



Asamblea General

Distr. general
7 de abril de 2009
Español
Original: inglés

Sexagésimo tercer período de sesiones

Tema 41 del programa

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

Progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y de la Declaración política sobre el VIH/SIDA

Informe del Secretario General

En la mayoría de los países, sigue siendo legal discriminar a las mujeres, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas y las minorías étnicas. Esta situación debe cambiar. Exhorto a todos los países a cumplir sus compromisos de promulgar o aplicar legislación en la que se tipifique como delito la discriminación contra las personas que viven con el VIH y las pertenecientes a grupos vulnerables... En los países que carecen de leyes para proteger a los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas y los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, sólo una parte de la población tiene acceso a la atención preventiva. Por el contrario, en los países donde existen salvaguardias legales y se protegen los derechos humanos de estas personas, son muchos más lo que disponen de acceso a estos servicios. Como consecuencia, es menor el contagio, hay menor demanda de tratamiento antirretroviral y se reduce el número de muertes. La falta de protección a estos grupos no sólo no es ética, sino que carece de sentido desde la perspectiva de la salud. Nos perjudica a todos.

Secretario General Ban Ki-moon
Conferencia Internacional sobre el SIDA
México D.F., 3 de agosto de 2008



Resumen

En el presente informe se incluye información actualizada sobre los progresos en la respuesta al SIDA, se expresa un gran interés en los objetivos acordados para 2010, se recomiendan medidas clave para acelerar el avance en el proceso y se exhorta a la renovación del compromiso de lograr el acceso universal a la prevención del VIH y al tratamiento, la atención y el apoyo para 2010.

En junio de 2008, la Asamblea General, en su reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, evaluó los progresos realizados en la respuesta a la epidemia mundial del VIH. Los informes de 147 países mostraron que se habían logrado importantes avances en ámbitos como las terapias retrovirales y la prevención de la transmisión de madre a hijo. A estos logros ha contribuido un buen número de partes, entre otras, los gobiernos nacionales, la sociedad civil y las personas que viven con el VIH. El Gobierno de los Estados Unidos ha destinado 18.800 millones de dólares a la lucha contra el SIDA durante los últimos cinco años, y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha ofrecido tratamientos antirretrovirales a aproximadamente dos millones de personas.

Pese a estos datos tan alentadores, siguen existiendo dificultades considerables, como las importantes deficiencias existentes en el acceso a servicios esenciales relacionados con el VIH. La tasa de las nuevas infecciones continúa aventajando a la ampliación de los programas de tratamiento, y el compromiso en materia de prevención del VIH sigue siendo insuficiente. Si bien es cierto que los fondos disponibles para la lucha contra el VIH en los países de bajos y medianos ingresos se incrementaron desde 11.300 millones de dólares en 2007 a 13.700 millones de dólares en 2008, la situación económica mundial ha experimentado un grave deterioro desde la reunión de alto nivel de 2008. Dado que la lucha contra el VIH es una de las inversiones más sólidas que se pueda realizar en el plano mundial, resulta vital mantener y reforzar los compromisos con las iniciativas relativas al VIH en un contexto económico desfavorable.

Sobre la base de los compromisos acordados en el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/SIDA, celebrado en 2001, los Estados Miembros decidieron en 2006 avanzar con el fin de lograr para 2010 el objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención y a los servicios de tratamiento, atención y apoyo. Hasta febrero de 2009, 111 países habían establecido objetivos específicos para el país en materia de acceso universal, mediante un amplio proceso de consulta nacional.

El compromiso de lograr el acceso universal refleja un imperativo impuesto por los derechos humanos y está refrendado por muchas otras obligaciones contraídas por los Estados Miembros con miras a proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y de aquéllas vulnerables a la infección por el VIH. Sin embargo, muchos países cuentan con leyes y políticas que no se ajustan a los compromisos y que conllevan una reducción del acceso a servicios y productos esenciales en relación con el VIH. En 2007, según los informes, un tercio de los países seguía careciendo de leyes que prohibieran la discriminación en materia del VIH, y muchos de los que contaban con este tipo de legislación tenían problemas para aplicarla adecuadamente. En total, 84 países señalaron en sus informes que tenían leyes y regulaciones que obstaculizaban la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo

efectivos de los grupos vulnerables de la población. Además, en aproximadamente 60 países existían leyes que restringían la salida, estancia o residencia de las personas que viven con el VIH sin otro criterio que el de ser VIH-positivo. Por último un número creciente de países ha promulgado legislación excesivamente amplia en la que se tipifica como delito la transmisión o la exposición al VIH, junto con el hecho de no revelar la condición de VIH-positivo. Es probable que este tipo de medidas impulse a las personas a eludir las pruebas de VIH, lo cual frustra los esfuerzos para lograr el acceso universal.

El perfeccionamiento de los métodos analíticos ha permitido a los países definir mejor el alcance y las pautas de las epidemias que los afectan, seleccionar las medidas adecuadas y adaptar estrategias basadas en los datos para abordar los condicionantes concretos de su contexto nacional. La adaptación estratégica de la respuesta nacional potencia los resultados de los programas del VIH y reduce el derroche y la insuficiencia. La mejora de los sistemas de seguimiento y evaluación también permite a los países revisar sus estrategias nacionales conforme a la evolución de su tipo concreto de epidemia a lo largo del tiempo. En sus iniciativas para armonizar las estrategias nacionales con sus circunstancias reales, los países deben trabajar para comprender y abordar los condicionantes sociales y estructurales del riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH, tales como las desigualdades basadas en el género, la marginación social, el estigma y la discriminación.

La epidemia del VIH plantea un desafío mundial a largo plazo y exige un compromiso continuado para garantizar una respuesta efectiva de largo alcance. A medida que aumenta la cobertura y la calidad de los programas del VIH, es necesario redoblar los esfuerzos para reforzar los aspectos relativos a la salud, los servicios sociales y otros sectores clave, e integrar la atención del VIH con la de la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva y otros servicios sanitarios. Una respuesta al SIDA a largo plazo solo será sostenible si se mejoran sustancialmente los resultados en cuanto a la reducción de la tasa de nuevos infectados por el VIH, al tiempo que se ofrecen servicios de calidad óptima a las personas que viven con el VIH. Ampliar el alcance de una combinación adecuada de estrategias de prevención del VIH que incorpore los aspectos relativos al comportamiento, biomédicos y estructurales reduciría en más de la mitad el total de nuevas infecciones del VIH desde el momento actual hasta 2015. No obstante, el acceso a dicha estrategia mixta sigue estando rigurosamente limitado en la mayoría de los países. Según los cálculos actuales, lograr los objetivos nacionales de acceso universal antes de 2010 requerirá un desembolso anual de 25.000 millones de dólares en el plazo de dos años, lo que exige un compromiso renovado por parte de todas las fuentes de financiación relacionadas con el VIH. El mantenimiento de una respuesta efectiva frente al SIDA requerirá un grado inédito de liderazgo a todos los niveles que deberá incluir a los gobiernos, la sociedad civil y las comunidades afectadas.

Principales recomendaciones

Todas las partes interesadas deben reafirmar su compromiso de avanzar con miras al logro del objetivo del acceso universal a la prevención del VIH y al tratamiento, la atención y el apoyo para 2010.

Las estrategias nacionales de prevención deben abordar las necesidades nacionales y locales, teniendo en cuenta las pautas de las epidemias que afectan al país y los datos constatados de las soluciones que resultan eficaces para prevenir la transmisión del VIH en el ámbito individual, comunitario y del conjunto de la sociedad.

La financiación anual procedente de todas las fuentes debe incrementarse hasta los 25.000 millones de dólares antes de 2010 para cumplir los objetivos nacionales de acceso universal. Los dirigentes mundiales deben estudiar y apoyar mecanismos de financiación innovadores para el VIH y otros desafíos en el ámbito del desarrollo.

Es necesario mejorar la legislación y el cumplimiento de la ley, y se deben ampliar los programas que refuerzan el acceso a la justicia para prevenir la discriminación de las personas que viven con el VIH y de los grupos vulnerables a la infección. Deben eliminarse las restricciones impuestas a los viajeros en relación con el VIH. La tipificación como delito de la transmisión del VIH debe limitarse a la transmisión deliberada. Es necesario derogar las leyes que entorpecen u obstaculizan el acceso a los servicios de los trabajadores del sexo, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y los usuarios de drogas inyectadas.

Todas las partes interesadas deben comprometerse sin reservas a actuar con la máxima transparencia y responsabilidad en la respuesta mundial, a través de medidas que incluirán la presentación periódica de informes sobre las obligaciones contraídas en el ámbito nacional e internacional.

I. Introducción

1. La Asamblea General, en su reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, celebrada en junio de 2008, evaluó los progresos realizados en la lucha contra la epidemia mundial de VIH y los logros conseguidos hasta la fecha en el cumplimiento de los objetivos con plazos definidos que los Estados Miembros adoptaron por unanimidad en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001. Dichos compromisos fueron reiterados en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006, en la que los Estados Miembros prometieron avanzar en el objetivo de lograr para 2010 el acceso universal a la prevención del VIH, el tratamiento, la atención y el apoyo.

2. En los informes presentados por 147 países se describieron los siguientes logros fundamentales:

a) Un incremento del 47% en 2007 en el acceso a los tratamientos antirretrovirales (hasta los 3 millones de adultos en los países de ingresos bajos y medios). La cobertura de los tratamientos antirretrovirales infantiles prácticamente se triplicó entre 2005 y 2007. En tan solo cinco años, la cobertura antirretroviral en circunstancias donde los recursos son limitados se multiplicó por 10, lo que supuso la primera reducción en el número total de muertes por SIDA desde que la epidemia se identificó por primera vez a principios de la década de 1980;

b) El porcentaje de mujeres embarazadas infectadas de VIH que recibieron servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo ascendió del 15% en 2005 al 33% en 2007;

c) La disminución de la prevalencia del VIH entre las jóvenes embarazadas en varios países africanos de elevada prevalencia deja entrever que las iniciativas de prevención del VIH en la región están teniendo como resultado cambios significativos en el comportamiento sexual.

