



Asamblea General

Distr. general
7 de abril de 2017
Español
Original: inglés

Septuagésimo primer período de sesiones

Tema 10 del programa

**Aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha
contra el VIH/SIDA y las declaraciones políticas sobre el
VIH/SIDA**

Revitalización de la respuesta al sida para catalizar el desarrollo sostenible y la reforma de las Naciones Unidas

Informe del Secretario General

Resumen

La asunción de compromisos firmes a nivel mundial, la distribución de la responsabilidad financiera y la adopción de un enfoque centrado en las personas y basado en los principios de equidad han generado éxitos compartidos en la respuesta al sida. La iniciativa 90-90-90 ha guiado la espectacular expansión del tratamiento antirretroviral y ha reducido en gran medida las muertes relacionadas con el sida, al tiempo que ha contribuido a reducir el número de nuevas infecciones por el VIH. Un plan mundial para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH ha reducido en más de la mitad el número de nuevas infecciones por el VIH en niños. La respuesta al sida ha contribuido significativamente al dividendo demográfico de África, su reciente crecimiento económico y la idea emergente de África como un continente de esperanza, prometedor y con enorme potencial.

El optimismo mundial ha impulsado la mayor ambición de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: poner fin a la epidemia del sida para 2030. La Asamblea General de las Naciones Unidas acordó una respuesta de acción acelerada para alcanzar esta meta en la Declaración Política de 2016 sobre el VIH/SIDA: en la Vía Rápida para Acelerar la Lucha contra el VIH y Poner Fin a la Epidemia del Sida para 2030. El logro de nuestras metas en materia de sida está vinculado con la Agenda 2030 en general e incorporado en ella: tanto las metas como la Agenda 2030 se basan en la equidad, los derechos humanos y la promesa de no dejar que nadie se quede atrás.

Durante mis primeros meses como Secretario General, he exhortado al sistema internacional a que vuelva a lo esencial: poner mayor énfasis en crear sociedades más resilientes situando el respeto de los derechos humanos en el centro de las



políticas nacionales e internacionales, reduciendo la privación de derechos y la marginación y empoderando a las mujeres y las niñas. También he instado al sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo a que acelere el ritmo de reforma para que sea más ágil, eficiente y eficaz. La respuesta al sida es un indicador para las dos agendas: el desarrollo sostenible y la reforma de las Naciones Unidas.

No obstante, a menos de cuatro años de que deban lograrse los hitos de acción acelerada para 2020, existe el peligro de que el optimismo se transforme en autocomplacencia. Los compromisos mundiales no se han traducido de manera sistemática en más inversión y acciones sobre el terreno. La financiación de la respuesta se ha estancado y los progresos en la reducción de nuevas infecciones por el VIH en adultos se han detenido.

Las deficiencias en la prestación de servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH son mayores en las poblaciones que más los necesitan. Las mujeres y las niñas siguen siendo las más afectadas por la epidemia de sida. Las poblaciones clave, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero, los presos, los hombres homosexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, corren un riesgo mucho mayor de contraer el VIH. Alrededor de 10 millones de personas más que viven con el VIH deben tener acceso a tratamiento para 2020, la mayoría de las cuales no son conscientes de su condición de seropositivas. El creciente número de personas desplazadas por la fuerza debido a las crisis humanitarias hace que el tratamiento del VIH, que permite salvar vidas, se interrumpa con más frecuencia. La inseguridad alimentaria en África Meridional y las crisis alimentarias en el Cuerno de África y Sudán del Sur aumentan la vulnerabilidad, en particular entre las mujeres y las niñas.

La epidemia no ha terminado, pero, con un impulso colectivo adicional, puede hacerlo. Partiendo de la reposición plena del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, una inversión adicional de aproximadamente medio dólar de los Estados Unidos por persona al año en todo el mundo serviría para mantener el impulso de la lucha contra el sida. Esos recursos se deben invertir de manera sensata, usando un enfoque basado en el lugar y la población en todo el ciclo de la vida humana para abordar la particular serie de retos que afrontan las personas, los pueblos, las ciudades, los países y las regiones.

