores mundiales básicos que

respondan a los nuevos compromisos y objetivos mundiales; realizar exámenes periódicos e inclusivos, informados por datos empíricos y basados en derechos, de los avances en la consecución de los objetivos nacionales; y, con el respaldo del ONUSIDA, presentar un informe de progreso al Secretario General de conformidad con la presentación mundial de informes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el acto especial de la Asamblea General que se celebrará en 2013 para examinar las medidas adoptadas para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los ulteriores exámenes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

b) Establecer un mecanismo de exámenes regionales anuales por homólogos, organizados por los órganos políticos regionales competentes, con el respaldo de las respectivas comisiones regionales de las Naciones Unidas y del ONUSIDA, que faciliten la participación de los ministerios de salud y de otros ministerios no tradicionales, pero sin embargo esenciales, como los ministerios de justicia, hacienda, seguridad pública y cumplimiento de la ley;

c) Determinar las funciones sustantivas (tales como la copresidencia), así como el apoyo financiero, en relación con la participación, en los exámenes nacionales y regionales, de delegaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas, incluso las personas que viven con el VIH, los consumidores de drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que compran y venden servicios sexuales y los jóvenes.

Objetivos mundiales para 2015

Al comprometerse con la visión de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA, la comunidad internacional debe responsabilizarse de alcanzar los objetivos compartidos que reprogramarán el futuro por generaciones. En la estrategia del ONUSIDA para 2011-2015 se enuncian diversos objetivos ambiciosos para orientar y galvanizar al sistema de las Naciones Unidas y a toda la respuesta mundial, a fin de producir resultados transformadores.

Con objeto de acelerar el progreso en la consecución de todos los objetivos enunciados en la estrategia del ONUSIDA, asumir el compromiso de producir efectos cuantificables en las vidas de las personas más afectadas y focalizar los esfuerzos en los pilares más críticos de la respuesta, el Secretario General insta a la comunidad mundial a adoptar los siguientes objetivos para 2015:

a) Debemos responder al imperativo de la prevención. Los costos humanos, sociales, económicos y, por ende, políticos de una acción insuficiente serán extremadamente elevados. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros a comprometerse a reducir en 50% la transmisión sexual del VIH, incluso entre poblaciones clave, tales como los jóvenes y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en el contexto del trabajo sexual, y de prevenir todas las nuevas infecciones por el VIH de resultados del consumo de drogas inyectables;

b) La solidaridad mundial ha llevado los beneficios del tratamiento a más de 6 millones de personas que viven con el VIH. Mediante la innovación, en los medicamentos, los precios y los sistemas de administración, es posible reducir los costos, prevenir nuevas infecciones y lograr un acceso universal al tratamiento. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros a asegurar que 13 millones de personas puedan recibir tratamiento contra el VIH para 2015;

c) La tuberculosis sigue siendo la principal causa de mortalidad entre quienes viven con el VIH, a pesar de ser la más prevenible y curable. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros a comprometerse a reducir en 50% la mortalidad por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH;

d) Es una grave injusticia mundial que 370.000 recién nacidos contraigan el VIH anualmente en los países de ingresos bajos y medianos, en tanto la transmisión vertical virtualmente ha sido eliminada en los países de ingresos elevados. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros a que concierten esfuerzos para eliminar la transmisión vertical del VIH, preservando así la vida de las madres, impidiendo que los niños queden huérfanos y mejorando la salud de las mujeres, los niños y las familias;

e) Los niños siguen sufriendo los grandes efectos de la epidemia, que imponen una enorme carga a quienes les prestan cuidados. Los niños que han perdido a ambos padres tienen un acceso más limitado a la educación que los niños que aún conservan a sus padres. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros a que se comprometan a asegurar que a los niños más vulnerables afectados por el SIDA se les brinde apoyo para continuar en la escuela, incluso mediante el establecimiento de entornos de enseñanza seguros que no los estigmaticen y la expansión de los programas de protección social y de atención y apoyo en beneficio de las familias más vulnerables, con el objetivo de lograr igualdad de acceso a la educación entre huérfanos y niños que no son huérfanos para 2015;

f) La discriminación institucionalizada que se focaliza en las personas que viven con el VIH sigue socavando todos los esfuerzos que se hacen en la respuesta al SIDA. En consecuencia, el Secretario General insta a los Estados Miembros a que se comprometan a reducir en 50% el número de países que aplican restricciones relacionadas con el SIDA a la entrada, la estadía y la residencia en su territorio.

81. El Secretario General abriga la firme convicción de que estos seis objetivos son viables. Esa convicción se sustenta en el historial de la respuesta al SIDA: un historial caracterizado por el coraje humano y orientado por las personas que viven con el VIH, que ha reconfigurado las aspiraciones humanas, transformado las instituciones y producido resultados notables contra obstáculos excepcionales.

82. Las Naciones Unidas han desempeñado una parte importante en este historial. El ONUSIDA sigue siendo el elemento central de estas actividades. En medio de una proliferación de esfuerzos en pro del desarrollo, el ONUSIDA ha sido el modelo de la reforma de las Naciones Unidas en acción y ha unido a la comunidad mundial en torno de un programa compartido, que expresa las demandas de los pueblos y cataliza el compromiso y la acción en todos los niveles.

83. Mediante una labor concertada para dar efecto a estas recomendaciones, la comunidad internacional podrá hacer realidad estos objetivos para 2015 y hacer un avance extraordinario y unificado hacia un mundo de “cero, cero, cero”.