3. Estos alentadores progresos reflejan la repercusión del inmenso trabajo de quienes participan en la respuesta al SIDA. Sin embargo, en la reunión de alto nivel también se destacaron deficiencias y carencias cruciales en las iniciativas en curso:

a) En total, el 70% de las personas que necesitaron tratamientos antirretrovirales en 2007 siguió privado de acceso;

b) En 2007, por cada dos personas que iniciaron el tratamiento antirretroviral, otras cinco contrajeron el VIH;

c) En 11 países de elevada prevalencia, el 85% de los niños huérfanos o en situación precaria a consecuencia del VIH vivía en hogares que no recibieron ningún tipo de asistencia en 2007;

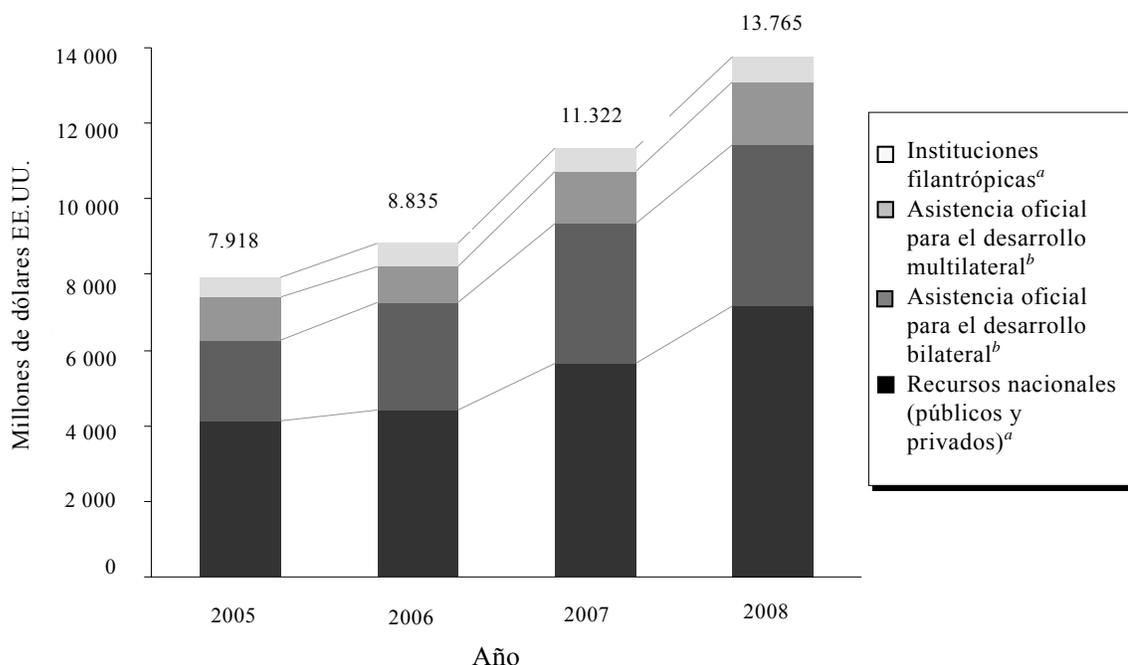
d) En el grupo de personas comprendidas entre los 15 y los 24 años, sólo el 40% tenía un conocimiento preciso y amplio sobre el VIH;

e) En casi la tercera parte de los países había leyes y políticas que obstaculizaban el acceso de la población vulnerable a los servicios relativos al VIH, y prácticamente la mitad de los países no prestaba apoyo financiero a los programas centrados en la mujer;

f) Dado que el VIH está ocasionando la reaparición de la tuberculosis, se plantea la necesidad perentoria de mejorar la integración y la cobertura de los servicios para las personas infectadas simultáneamente por el VIH y la tuberculosis.

4. En los países con ingresos medios y bajos se destinaron aproximadamente 11.300 millones de dólares a los programas del VIH en 2007, y cerca de 13.700 millones en 2008 (véase el gráfico I). De 2007 a 2008, los recursos disponibles para programas del VIH se incrementaron en un 21%. En cuanto a la financiación, en 2008 un 53% correspondía a fuentes nacionales, un 31% a los donantes multilaterales, un 12% a las instituciones multilaterales, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el 5% a entidades filantrópicas.

Gráfico I
Financiación anual disponible para programas de VIH/SIDA



^a Informes de Funders Concerned About AIDS (2008) y European HIV/AIDS Funders Group (2008).

^b Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, datos de 19 diciembre de 2008.

^c Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2008).

5. En la reunión de alto nivel de 2008 muchos países señalaron que existía el riesgo de que no alcanzaran sus objetivos en materia de acceso universal antes de 2010. Desde esa reunión, se ha producido un declive económico cada vez más pronunciado que acentúa aún más las dificultades para cumplir los compromisos mundiales sobre el SIDA. Mientras los gobiernos hacen frente a las consecuencias de este declive económico, resulta vital mantener sus inversiones destinadas a la respuesta al SIDA y reforzarlas para cosechar importantes beneficios en un futuro inmediato y en las décadas venideras.

6. El presente informe tiene cuatro objetivos: a) ofrecer información actualizada sobre la evolución de la respuesta al SIDA; b) expresar interés en el logro de los objetivos de 2010 y describir su función vital en una respuesta a la epidemia sostenible y a largo plazo; c) recomendar acciones clave para acelerar el progreso en el cumplimiento de los compromisos contraídos; y d) reiterar el compromiso con la meta de conseguir el acceso universal a la prevención del VIH, el tratamiento, la asistencia y el apoyo.

II. Garantizar la responsabilidad en los compromisos en materia de derechos humanos

7. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001, los Estados Miembros acordaron por unanimidad que el respeto a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA impulsa una acción eficaz y se comprometieron a adoptar medidas concretas para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, las mujeres y las niñas, los jóvenes, los inmigrantes y los miembros de los grupos vulnerables. Estos compromisos se confirmaron y se ultimaron en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006. Sin embargo, los gobiernos no han logrado adoptar las medidas políticas, jurídicas y programáticas adecuadas para materializar estas promesas. Cumplir los compromisos en materia de derechos humanos es esencial para acelerar el progreso en la lucha contra el VIH y alcanzar la meta del acceso universal.

Prohibir la discriminación ligada al VIH

8. Los datos presentados en la reunión de alto nivel de 2008 indicaron que un número creciente de países había aprobado leyes para proteger de la discriminación a las personas que viven con el VIH. Sin embargo, en 2007 un tercio de los países informó que carecía de dichas leyes. De conformidad con los compromisos contraídos por los Estados en virtud de las disposiciones internacionales sobre derechos humanos y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006 de promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables, los países que carecen de legislación contra la discriminación deberán promulgarlas.

9. Las leyes contra la discriminación sólo alcanzarán su objetivo si se aplican de la forma adecuada y si se ven avaladas por iniciativas de carácter más amplio contra la estigmatización. Muchos países no miden de forma sistemática la estigmatización y la discriminación ligadas al VIH, no ponen en marcha ni aplican a gran escala los programas para reducir la estigmatización y la discriminación, ni conceden prioridad en sus iniciativas nacionales a aquéllos que capacitan a los afectados para beneficiarse de las salvaguardias legales.

Eliminar las restricciones asociadas al VIH en materia de entrada, estancia y residencia

10. En 2008 aproximadamente 60 países contaban con disposiciones que restringían la entrada, la estancia o la residencia de las personas conforme al criterio exclusivo de que eran VIH positivos. Estas disposiciones no sólo son discriminatorias, sino que pueden acarrear consecuencias muy graves para los

individuos interesados en emigrar, obtener asilo, reunirse con su familia, estudiar, hacer negocios o participar en conferencias sobre la política y las prácticas relativas al VIH.

11. En 2008, el Equipo internacional de trabajo sobre restricciones para viajar relacionadas con el VIH, compuesto por gobiernos, organizaciones internacionales y participantes de la sociedad civil, recalcó que tales restricciones no protegen la salud pública ni representan una estrategia racional o justa para evitar los costos asociados al tratamiento del VIH. Recientemente, se ha informado sobre ciertos progresos alcanzados en la derogación de estas leyes contraproducentes. Tayikistán suprimió recientemente este tipo de restricciones y, al parecer, los Gobiernos de China, los Estados Unidos de América y Namibia están tomando medidas para suprimir sus restricciones.

Tipificar como delito la transmisión del VIH: una amenaza creciente para una respuesta eficaz

12. Aunque durante muchos años una serie de países de renta elevada ha tipificado como delito la transmisión o la exposición al VIH, más de 15 países africanos promulgaron tales leyes en 2007 ó 2008. Por regla general, esta legislación especial sobre el VIH impone sanciones penales a las personas que transmiten el VIH o exponen a terceros al virus. No hay pruebas de que estas leyes excesivamente amplias y mal definidas tengan un efecto disuasorio sobre las personas en cuanto a la transmisión del VIH, y existe una gran inquietud en cuanto a que refuerzan la estigmatización asociada al VIH y disuaden a la gente de conocer o revelar su situación en relación al VIH.

13. Actuar de mala fe para transmitir deliberadamente el VIH justifica la imposición de sanciones. No obstante, los datos indican que este tipo de conducta es extremadamente rara, ya que la mayoría de las personas que reciben un resultado positivo en las pruebas del VIH adoptan medidas para evitar infectar a los demás. En tales casos, ya existen las disposiciones generales del código penal para castigar este tipo de comportamiento dañino. Promulgar leyes especiales para el VIH y aplicarlas a categorías generales de comportamiento perpetúa la idea de que las personas que viven con el VIH son individuos peligrosos, indignos de la solidaridad social. Esta idea no concuerda con los datos, ni con el compromiso recogido en la Declaración política de 2006 de crear un entorno social y jurídico que dé seguridad a quienes deseen revelar voluntariamente su estado en relación con el VIH.

14. Una legislación demasiado amplia puede dar lugar al enjuiciamiento de personas que desconocen que están infectadas o no comprenden cómo se transmite el VIH, o incluso de quienes han revelado a su pareja su condición de seropositivos o han adoptado precauciones para reducir el riesgo de contagio. También existen pruebas de que tales leyes se aplican de forma desproporcionada a los integrantes de grupos marginados.