Para poner fin al sida también se debe avanzar en todo el espectro de derechos: civiles, culturales, económicos, políticos, sociales, sexuales y reproductivos. Asimismo, para subsanar las deficiencias en la cobertura de los servicios, es necesario que se intensifiquen los esfuerzos dirigidos a llegar a las mujeres y las niñas, empoderarlas y reforzar su capacidad de actuar, y que los Estados Miembros tomen medidas coherentes para colaborar con la sociedad civil a fin de asegurar que las personas que viven con el VIH, en riesgo de contraerlo o afectadas por él conozcan sus derechos y tengan acceso a la justicia y los servicios jurídicos con objeto de prevenir y denunciar las violaciones de los derechos humanos.

Hasta el momento, los mayores logros de la respuesta mundial al sida se han alcanzado gracias al diálogo abierto, el amplio consenso, el activismo dirigido por las comunidades, la inversión conjunta, la innovación y la acción conjunta. Esas fórmulas para el éxito pueden superar los mayores obstáculos y subsanar las deficiencias pendientes. La participación de la sociedad civil es clave. Los Estados Miembros deben responder al llamamiento del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) de una gran coalición en materia de prevención que estimule la adopción de medidas en torno a los cinco pilares de los programas combinados de prevención del VIH: servicios integrales para mujeres jóvenes y adolescentes y sus parejas masculinas en lugares de alta prevalencia; programas de prevención inspirados en datos empíricos y basados en los derechos

humanos para las poblaciones clave; programas nacionales reforzados sobre preservativos; circuncisión masculina médica voluntaria en países prioritarios; y profilaxis previa a la exposición para los grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH. Todos los programas nacionales de lucha contra el sida exigen un firme elemento de empoderamiento de la comunidad y esfuerzos concretos para superar las barreras jurídicas y en materia de políticas. Es preciso reforzar los mecanismos de rendición de cuentas para estimular la aplicación de más medidas contra la desigualdad de género y la violencia por razón de género.

La adopción de los últimos enfoques basados en datos empíricos para las pruebas y el tratamiento del VIH es esencial a la hora de mantener el impulso dirigido a lograr el objetivo 90-90-90 y que 30 millones de personas tengan acceso a la terapia antirretroviral para 2020. Deben adoptarse medidas inmediatas para la capacitación y el despliegue de 2 millones de nuevos trabajadores sanitarios en las comunidades; la rápida ampliación de los modelos de pruebas a nivel comunitario, las pruebas de diagnóstico rápido, el autodiagnóstico del VIH y la notificación a la pareja; y el aumento de la vigilancia rutinaria de la carga viral hasta lograr su disponibilidad a escala masiva. La investigación científica, en particular el desarrollo de instrumentos innovadores de prevención del VIH, medicamentos más sencillos y eficaces, una vacuna y una cura, requiere inversiones constantes.

ONUSIDA tiene que desempeñar un papel fundamental. Su modelo singular debe perfeccionarse y fortalecerse para que pueda seguir orientando la agenda mundial, ayudando a los países a adoptar enfoques de acción acelerada y sirviendo de guía para la reforma de las Naciones Unidas.

Los logros que tanto ha costado alcanzar no pueden desaprovecharse. Una arquitectura internacional que ha estimulado el liderazgo, proporcionado orientación, movilizó recursos financieros a un nivel sin precedentes y salvado millones de vidas no debe darse por sentada. Medidas como subsanar el déficit de inversión de 7.000 millones de dólares al año y asegurar que los recursos financieros se utilicen de manera sensata permitirían evitar decenas de millones de nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida, con lo que el rendimiento derivado de la inversión sería auténticamente incalculable.