15. Los partidarios de la legislación que tipifica como delito la transmisión del VIH aluden a menudo a la necesidad de proteger a las mujeres, colocadas con frecuencia en una situación de riesgo debido a las pautas sexuales de sus maridos o parejas de sexo masculino. No obstante, estas leyes pueden dar lugar de hecho a un número desproporcionado de procesos judiciales contra las mujeres. Dado que, por lo general, éstas utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres debido a los embarazos o al acceso a los servicios de planificación

familiar, a menudo son ellas las primeras que reciben un diagnóstico positivo del VIH y pueden ser objeto de acciones legales por “introducir el VIH en la relación” o ser acusadas de exponer a sus hijos recién nacidos al virus.

16. Además de tipificar como delito la transmisión del VIH, muchos países aplican sanciones penales a las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, al comercio sexual y al uso de drogas inyectadas. Estas leyes constituyen un grave obstáculo para poner los servicios del VIH al alcance de grupos clave de la población. Es necesario despenalizar estos comportamientos y, en el caso de las drogas inyectadas, los toxicómanos deberían recibir atención de los servicios sanitarios para tratar su dependencia.

17. En vez de recurrir a las disposiciones penales, los gobiernos deberían ampliar y aplicar la legislación para proteger a las personas de la discriminación asociada al VIH y de la violencia sexual, así como para garantizar su acceso a la información, los servicios y los productos sanitarios vinculados al VIH. Una amplia experiencia demuestra que los programas para modificar los comportamientos que entrañan riesgos, complementados con unas sólidas salvaguardias de los derechos humanos, aventajan considerablemente en eficacia al uso contraproducente de sanciones penales u otro tipo de medidas coercitivas para controlar el VIH.

III. Acceso universal

18. La promoción del acceso universal ha unido a la comunidad internacional para ampliar los servicios relacionados con el VIH en todo el mundo. Hasta febrero de 2009, 111 países habían establecido una cobertura nacional y objetivos para la consecución del acceso universal. Se habían desarrollado nuevas fuentes de suministro y coordinación de la asistencia técnica, como instalaciones de asistencia técnica regionales, centros de conocimientos sobre el VIH y un equipo de apoyo para la ejecución a nivel mundial, a fin de colaborar con los países en la ampliación del alcance de los programas. También se han mejorado los sistemas de seguimiento y evaluación nacionales, de modo que se realice un seguimiento más transparente y puntual de los logros y se identifiquen los problemas pendientes en la cobertura y la calidad de los servicios.

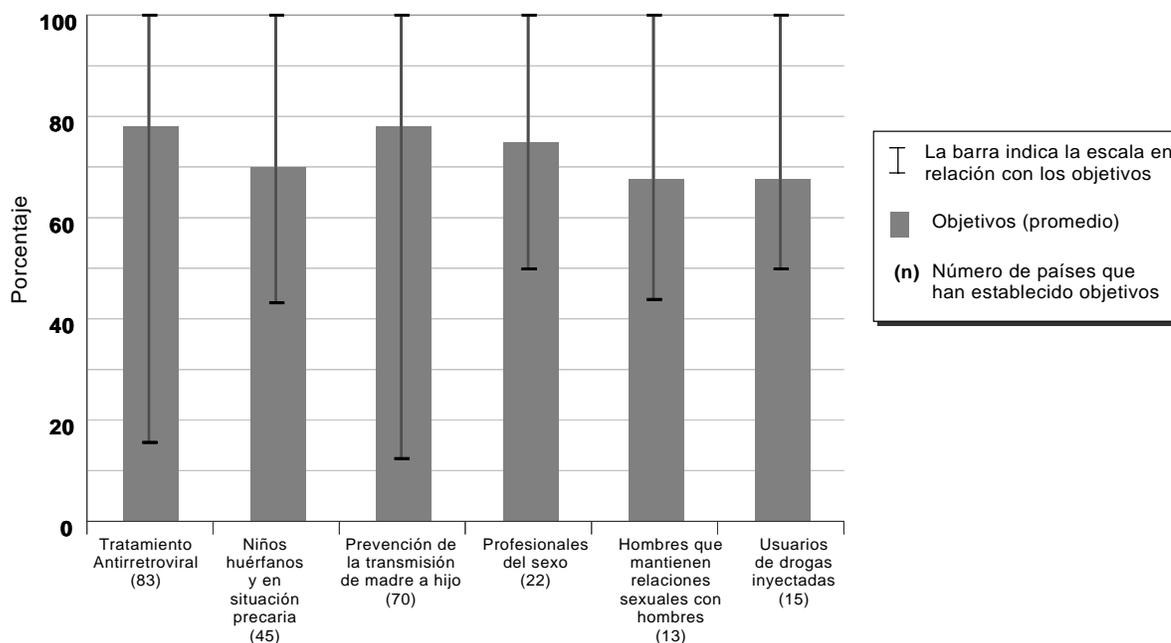
El concepto de acceso universal

19. La expresión “acceso universal” no implica que el 100% de las personas puedan acceder a la totalidad de las iniciativas en materia de prevención, tratamiento, atención y asistencia, sino que refleja el compromiso a escala mundial de avanzar de forma mensurable y continuada hacia un grado considerablemente superior de cobertura en relación con las medidas eficaces y necesarias para gestionar las diversas epidemias. El concepto de acceso universal significa que los servicios deben ser equitativos, accesibles, asequibles, completos y adaptados a las necesidades individuales. El acceso universal no se concentra únicamente en el logro de resultados cuantificables, sino que representa un nuevo modo de enfocar la salud y el desarrollo a escala internacional. Se basa en los derechos y en las soluciones, se fundamenta en la iniciativa y los recursos de solución de problemas nacionales, y su premisa es la máxima responsabilidad y transparencia.

20. Según se muestra en el gráfico II, los países han adoptado una serie de objetivos de cobertura para los distintos factores englobados en el acceso universal

y, en su mayoría, se han fijado metas ambiciosas pero asequibles. Mientras que algunas de las metas definidas por los países para 2010 son menores que otras, esto refleja sobre todo las diferencias en los plazos previstos por dichos países para ampliar la escala de sus servicios de VIH, y no su falta de empeño en alcanzar el acceso universal.

Gráfico II
Número de países que disponen de objetivos de cobertura para los distintos servicios en 2010



21. Los países con distintos tipos de epidemias conceden prioridad a diferentes servicios relacionados con el VIH. La combinación concreta de iniciativas depende de una serie de factores, entre los que se incluye la prevalencia del VIH, la importancia relativa de las distintas modalidades de transmisión del VIH, el alcance y la distribución de las principales deficiencias del servicio y los grupos concretos más afectados por la epidemia.

22. Los copatrocinadores del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA) y la Secretaría han abanderado las iniciativas para asistir a los países a fin de lograr el acceso universal facilitando los foros de diálogo y los procesos de establecimiento de objetivos impulsados por cada país, trabajando con los socios en la evaluación de las necesidades de recursos para el acceso universal y asignando al progreso hacia el acceso universal un lugar central en el plan de trabajo conjunto del ONUSIDA. Con un nuevo liderazgo, el ONUSIDA ha reafirmado el acceso universal como su máxima prioridad.

El acceso universal: una meta ambiciosa pero asequible

23. Aunque conseguir el acceso universal es una empresa ambiciosa, la experiencia en diferentes regiones demuestra que está a nuestro alcance. El uso de medicamentos antirretrovirales se multiplicó más de cinco veces en Camboya durante el período comprendido entre 2004 y 2007. En el Senegal, Sudáfrica y Tailandia, el número de personas que recibió tratamiento antirretroviral se duplicó entre 2005 y 2007, y en Europa oriental y central se registraron tasas de crecimiento aún más elevadas en el acceso a este tipo de medicación.

24. Un progreso similar se ha conseguido en los servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo. En 2007, Botswana había alcanzado los objetivos nacionales de acceso universal para los servicios de prevención del VIH en el período prenatal. Otros países, entre los que figuran la Argentina, Belarús, Benin, el Brasil, la Federación de Rusia, Georgia, Kazajstán, Kenya, Namibia, la República de Moldova, Rwanda, Swazilandia y Ucrania también han logrado avances fundamentales para lograr el acceso universal en la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo¹.

25. Los datos demuestran que es posible conseguir logros importantes en la prevención del VIH. En 14 de los 17 países africanos estudiados, el porcentaje de mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años que vivía con el VIH descendió entre 2000 y 2007, y 9 países ya han logrado la reducción del 25% en la prevalencia del VIH que se pedía en la Declaración de compromiso de 2001.

Un imperativo permanente

26. Mientras que las cifras de nuevas infecciones por el VIH siguen superando las de muertes causadas por el SIDA, continúa creciendo el número de personas que viven con el VIH, lo que incrementa el número de quienes necesitarán servicios terapéuticos en el futuro. El imperativo de ofrecer tratamiento a quienes lo necesitan pone de manifiesto la necesidad urgente de reforzar y ampliar la infraestructura para suministrar tratamientos antirretrovirales en los países de ingresos bajos y medios.

27. Si no se avanza más en la prevención de las nuevas infecciones del VIH, su ritmo seguirá superando al de la ampliación de los programas de tratamiento. La experiencia en varios países ha demostrado que una combinación de medidas de prevención permite reducir notablemente la tasa de nuevas infecciones de VIH. En Namibia, por ejemplo, una combinación de educación sobre el VIH basada en los hábitos de vida, asesoramiento voluntario y pruebas, junto con una amplia distribución de preservativos, contribuyó a recortar la prevalencia del VIH entre las jóvenes embarazadas de un 18% en 2003 a un 14% en 2007. Se calcula que el cumplimiento de los objetivos de acceso universal definidos por el país en los países de ingresos bajos y medios en 2010 evitaría 2,6 millones de nuevas infecciones y 1,3 millones de muertes en 2009 y 2010.

¹ Además de la adopción de objetivos específicos del país para prevenir la transmisión de madre a hijo como parte del logro del acceso universal, los Estados Miembros también adoptaron el objetivo mundial establecido en la Declaración de compromiso de 2001 de conseguir una cobertura del 80% para los servicios de prevención generales en el período prenatal antes de 2010.

28. Los programas combinados de prevención se basan en una mezcla adecuada de estrategias de prevención del VIH centradas en el comportamiento, así como en aspectos biomédicos y estructurales, para abordar las necesidades especiales de las personas que corren riesgo de infectarse con el virus². La prevención eficaz del VIH se centra de forma particular en los jóvenes, afectados de manera desproporcionada por el VIH en todas las regiones.

Centrarse en quienes corren mayor riesgo

29. No se da una distribución homogénea ni en cuanto al riesgo de infección del VIH ni en cuanto al efecto de la enfermedad. En el África meridional, por ejemplo, la probabilidad de infección es entre 2 y 4,5 veces superior en el caso de las adolescentes que en el de los varones de la misma edad. En la práctica totalidad de los países, la prevalencia del VIH es mucho mayor en ciertos grupos que entre la población en general.

30. A medida que se amplían, los servicios deberían estar más centrados en quienes los necesitan y tomar en cuenta las necesidades especiales y los obstáculos al acceso que experimentan ciertas comunidades. Por ejemplo, en Europa del Este, los usuarios de drogas inyectadas representan más del 80% de las personas que viven con el VIH, pero suponen menos de un 25% de quienes reciben tratamiento antirretroviral. Según el ONUSIDA, sólo hay una correspondencia adecuada entre los programas de prevención y las necesidades nacionales en el 10% de los países.

31. Además de ampliar el acceso a los servicios de prevención para las mujeres y los jóvenes, los países deben redoblar sus esfuerzos por abordar las desigualdades entre los géneros que hacen que las mujeres y las niñas estén más expuestas al VIH. Los asociados nacionales deben trabajar para garantizar el acceso universal a la educación primaria y secundaria, implantar medidas para prevenir la violencia basada en el género, y asegurar la adopción e imposición de marcos jurídicos sólidos que reconozcan los derechos de propiedad, sucesión, participación política equitativa e igualdad de oportunidades económicas para las mujeres.

Llegar a los niños que viven con el VIH o se ven afectados por el virus

32. Es necesario adoptar iniciativas especiales para asegurar el acceso a los servicios de los niños que viven con el VIH o se ven afectados por el virus. Según se destacó en el informe de febrero de 2009 de la Joint Learning Initiative on Children and HIV/AIDS, la respuesta al SIDA está dejando de lado a millones de niños y a sus familias. Los niños infectados con el VIH tienen un 50% de posibilidades de morir antes de cumplir los dos años si no reciben tratamiento. Sin embargo, durante los dos primeros meses de vida tan sólo se somete a las pruebas al 8% de los hijos de mujeres infectadas con el VIH, y en el África subsahariana estos niños tienen menos posibilidades de recibir tratamiento que los adultos. Es posible avanzar rápidamente para incrementar el acceso al tratamiento en la infancia. En 2008, aumentó en un 51% el número de niños en tratamiento antirretroviral a través del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR).

² Véase el *Documento de posición sobre políticas del ONUSIDA (2005) titulado "Intensifying HIV prevention"* en http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Prevention_Umbrella_Policies.asp.

33. Aproximadamente 15 millones de niños, un 80% de los cuales vive en el África subsahariana, han perdido a uno o ambos progenitores a causa del SIDA. El número de niños huérfanos o en situación precaria debido a la epidemia subraya la necesidad urgente de reforzar los sistemas de bienestar y protección social de la infancia.

El acceso universal: las perspectivas para después de 2010

34. Lograr el acceso universal tendrá un efecto que se dejará sentir mucho más allá de 2010 fecha, fijada como hito. Un mayor acceso a los servicios de prevención del VIH podría prevenir más de la mitad de todas las nuevas infecciones del VIH que se producirían en su defecto entre el momento actual y 2015. Lograr el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, en el que se exhorta al mundo a haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015, favorecerá la consecución de otros Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular los objetivos cuarto y quinto, centrados en la salud de los niños y de las mujeres respectivamente.

35. La meta del acceso universal ya ha generado importantes beneficios, al promover una mayor descentralización de las iniciativas nacionales, fomentar el compromiso de la sociedad civil y de las personas que viven con el VIH, reforzar los lazos entre la salud sexual y la salud reproductiva, y contribuir a los sistemas nacionales de gestión de la adquisición y el suministro de medicamentos, reglamentación farmacéutica y recursos humanos.

Involucrar a un gran número de sectores en el logro del acceso universal

36. Aunque los gobiernos nacionales son responsables de dirigir la lucha contra el SIDA, el acceso universal exige la participación de una serie de asociados no gubernamentales. Entre las diversas partes que contribuyen activamente a las iniciativas a favor del acceso universal, la Coalición de redes regionales de Asia y el Pacífico contra el VIH/SIDA ha elaborado unos criterios mínimos para la participación de la sociedad civil en la campaña por el acceso universal. La Coalición internacional de preparación para el tratamiento publica informes periódicos basados en los estudios realizados en los países de ingresos bajos o medios para evaluar el progreso en la ampliación del acceso al tratamiento. Las redes regionales de reducción de daños están fomentando activamente el acceso universal a los servicios relacionados con el VIH de los usuarios de drogas inyectadas.

37. Mantener el impulso a favor del acceso universal en 2010 y con posterioridad a esta fecha seguirá exigiendo una participación amplia y permanente de diferentes sectores. La lucha contra el SIDA ha contribuido a forjar mecanismos nuevos, de carácter incluyente y participativo, para la elaboración, programación y aplicación de políticas, así como para su seguimiento y evaluación. Es necesario reforzar este enfoque y dotarlo de mayor agilidad para encarar el reto a largo plazo que supone el SIDA con una respuesta en consonancia, de amplio alcance y que cuente con un respaldo general.

IV. Adaptar la respuesta frente al SIDA a los contextos nacionales y locales

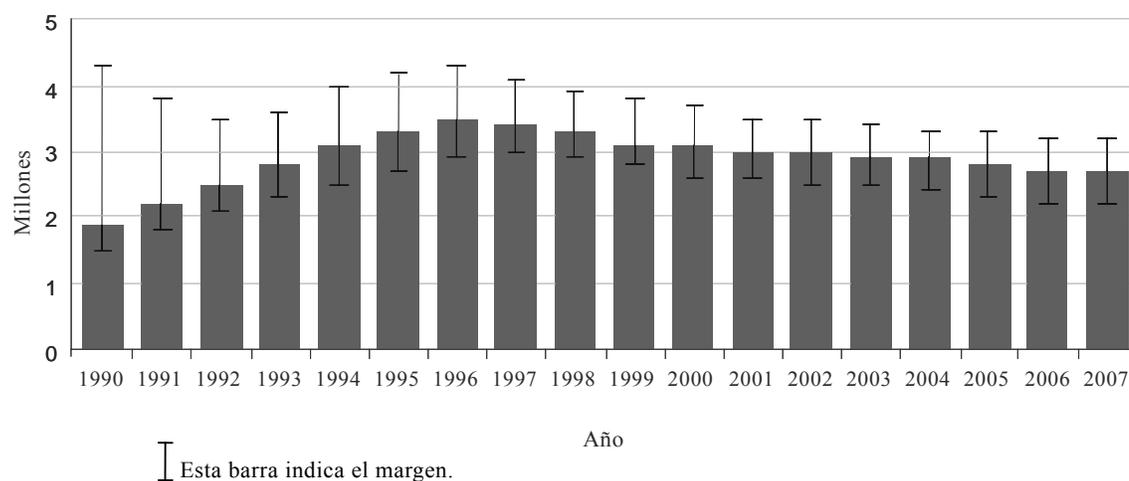
38. Los países deben conocer su epidemia y su respuesta a fin de que puedan seleccionar las intervenciones adecuadas y adaptar las estrategias basadas en datos comprobados para tratar situaciones nacionales y subnacionales específicas. Al adaptar las respuestas a la dinámica de la epidemia no sólo se reducen el derroche y la ineficacia, sino que también se aumenta el impacto de las iniciativas nacionales.

Situación actual de la epidemia

39. En 2007, vivían con el VIH unos 33 millones de personas. El número anual de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido exponencialmente en el último decenio, al pasar de un máximo de 3,5 millones en 1996 a 2,7 millones en 2007 (véase el gráfico III), mientras que el número anual de personas que mueren de SIDA ha descendido también, de 2,2 millones en 2005 a 2,0 millones en 2007. En total, el 96% de las nuevas infecciones por el VIH en 2007 se produjeron en países de ingresos bajos y medios. En 2007, resultaron infectados por el VIH 80.000 niños de edades inferiores a los 15 años menos que en 2000, en parte debido al aumento de la cobertura para los servicios destinados a prevenir la transmisión de la madre al niño.

Gráfico III

Cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, 1990-2007



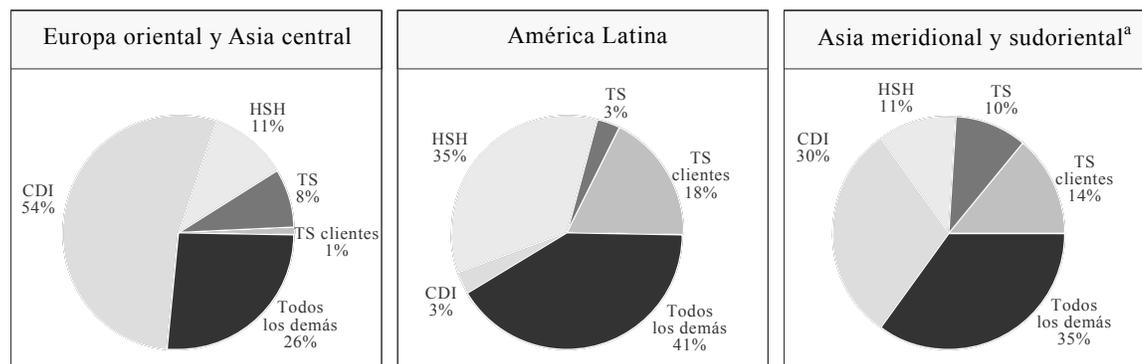
Diversidad de la pandemia del VIH

40. La epidemia del VIH no es homogénea, y afecta a diferentes poblaciones y entornos geográficos de maneras distintas (véase el gráfico IV). Las mujeres representan al menos el 60% de las nuevas infecciones por el VIH en el África Subsahariana, mientras que los hombres representan la mayoría de las personas que viven con el VIH en otras regiones. Los adolescentes y los adultos jóvenes son los que tienen más probabilidades de resultar infectados.