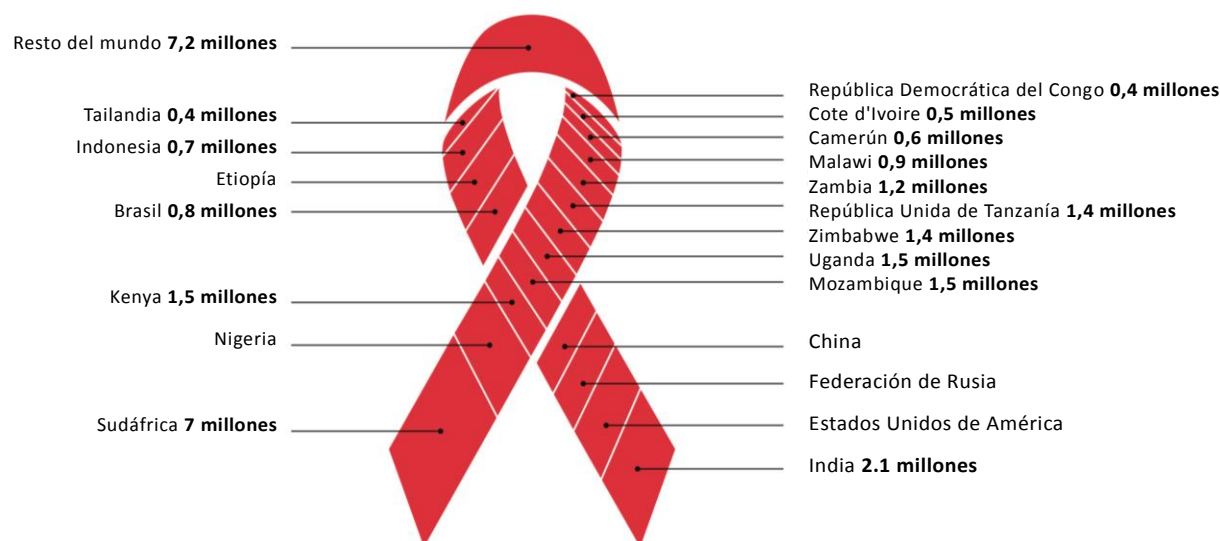
I. Éxitos comunes

1. Tras lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la propagación del sida y poner un tratamiento que salve vidas a disposición de 15 millones de personas para 2015, el optimismo mundial ha impulsado una mayor ambición: poner fin a la epidemia para 2030. Esta meta se enmarca directamente en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su compromiso mundial de no dejar a nadie atrás. En la Declaración Política sobre el VIH/SIDA: en la Vía Rápida para Acelerar la Lucha contra el VIH y Poner Fin a la Epidemia del Sida para 2030¹, aprobada por la Asamblea General el 7 de junio de 2016, se consagra una estrategia de acción acelerada para acabar con el sida. Esa Declaración se basa en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y contiene un amplio conjunto de metas de acción acelerada.

2. Sin embargo, la epidemia del sida dista de haber acabado. Las estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) correspondientes a 2015 revelan que había 2,1 millones [entre 1,8 y 2,4 millones]² de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, 1,1 millones [entre 940.000 y 1,3 millones] de muertes relacionadas con el sida y 36,7 millones [entre 34 y 39,8 millones] de personas que vivían con el VIH. En torno al 80% de las personas que viven con el VIH se concentran en 20 países (véase la figura I).

Figura I

36,7 millones de personas viven con el VIH en todo el mundo, 2015



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2016.

Nota: Las estimaciones de algunos países no estaban disponibles en el momento de la publicación

¹ Resolución 70/266 de la Asamblea General.

² Los corchetes indican los límites aproximados de las estimaciones, con el fin de mostrar el rango en que se encuentra el valor real.

90-90-90: una base para las medidas relacionadas con las pruebas y el tratamiento del VIH

3. El marco del objetivo 90-90-90 de ONUSIDA³ sirve de base para la adopción de medidas por parte de una amplia variedad de interesados. Los datos científicos se han traducido en directrices mundiales sobre las pruebas y el tratamiento del VIH con el objetivo de ampliar en gran medida el acceso a las pruebas para todas las personas que viven con el VIH a fin de que conozcan su condición de portadores lo antes posible tras la infección y se les ofrezca de inmediato terapia antirretroviral. Ese enfoque no solo reduce enormemente las muertes relacionadas con el sida, sino que también contribuye a prevenir las infecciones por el VIH. Los nuevos resultados que arrojan las evaluaciones sobre el impacto del VIH en las poblaciones de Malawi, Zambia y Zimbabwe revelan que un alto porcentaje de las personas que comienzan el tratamiento logran la supresión viral⁴. Esos resultados confirman que se está suministrando terapia antirretroviral de alta calidad en continentes y países de todos los niveles de ingresos.

4. La rápida y constante expansión del tratamiento del VIH es uno de los mayores éxitos de la salud pública mundial. El número de personas que viven con el VIH y tienen acceso a terapia antirretroviral ha aumentado significativamente desde 2005, hasta llegar a los 18,2 millones [entre 16,1 y 19 millones] en todo el mundo a mediados de 2016. Las muertes relacionadas con el sida se redujeron un 45%: de una cifra máxima de 2 millones [entre 1,7 y 2,3 millones] en 2005 a 1,1 millones [entre 940.000 y 1,3 millones] en 2015 (véase la figura II). La meta mundial de que 30 millones de personas reciban tratamiento para 2020 y el hito mundial de que haya menos de 500.000 muertes relacionadas con el sida al año están a nuestro alcance.

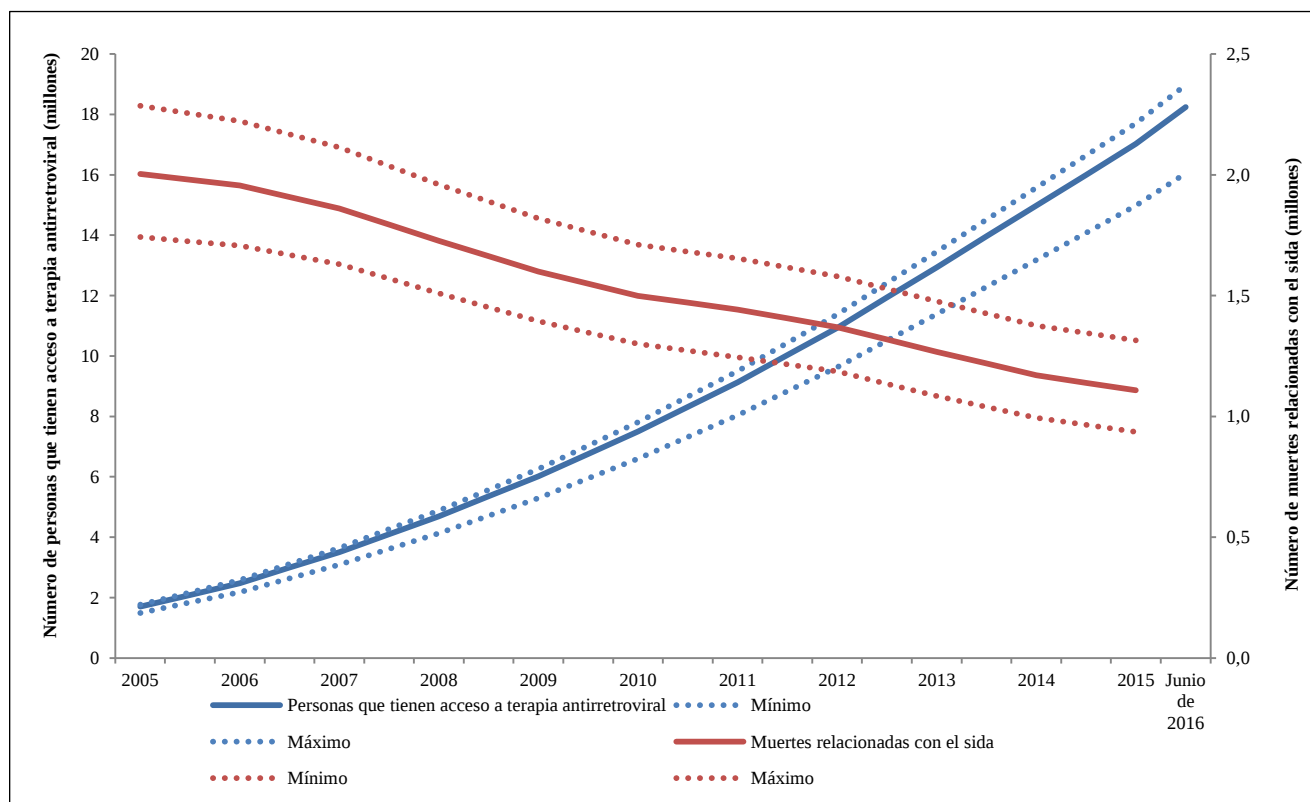
5. No obstante, los limitados avances alcanzados en el primer “90” amenazan con ralentizar los progresos en todo el conjunto de servicios de pruebas y tratamiento del VIH. A finales de 2015, solo el 60% [entre un 56% y un 65%] de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico. Estrategias e instrumentos innovadores, como los modelos de pruebas del VIH a nivel comunitario, el autodiagnóstico del VIH y las pruebas de medición de la carga viral, no se utilizan lo suficiente.