41. En el África Subsahariana predomina la transmisión heterosexual y hay una prevalencia especialmente alta del VIH en el África meridional, que representaba el 35% de todas las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo en 2007. Los perfiles epidemiológicos en otras regiones son diversos. En América Latina, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres constituyen el grupo con más probabilidades de contraer la infección, y un importante número de infecciones también se producen entre los trabajadores del sexo y sus clientes y entre las personas que consumen drogas inyectadas. Del mismo modo, las epidemias asiáticas se caracterizan por vías de transmisión diversas, y muchas epidemias nacionales se propagan debido a altos niveles de infección entre los consumidores de drogas inyectadas y los trabajadores del sexo y sus clientes. Si bien el uso de jeringas y agujas contaminadas sigue siendo la principal causa de nuevas infecciones en Europa oriental y el Asia central, una proporción cada vez mayor de los nuevos casos de infección es de transmisión sexual.

Gráfico IV

Proporciones de infecciones de VIH en varios grupos de población por regiones, 2007



CDI: Consumidores de drogas inyectadas

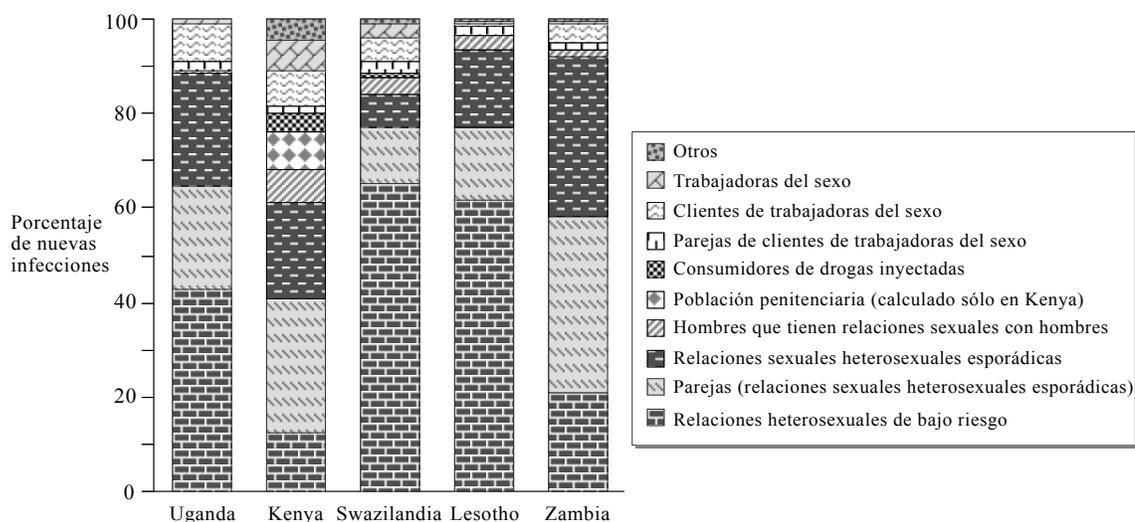
HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

TS: Trabajadores del sexo

^a La India fue omitida en este análisis debido a que el alcance de su epidemia de VIH (que afecta principalmente a heterosexuales) oculta la medida en que otras poblaciones en situación de riesgo forman parte de la epidemia de la región.

42. La sorprendente diversidad de las epidemias nacionales puede observarse en el gráfico V. Aunque la transmisión heterosexual es una fuente importante de nuevas infecciones por el VIH en cada uno de los países africanos reseñados, las subpoblaciones heterosexuales más expuestas a riesgos varían. Aunque los heterosexuales que forman parte de parejas casadas o en cohabitación representan una minoría de las nuevas infecciones en Kenia, Uganda y Zambia, en Lesotho y Swazilandia representan la mayoría de las nuevas infecciones.

Gráfico V
Modalidades de transmisión en las nuevas infecciones por el VIH en diferentes países subsaharianos



43. Desde hace tiempo vienen documentándose altas tasas de prevalencia del VIH entre los trabajadores del sexo en el África Subsahariana y otras regiones. En los últimos años, también han aparecido pruebas de una alta prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y entre los consumidores de drogas inyectables en el África Subsahariana, donde anteriormente no se comprendía bien su contribución a las epidemias nacionales. En Malawi, más de uno de cada cinco hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están viviendo actualmente con el VIH, y en el suroeste de Nigeria, la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es 3,5 veces mayor que la del país en general. En Kenya, más de cuatro de cada 10 consumidores de drogas inyectables viven con el VIH, y en Sudáfrica, una de cada ocho personas que consumen drogas inyectables están infectadas.

Nuevas estrategias para ayudar a los países a conocer su epidemia y su respuesta a ella

44. A fin de adaptar eficazmente las respuestas nacionales a su contexto nacional, los países necesitan tener acceso a pruebas fiables y oportunas sobre su epidemia. Han aparecido nuevas herramientas y mejores métodos para ayudar a los países a recoger y analizar la información que necesitan para adaptar sus respuestas nacionales a la epidemia. Cada vez más países están utilizando análisis de los modos de transmisión para conocer el ritmo al que se producen las nuevas infecciones y los grupos más afectados.

45. Estos estudios están ayudando a los países a revisar sus estrategias de lucha contra el SIDA en respuesta a los datos epidemiológicos comprobados. En Uganda, por ejemplo, se estimó que el 43% de las nuevas infecciones se producían entre las parejas casadas o en cohabitación. Esa información orientó a los encargados de la formulación de políticas de Uganda hacia estrategias para prevenir la transmisión del VIH dentro de las parejas, como el asesoramiento a parejas y los programas para alentar a las personas a evitar tener múltiples parejas sexuales al mismo tiempo o a reducir el número de sus parejas sexuales.

46. Los datos recientes han puesto de relieve necesidades en relación con la prevención que anteriormente no se conocían o estaban poco documentadas. Por ejemplo, a raíz de los descubrimientos epidemiológicos, los funcionarios nacionales de Kenya ahora están tomando medidas para complementar las estrategias encaminadas a promover la reducción de los riesgos en la población en general con iniciativas específicas para prevenir nuevas infecciones entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre los consumidores de drogas inyectadas y en las comunidades con una alta tasa de prevalencia.

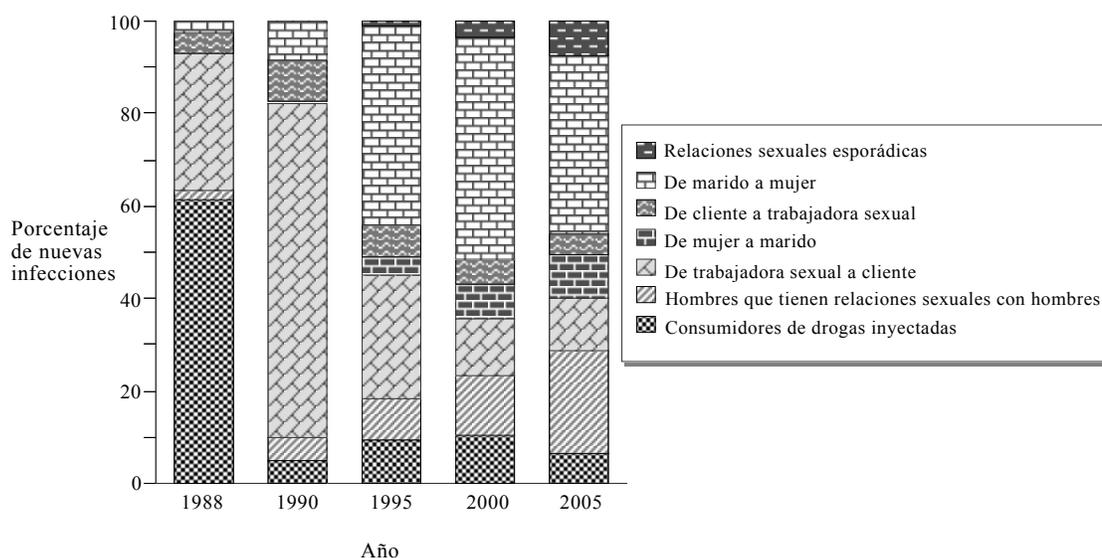
47. Las pautas de las relaciones y la dinámica de las redes de relaciones sexuales también facilitan la rápida propagación del VIH. Los análisis sugieren que, en particular, una alta prevalencia de parejas sexuales simultáneas acelera la propagación del VIH a través de las redes de relaciones sexuales después de su introducción. En los países donde la epidemia está concentrada en los consumidores de drogas inyectadas, una proporción cada vez mayor de las nuevas infecciones se produce entre las parejas sexuales de los consumidores de drogas inyectadas. Para determinar exactamente la serie de estrategias que será más eficaz para abordar las necesidades nacionales, la vigilancia epidemiológica debe ir acompañada de investigaciones sociales, etnográficas y de comportamiento adecuadas.

Responder a los cambios de las necesidades

48. Los estudios epidemiológicos en curso examinan en qué medida cambian las epidemias nacionales y subnacionales a lo largo del tiempo, lo cual pone de manifiesto la necesidad de reorientar los programas terapéuticos o de prevención del VIH. Si bien la epidemia en Tailandia anteriormente estaba causada por la transmisión del VIH asociada a la prostitución, las pruebas recientes indican que muchas nuevas infecciones por el VIH se están produciendo entre la población en general, incluida la transmisión de maridos a mujeres, y que hay una cantidad importante de nuevas infecciones entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (véase el gráfico VI).

Gráfico VI

Cambio de pautas de las nuevas infecciones en Tailandia, 1988-2005



Revisar las respuestas programáticas y de política

49. La continua evolución de las epidemias nacionales pone de relieve la importancia de mantener sistemas nacionales sólidos de supervisión, evaluación y vigilancia en relación con el VIH. Estos sistemas proporcionan a los directores de programas la información estratégica necesaria para mejorar y ampliar los servicios, promover una mayor rendición de cuentas entre las partes interesadas y ayudar a los países a movilizar recursos determinando los éxitos o las deficiencias nacionales. El mantenimiento de la flexibilidad para reorientar los recursos hacia donde más se necesitan depende de un liderazgo y una gestión racionales en el plano nacional, que se reflejen en una enérgica autoridad nacional en materia de SIDA y en un sólido compromiso multisectorial.