³ El objetivo 90-90-90, presentado por ONUSIDA en la 20ª Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada en 2014, ha centrado los esfuerzos mundiales en un conjunto de metas mensurables para 2020: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de las personas que saben que son seropositivas reciban tratamiento y que el 90% de las personas que reciben tratamiento alcancen la supresión vírica.

⁴ Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, “New population-based HIV impact assessments survey data show critical progress towards global HIV targets”. Se puede consultar en www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/events/world-aids-day/phia-surveys.html.

Figura II

Número de personas que tienen acceso a terapia antirretroviral y número de muertes relacionadas con el sida en todo el mundo, 2005-2016



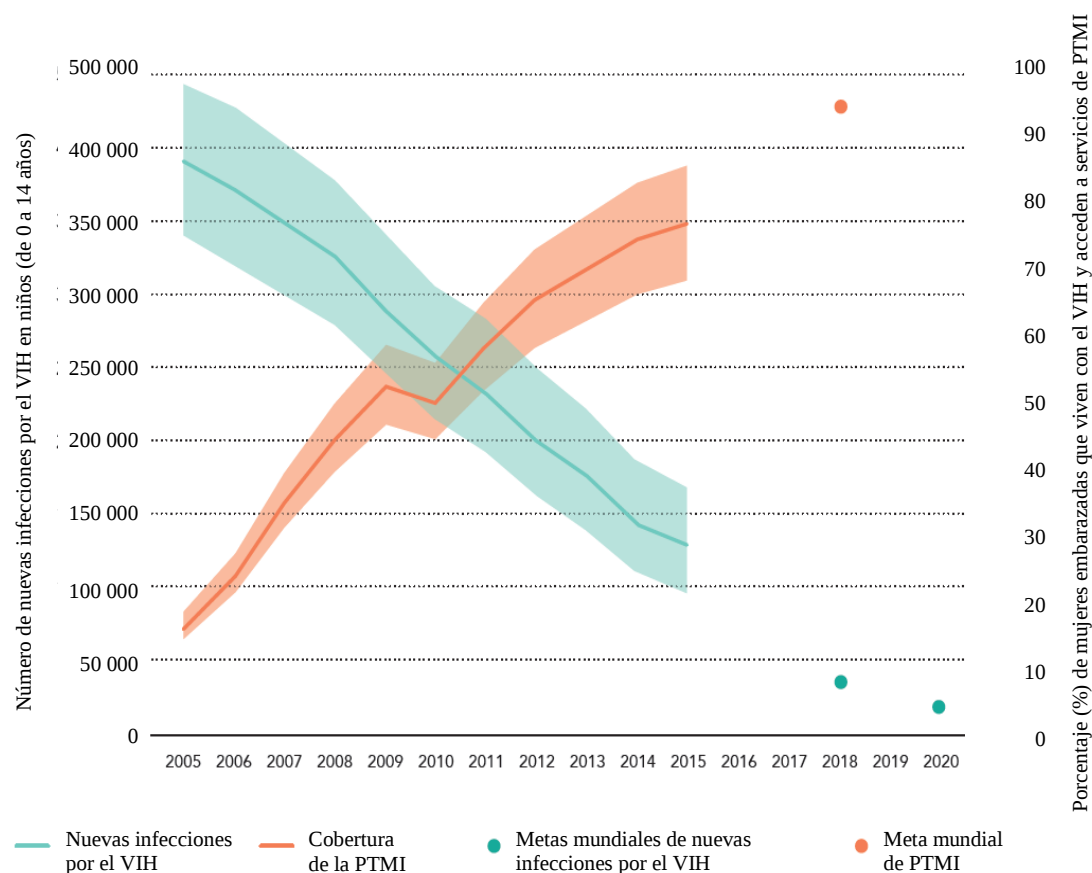
Fuente: Estimaciones de ONUSIDA a partir de “Get on the fast-track: the life-cycle approach to HIV” (Ginebra, ONUSIDA, 2016).

Eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en niños

6. Entre 2011 y 2015, el Plan Mundial para Eliminar las Nuevas Infecciones por VIH en Niños para el 2015 y para Mantener con Vida a sus Madres movilizó la voluntad política mundial y la adopción de medidas a nivel nacional. Como resultado, el número de nuevas infecciones por el VIH en niños de 0 a 14 años se redujo un 56% entre 2009 y 2015 (véase la figura III). La cobertura de los servicios destinados a prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH aumentó de forma espectacular: del 36% [entre un 32% y un 40%] en 2010 al 77% [entre un 69% y un 86%] en 2015. Además, el número de niños de 0 a 14 años que recibían terapia antirretroviral prácticamente se triplicó: de unos 357.000 niños en 2009 a 910.000 niños [entre 801.000 y 947.000] a mediados de 2016, lo que redujo casi a la mitad el número de muertes relacionadas con el sida. Esos logros han inspirado un enfoque basado en el ciclo de vida con el objetivo de que todos los niños disfruten de una vida sin VIH desde su nacimiento hasta la edad adulta.

Figura III

Nuevas infecciones por el VIH en niños (de 0 a 14 años) y porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben medicamentos antirretrovirales (profilaxis o terapia durante toda su vida) para prevenir la transmisión maternoinfantil en todo el mundo, 2005-2015



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2016.

Abreviatura: PTMI, prevención de la transmisión maternoinfantil.

Respuesta mundial al sida: una inversión en términos de impacto y desarrollo

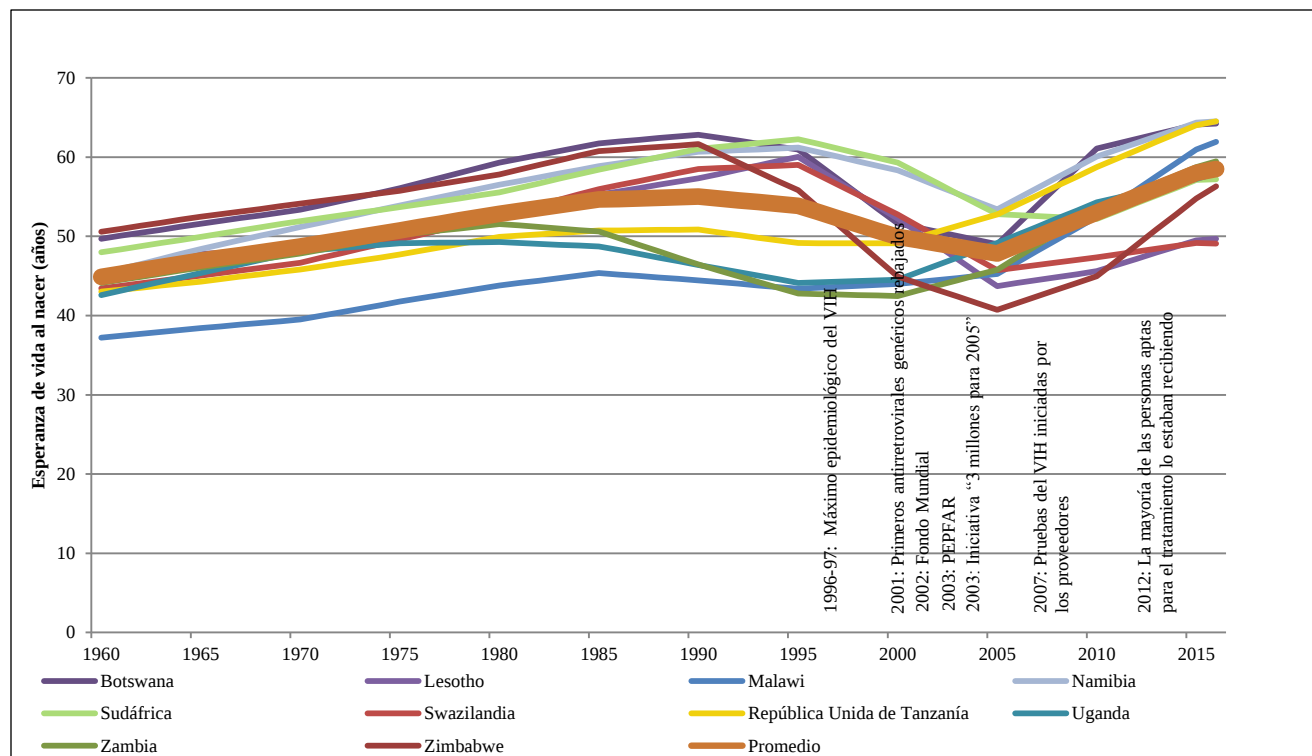
7. La respuesta al sida parece estar contribuyendo al dividendo demográfico y el reciente crecimiento económico de África. En la década de 1990 y a principios de la década de 2000, mientras las muertes relacionadas con el sida aumentaron en los diez países más afectados de África Oriental y Meridional, la esperanza de vida se redujo de los 55 años en 1990 a los 48,9 años en 2006. Este efecto en la población se revirtió una vez que la terapia antirretroviral empezó a estar ampliamente disponible. La esperanza de vida aumentó de forma continua hasta situarse en los 58,4 años en 2015 (véase la figura IV).