50. Los países deben estar preparados para adoptar y ampliar nuevas tecnologías y estrategias y asegurar su aceptabilidad una vez que hayan sido introducidas. Por ejemplo, el continuo bajo nivel de aceptación del asesoramiento y de la realización de análisis voluntarios hizo que varios países pusieran en práctica servicios de realización de análisis y de asesoramiento iniciados por el proveedor, lo que ha aumentado significativamente el número de personas que conocen su estado en relación con el VIH.

51. De modo similar, varios países con una alta tasa de prevalencia del VIH y una baja proporción de hombres circuncidados están adoptando medidas para introducir o ampliar los servicios de circuncisión de hombres adultos, que, según muestran los estudios, reduce el riesgo de transmisión sexual de la mujer al hombre en cerca de un 60%. Los encargados de la formulación de políticas deben aprovechar la orientación, el apoyo técnico y la financiación para apoyar un mayor acceso a servicios de circuncisión masculina seguros y adecuados, adoptando medidas para asegurar que estas estrategias se complementen con iniciativas firmes de promoción de los preservativos. En los próximos años, es posible que aparezcan más mecanismos de prevención, como los microbicidas o la profilaxis antirretroviral previa a la exposición para evitar la transmisión sexual, lo que subraya aún más la necesidad de que los encargados de la formulación de políticas adopten y apliquen nuevas estrategias.

52. También son necesarias la vigilancia y la flexibilidad en el plano nacional con respecto al tratamiento del VIH. Con el apoyo de organismos técnicos y donantes internacionales, los países deben evaluar la aparición de resistencia a los medicamentos antirretrovirales, supervisar la toxicidad de los medicamentos y prever la necesidad de nuevos medicamentos y regímenes antirretrovirales. Se necesita urgentemente seguir progresando en la integración de los servicios relacionados con el VIH y con la tuberculosis.

Servicios para las poblaciones marginadas

53. Las poblaciones marginadas más expuestas al riesgo de infección por el VIH merecen un esfuerzo especial para asegurar el acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH (véase el gráfico VII). En muchos países con epidemias concentradas, menos del 10% del gasto en prevención del VIH en 2006 se destinó a las poblaciones en mayor situación de riesgo. Las encuestas sobre 40 países indicaron que en 2007 sólo se atendió a aproximadamente una de cada cuatro personas que consumen drogas inyectadas mediante los servicios más básicos de prevención, y menos de la mitad tenían conocimientos suficientes

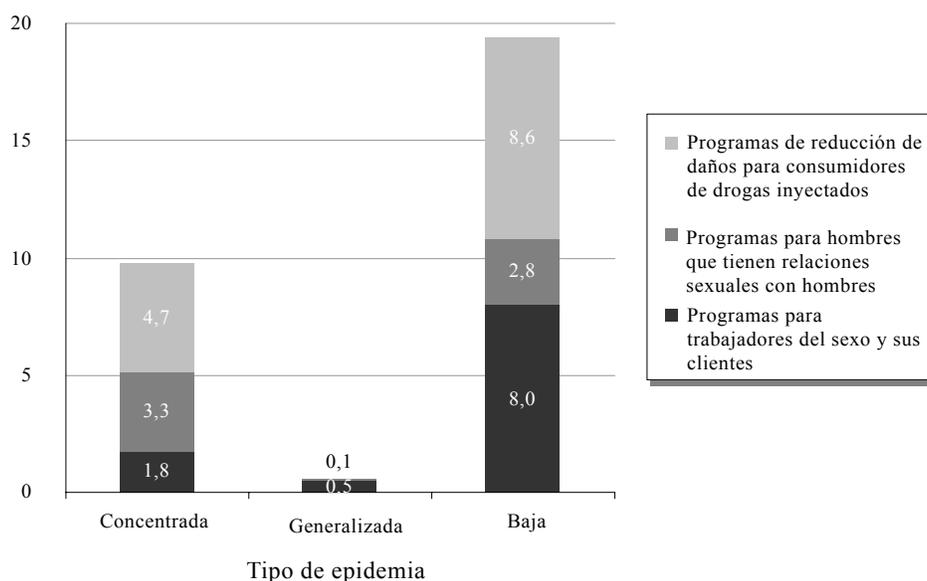
sobre el modo de prevenir la transmisión del VIH. El número de países que han establecido metas de cobertura para los servicios destinados a los consumidores de drogas inyectadas sigue siendo bajo (véase el gráfico II).

54. Del mismo modo, pocos países han formulado metas en materia de servicios para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (véase el gráfico II). El impacto del acceso limitado a los servicios está ilustrado claramente en el rápido aumento de las tasas de infección por el VIH en muchos lugares de Asia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Asimismo, aunque un porcentaje significativo de las nuevas infecciones en muchas epidemias generalizadas se producen entre los trabajadores del sexo o sus clientes, en 2006 sólo se dedicó el 0,5% del gasto en prevención en los países con una alta tasa de prevalencia a programas para prevenir la transmisión del VIH a través de la prostitución.

55. La cobertura de los servicios relacionados con el VIH en los asentamientos de refugiados ha aumentado notablemente, y el tratamiento antirretroviral y la prevención de la transmisión de la madre al niño llegaron, respectivamente, al 75% y al 68% de los refugiados que los necesitaban en 2008. Sin embargo, sigue habiendo importantes desafíos programáticos y de política en la atención a las poblaciones afectadas por emergencias, incluida la incapacidad de muchos planes estratégicos nacionales y subvenciones de donantes para dar prioridad a los servicios destinados a los emigrantes, los refugiados y los desplazados internos.

Gráfico VII

Porcentaje de gasto en las poblaciones expuestas a un mayor riesgo, del total de gastos en prevención, por tipo de epidemia, datos disponibles más recientes, 2005-2007



Abordar los factores sociales y estructurales determinantes del riesgo de contraer el VIH y la vulnerabilidad al virus

56. A fin de adaptar las estrategias de política y programáticas a las necesidades nacionales, los países deben entender los factores sociales y estructurales que aumentan la vulnerabilidad frente al VIH. Si no se abordan estos factores, podrían obstaculizar el progreso hacia el acceso universal. El estigma y las desigualdades basadas en el género en relación con el VIH restan posibilidades a las personas y hacen que les resulte difícil reducir su riesgo de contraer la infección o acceder a servicios relacionados con el VIH. Mediante programas específicos se puede reducir la prevalencia y los efectos del estigma y las desigualdades basadas en el género, aunque estos proyectos generalmente no se han llevado a cabo a escala nacional para lograr un impacto importante.

57. Si no se abordan los factores que aumentan la vulnerabilidad de los grupos más expuestos al riesgo de contraer el VIH se frenará el progreso hacia el acceso universal. Por miedo al ostracismo o a los malos tratos, muchos miembros de esos grupos evitan someterse a pruebas de detección del VIH o solicitar información o servicios relacionados con el VIH. Las actitudes discriminatorias también disuaden a los encargados de la formulación de políticas de aplicar medidas de prevención y tratamiento del VIH racionales y centradas en los grupos que más las necesitan. En 2007, más de 90 países tenían en vigor leyes que prohibían los actos sexuales consensuales entre adultos del mismo sexo. En 2008, la terapia de sustitución de opioides sólo estaba disponible en 52 países, y había una amplia variación en cuanto a la dimensión, el alcance y la calidad de estos programas. Además, incluso en los países donde la terapia de sustitución de opioides está disponible en la comunidad, a menudo se interrumpe en el caso de los consumidores de drogas cuando ingresan a la cárcel.

58. Las experiencias recientes ponen de manifiesto la posibilidad de superar los obstáculos para la elaboración de políticas racionales mediante un liderazgo firme y valiente. Varios países, entre ellos China, Malasia, la República Islámica del Irán, Ucrania y Viet Nam han tomado medidas para aumentar el acceso a la terapia de sustitución de drogas, haciendo caso a las pruebas de que esta terapia contribuye a reducir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectadas. La India ha ampliado los servicios de salud para los trabajadores del sexo en las zonas donde hay una alta tasa de prevalencia del VIH. En 2008, Nicaragua y Panamá aplicaron reformas jurídicas por las que se eliminaron las prohibiciones penales del sexo entre hombres, y en febrero de 2009, el Senado de Burundi rechazó un proyecto de ley para imponer sanciones penales por la conducta homosexual.

V. Mantener una respuesta al VIH a largo plazo

59. La pandemia del VIH, reconocida por primera vez hace casi tres decenios, seguirá siendo un desafío mundial importante en las generaciones futuras. Hasta ahora, la respuesta se ha caracterizado por un enfoque de crisis a corto plazo para lograr resultados rápidos. Cada vez resulta más evidente que se necesitará un compromiso, apoyo y recursos financieros sostenidos en los próximos decenios para prevenir nuevas infecciones, reducir la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH y ayudar a las sociedades, las comunidades y los hogares a hacer frente a la carga de la epidemia.

Crear una capacidad nacional sostenible

60. Para mantener una respuesta a largo plazo se necesita invertir en medidas para crear una capacidad duradera en muchos países de ingresos bajos y medios. Por ejemplo, pese a que el África Subsahariana representa dos tercios de todas las personas que viven con el VIH, sólo el 3% de los proveedores de atención sanitaria de todo el mundo viven en la región. La escasez de trabajadores sanitarios del sector público en los países afectados por el VIH se agrava debido a la baja remuneración, las malas condiciones de trabajo y la emigración de los trabajadores para conseguir empleos mejor remunerados en el sector privado o en otros países. Además, los esfuerzos para aumentar el alcance de los servicios esenciales relacionados con el VIH también se ven entorpecidos por otras limitaciones de la capacidad, como la insuficiente infraestructura física, la escasez de equipo de laboratorio y de otro tipo y el escaso desarrollo de los sistemas para la reglamentación, la adquisición y la gestión del suministro de los medicamentos.

61. Lograr y mantener el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH depende de la existencia de sistemas de salud racionales y en buen funcionamiento. Sin embargo, la rápida ampliación de los servicios relacionados con el VIH en entornos con recursos limitados ha conllevado acusaciones de que la respuesta frente al SIDA podría estar menoscabando los sistemas de salud frágiles, al desviar la atención de las prioridades sanitarias locales y aprovechar recursos que correspondería asignar a otras cuestiones de salud prioritarias. No obstante, ha habido un aumento pronunciado de la asistencia oficial para el desarrollo en los últimos ocho años para la prestación de atención sanitaria, relacionada o no con el VIH.

62. Los datos obtenidos en Haití, Rwanda y otros países indican que la creación de nuevos servicios específicos en relación con el VIH puede mejorar los servicios no relacionados con el VIH, como la inmunización, las medidas para controlar la tuberculosis y la malaria, los servicios de salud sexual y reproductiva y la atención de la salud materna e infantil. La ampliación de los servicios relacionados con el VIH también está contribuyendo a empoderar a los pacientes e implicar a las comunidades en la educación de los pacientes, la promoción de la atención sanitaria y las iniciativas para promover la fidelidad de los pacientes y mejorar los resultados médicos. Además, el acceso cada vez mayor a terapias antirretrovirales y servicios de prevención del VIH reducirá la carga de los sistemas de atención sanitaria y ayudará a garantizar que los trabajadores sanitarios que viven con el VIH puedan continuar llevando una vida productiva. La ampliación de los servicios relacionados con el VIH también ha contribuido a aumentar la delegación de responsabilidades en los servicios de atención de salud de los médicos al personal de enfermería u otros miembros del personal, lo que ha ayudado a aprovechar mejor los limitados recursos humanos.

63. Dada la importancia de contar con sistemas de salud sólidos para el acceso universal, debe hacerse el máximo esfuerzo posible para incorporar medidas destinadas a fortalecer los sistemas de salud y ampliar al mismo tiempo los servicios relacionados con el VIH. Hay indicios alentadores de que eso está ocurriendo. Por ejemplo, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está alentando activamente a los países a incorporar el fortalecimiento de los sistemas de salud en las propuestas de financiación. El Gobierno de los Estados Unidos de América ha adoptado medidas para que su financiación para la lucha

contra el VIH apoye el fortalecimiento de sistemas generales de atención de la salud en los países de ingresos bajos y medios, así como intervenciones para luchar contra la tuberculosis y la malaria. En Ghana, la financiación para la lucha contra el VIH ha apoyado las iniciativas gubernamentales para mejorar la remuneración de todas las categorías de trabajadores sanitarios.

64. Los esfuerzos para utilizar la ampliación de los servicios relacionados con el VIH con el fin de fortalecer los sistemas de salud se ven frenados por los escasos datos científicos en relación con las estrategias óptimas para maximizar las sinergias entre los programas denominados verticales o programas para enfermedades específicas y los servicios horizontales, de base más amplia. Varias instituciones están realizando investigaciones para sustentar la elaboración de políticas que fortalezcan los sistemas de salud en el contexto de la ampliación de la lucha contra el VIH. Es necesario dedicar mucha más atención a generar la base de pruebas necesaria para ayudar a los encargados de la formulación de políticas en el plano nacional. Asimismo, debe dedicarse una energía constante a integrar mejor el VIH y la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva y otros servicios importantes.

65. Pese a ser fundamental para una respuesta eficaz a largo plazo, la salud es sólo uno de los muchos sistemas nacionales que deben impulsarse para asegurar el éxito en la lucha contra el VIH. El progreso sostenible también dependerá de que otros sectores de la sociedad, incluidos los sectores de los servicios sociales, la educación y el trabajo, tengan una capacidad mayor y más duradera.

Movilizar una financiación sostenible para el VIH a fin de lograr resultados a largo plazo

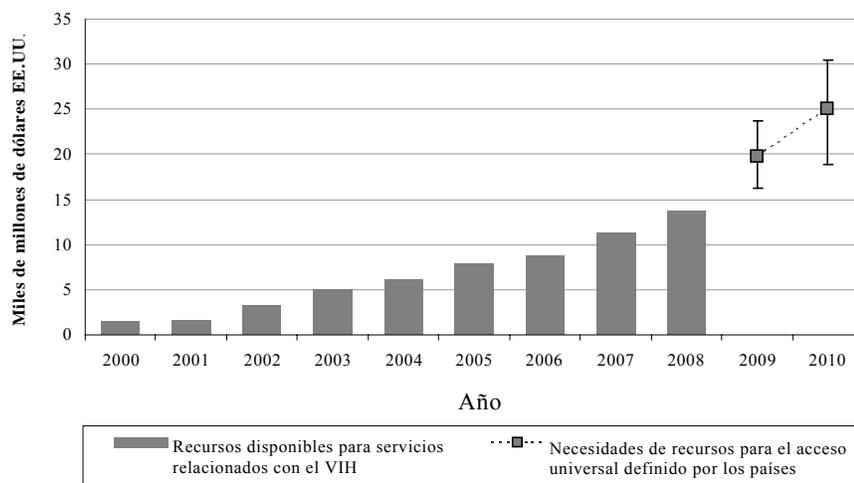
66. El reciente aumento de la financiación mundial y nacional es fruto del liderazgo y el compromiso de una amplia serie de organismos, organizaciones bilaterales y multilaterales, fundaciones y otras partes interesadas. Mediante el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Gobierno de los Estados Unidos ha proporcionado 18.800 millones de dólares a la asistencia en relación con el VIH en los últimos cinco años, salvando así una cantidad estimada de 3,3 millones de años de vida a adultos hasta septiembre de 2009. Al 2 de diciembre de 2008, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria había apoyado el suministro de medicamentos antirretrovirales a 2 millones de personas y había atendido a 62 millones de personas a través de los servicios de asesoramiento y de realización de pruebas de detección en relación con el VIH. Los propios países están invirtiendo cada vez más recursos internos en la ampliación de los servicios relacionados con el VIH. En el período 2004-2007, el gasto per cápita en relación con el VIH con cargo a los recursos públicos internos casi se duplicó en los países de ingresos bajos y medios del África Subsahariana.

67. Aunque los fondos movilizados para los programas de lucha contra el VIH han aumentado notablemente en los últimos años, la tasa de crecimiento actual es insuficiente para lograr las metas definidas por los países para el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH para 2010. Como muestra el gráfico VIII, las proyecciones recientes indican que para alcanzar las metas nacionales de lograr el acceso universal para 2010 se necesitará un desembolso anual estimado de 25.000 millones de dólares en dos años. El ONUSIDA considera que los donantes internacionales deberán financiar

aproximadamente dos tercios de esos costos para asegurar el acceso universal. Pese a su compromiso de apoyar el acceso universal, es posible que los donantes internacionales no puedan subsanar el déficit de recursos previsto, lo que pone de relieve la necesidad permanente de que los gobiernos nacionales de los países de ingresos bajos y medios aumenten las inversiones internas para ampliar y mantener los servicios relacionados con el VIH.

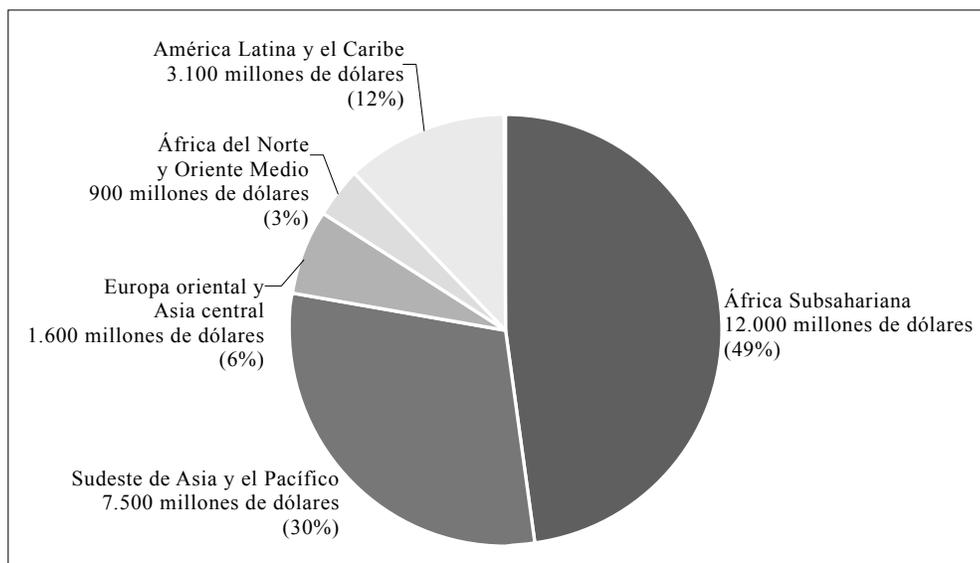
Gráfico VIII

**Recursos disponibles para la lucha contra el VIH, 2000-2008,
y necesidades estimadas de recursos financieros, 2008-2010**



68. La naturaleza de las epidemias nacionales y locales debe determinar la distribución de los recursos para lograr las metas de acceso universal definidas por los países. El ONUSIDA estima que el África Subsahariana necesitará el 49% de los recursos, seguida del sudeste de Asia y el Pacífico, que necesitarán el 30%, América Latina y el Caribe, que necesitarán el 12%, Europa oriental y el Asia central, que necesitarán el 6%, y el Oriente Medio y África del Norte, que necesitarán el 3% (véase el gráfico IX).

Gráfico IX
Desglose regional de las inversiones necesarias



69. A pesar de que el empeoramiento económico mundial puede hacer que estas cifras parezcan difíciles de alcanzar, los encargados de la formulación de políticas deben tener en cuenta los costos de no realizar estas inversiones. Para reducir la brecha de recursos entre los gastos de 2008 y las inversiones necesarias para alcanzar las metas definidas por los países en 2010 se necesitarán 11.300 millones de dólares más. Esta suma representa sólo una fracción de los conjuntos de medidas de estímulo económico que los gobiernos han aplicado recientemente en todo el mundo. Esta inversión ambiciosa, pero viable, para lograr el acceso universal aportará beneficios extraordinarios (véase el cuadro).

70. Los donantes deben cumplir sus compromisos y hacer que la financiación para la lucha contra el SIDA sea más predecible. La financiación incierta y de un año a otro impide una planificación nacional eficaz y dificulta la aplicación de estrategias a largo plazo para crear una capacidad nacional sostenible. A fin de que la financiación para la lucha contra el SIDA sea más fiable, se están estudiando actualmente varias opciones innovadoras. Entre ellas figura la conversión de programas de subvenciones en líneas de crédito permanentes, de las que los países puedan obtener fondos y un mayor uso de los fondos colectivos, o enfoques sectoriales, en los que múltiples donantes suman sus recursos para apoyar las estrategias y prioridades nacionales.

71. Para hacer frente al desafío a largo plazo que plantea la epidemia, debe mantenerse una financiación sólida durante muchos años. La respuesta frente al SIDA ya ha generado numerosos mecanismos creativos de movilización de recursos, incluidas vías multilaterales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, UNITAID, así como iniciativas del sector privado como el proyecto Product (RED). La necesidad de financiación a largo plazo pone de relieve la

importancia de determinar más mecanismos de financiación innovadores y duraderos para apoyar la respuesta frente al SIDA.

Resultados y efectos previstos, en caso de realizarse inversiones plenas en las metas definidas por los países, en los países de ingresos bajos y medios para 2010

(En millones)

Número de nuevas infecciones por el VIH evitadas (2009-2010)	2,6
Número de muertes evitadas (2009-2010)	1,3
Personas que reciben tratamiento antirretroviral	6,7
Maestros de educación primaria capacitados	1,0
Trabajadores del sexo atendidos	7,5
Asesoramiento y realización de pruebas voluntarios	40,9
Preservativos suministrados	8 153,7
Trabajadores atendidos en el lugar de trabajo	46,2
Unidades de sangre no contaminada producidas	42,6
Mujeres embarazadas que han recibido servicios amplios de prevención de la transmisión de la madre al niño	74,5
Consumidores de drogas inyectadas atendidos mediante programas de reducción de daños	9,6
Hombres que tienen relaciones con hombres que han recibido atención	20,4
Presos que han recibido atención	6,2
Inyecciones no contaminadas proporcionadas	4 247,1
Circuncisiones masculinas realizadas	1,5
Huérfanos que han recibido ayuda	6,7
Personas que reciben tratamiento para infecciones oportunistas y atención paliativa	2,1

Aumentar la eficacia de los gastos relacionados con el VIH

72. El empeoramiento económico mundial subraya la necesidad de asegurar que las inversiones relacionadas con el SIDA se aprovechen para lograr el máximo efecto. Como se señala en la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, el ámbito del desarrollo está reconociendo cada vez más la necesidad de la armonización y del ajuste de las distintas iniciativas internacionales de ayuda para reducir la duplicación, reconocer la identificación con el proyecto y el liderazgo por parte de los países y alentar a que se realicen esfuerzos mejor enfocados para lograr un mayor impacto estratégico. En la respuesta frente al SIDA, el impulso de mejorar la armonización se refleja en el principio de los “tres unos”, que establece un marco estratégico nacional para orientar las iniciativas a nivel de los países, una autoridad nacional de coordinación y un único marco convenido para la supervisión y la evaluación.

73. La armonización en relación con el SIDA ha mejorado en muchos países. Los países utilizan cada vez más sus marcos nacionales de lucha contra el SIDA para apoyar los procesos nacionales de planificación del desarrollo. El servicio de la estrategia y plan de acción contra el SIDA ha ayudado a más de 50 países a

desarrollar, evaluar o revisar marcos estratégicos nacionales. Sin embargo, se debe seguir progresando para reducir las cargas administrativas y de presentación de informes innecesarias que soportan los países y mejorar la coordinación estratégica en apoyo de estrategias controladas por los propios países que se ajusten a la dinámica de las epidemias locales. Continuar la armonización de las iniciativas de supervisión y evaluación es un asunto de especial prioridad.

Otras prioridades fundamentales en la respuesta frente al SIDA

74. Para sostener una respuesta eficaz frente al SIDA se necesitará un liderazgo sin precedentes en todos los planos y en diversos sectores. Cuando los problemas dejan de ser “nuevos”, existe el peligro de que los encargados de la formulación de políticas les presten menos atención, independientemente de si los problemas se han abordado eficazmente o no. Teniendo en cuenta los millones de vidas que hay en juego, este exceso de confianza frente al VIH/SIDA tendría consecuencias mortales.

75. Aunque un liderazgo político vigoroso y duradero es un requisito previo para una respuesta eficaz a largo plazo, la participación significativa de la sociedad civil y las comunidades afectadas es igualmente fundamental. En particular, el liderazgo y la visibilidad de las personas que viven con el VIH son fundamentales para el progreso a largo plazo. Tal como demostró la alta participación de la sociedad civil en la Reunión de alto nivel de 2008, se han logrado importantes avances para fortalecer la participación de la comunidad en la respuesta frente al SIDA. Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil se enfrentan a continuos obstáculos para una participación eficaz en la respuesta a la epidemia, como problemas de gobernanza, limitaciones de infraestructura y la reticencia de algunos gobiernos nacionales. Según la información proporcionada al ONUSIDA por los sectores no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil sólo tienen acceso a apoyo financiero para el desarrollo de la capacidad para ayudar a ampliar su participación en la respuesta en cerca del 20% de los países.

VI. Acelerar el progreso hacia el acceso universal: recomendaciones sobre la adopción de medidas

76. Faltan menos de dos años para que se cumpla el plazo acordado para lograr el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH. En algunos países, las metas definidas por los países para el acceso universal ya se han logrado o están cerca de lograrse en lo relativo a los componentes clave de la respuesta. En muchos otros países, sin embargo, se necesitan más progresos importantes para alcanzar las metas relativas al acceso universal. Teniendo presente la meta del acceso universal, todas las partes interesadas (gobiernos nacionales, donantes internacionales, las Naciones Unidas y otros organismos técnicos internacionales, la sociedad civil, las comunidades afectadas y las personas que viven con el VIH) deben redoblar sus esfuerzos para fortalecer y acelerar las medidas de lucha contra el VIH/SIDA. Los copatrocinadores y la secretaría del ONUSIDA deben reafirmar su función de apoyo a los países en esos esfuerzos. Con este objetivo, debe prestarse atención urgentemente a las recomendaciones que figuran a continuación.

Reafirmar el compromiso con el acceso universal

77. En los planos mundial, regional y nacional, todas las partes interesadas deben reafirmar su compromiso de avanzar hacia el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH para 2010. Utilizando todas las fuentes de apoyo técnico y financiero disponibles, los países deben evaluar los obstáculos para la ampliación y concebir estrategias basadas en información comprobada y basadas en los derechos para superar estos obstáculos. Las partes interesadas internacionales deben continuar mejorando el acceso al apoyo técnico y financiero para los países. El acceso universal debe seguir siendo un tema prioritario del programa en todas las cumbres que se celebren en 2009, 2010 y 2011. En colaboración con los asociados nacionales e internacionales, el ONUSIDA debe mantener e intensificar la asistencia a los países para evaluar el progreso, determinar los obstáculos y acelerar la ampliación.

Cumplir los compromisos contraídos con los derechos humanos y los entornos jurídicos y normativos que apoyan el acceso universal

78. Los países deben examinar y, si procede, revisar sus marcos jurídicos y normativos y los mecanismos de aplicación conexos para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y las poblaciones vulnerables. Deben apoyarse los marcos jurídicos racionales mediante programas para reducir el estigma y la discriminación. Los países deben revocar las restricciones a la entrada al país, la permanencia y la residencia en el país relacionadas específicamente con el VIH, y limitar la aplicación de la legislación penal únicamente a la transmisión intencional del VIH. Los países también deben ampliar los programas que brindan a las personas afectadas por el VIH posibilidades para el acceso a la justicia, como los servicios jurídicos, las campañas de difusión de conocimientos jurídicos básicos y los programas para proteger los derechos de la mujer a la propiedad y la herencia.

Intensificar el compromiso con la prevención del VIH

79. Las estrategias nacionales de prevención deben intensificarse y adaptarse para hacer frente a las realidades nacionales y locales, teniendo en cuenta la dinámica de las epidemias nacionales y las pruebas obtenidas sobre las medidas eficaces. Los países deben emplear enfoques combinados de prevención que utilicen una mezcla adecuada de programas biomédicos, estructurales y de comportamiento. Deben aplicarse y ampliarse suficientes programas para abordar los factores sociales, jurídicos y económicos subyacentes que aumentan el riesgo de infección por el VIH y la vulnerabilidad al virus.

Financiar el acceso universal

80. La financiación anual debe aumentar a 25.000 millones de dólares para 2010, a fin de alcanzar las metas nacionales para el acceso universal. Se necesitará aumentar la financiación de los donantes internacionales para subsanar el déficit de recursos para el acceso universal en los países de ingresos bajos, aunque todos los países deben aumentar su financiación para la respuesta frente al SIDA. Los donantes deben aumentar la previsibilidad de la financiación relacionada con el VIH y otras fuentes de financiación para el desarrollo, explorando activamente estrategias viables para facilitar la planificación a largo plazo en el plano nacional.

Los dirigentes mundiales deben explorar y apoyar mecanismos de financiación innovadores. Para aumentar al máximo el éxito a largo plazo, la financiación ininterrumpida debe apoyar las iniciativas de investigación para el desarrollo y la aplicación de nuevas tecnologías y estrategias para la prevención y el tratamiento del VIH.

Fortalecer los sistemas de salud, educación y bienestar a medida que se expanden los servicios relacionados con el VIH

81. El acceso universal requerirá medidas eficaces de financiación, de política y programáticas específicas contra el VIH y un enérgico apoyo para el fortalecimiento en general de los sistemas de salud y otros sistemas clave. Todos los países de ingresos bajos y medios deben desarrollar y aplicar planes estratégicos nacionales para construir y mantener una fuerza de trabajo sólida en los sectores de la salud, la educación y el bienestar. Debe disponerse de apoyo técnico especializado para ayudar a los países a aplicar estrategias prometedoras para fortalecer los sistemas de salud, por ejemplo, los enfoques de la delegación de funciones y la cibersalud.

Rendición de cuentas en la respuesta al SIDA

82. Todas las partes interesadas deben comprometerse plenamente a la máxima transparencia y rendición de cuentas en la respuesta mundial al SIDA. Los donantes y los gobiernos nacionales deben dar a conocer íntegramente cómo se gastan sus fondos relacionados con el VIH. Todos los asociados en el plano nacional deben adaptar y armonizar inmediatamente sus acciones dentro de un único marco nacional de supervisión y evaluación de conformidad con el principio de los “tres unos”. Todos los países deben asegurarse de que están preparados para recopilar y transmitir de manera oportuna datos normalizados sobre los indicadores del desempeño acordados para la supervisión del acceso universal y otros compromisos incluidos en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006.