8. Los cambios en la esperanza de vida y el crecimiento económico en toda África Subsahariana muestran una correlación positiva, que es particularmente sólida en algunos países concretos, como Zambia (véase la figura V). Los progresos tangibles en la lucha contra el sida han contribuido a una imagen de África como continente de esperanza, prometedor y con enorme potencial. El desarrollo inclusivo y sostenible, que se inspira en la Agenda 2030 y la Agenda 2063, formulada por la Unión Africana, es el camino más seguro hacia la paz y la estabilidad duraderas.

Estas agendas exigen un aumento considerable de la voluntad política y la inversión, tanto a nivel nacional como internacional.

Figura IV

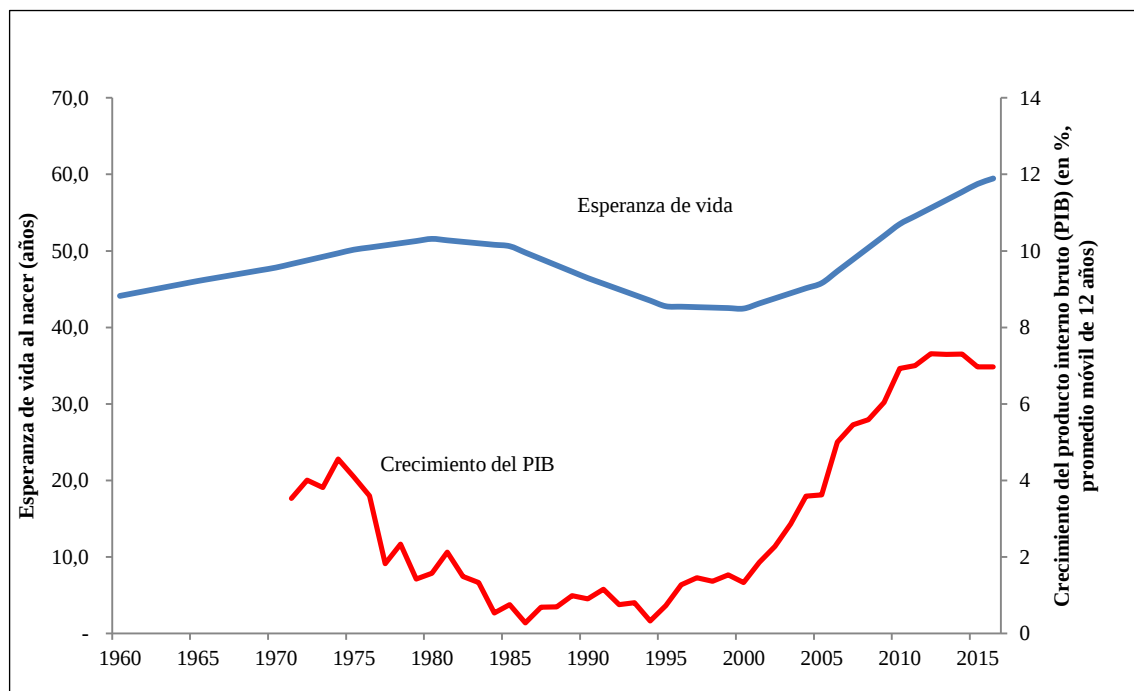
Esperanza de vida en 10 países de África Oriental y Meridional, 1960-2016



Fuente: Análisis de ONUSIDA de los datos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2015 Revision*.

Abreviaturas: PEPFAR, Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el Sida.

Figura V

Esperanza de vida y tasas de crecimiento económico en Zambia, 1960-2016

Fuentes: Análisis de ONUSIDA de los datos económicos del Banco Mundial y los datos de población de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas realizado en 2017, *World Population Prospects: The 2015 Revision*.

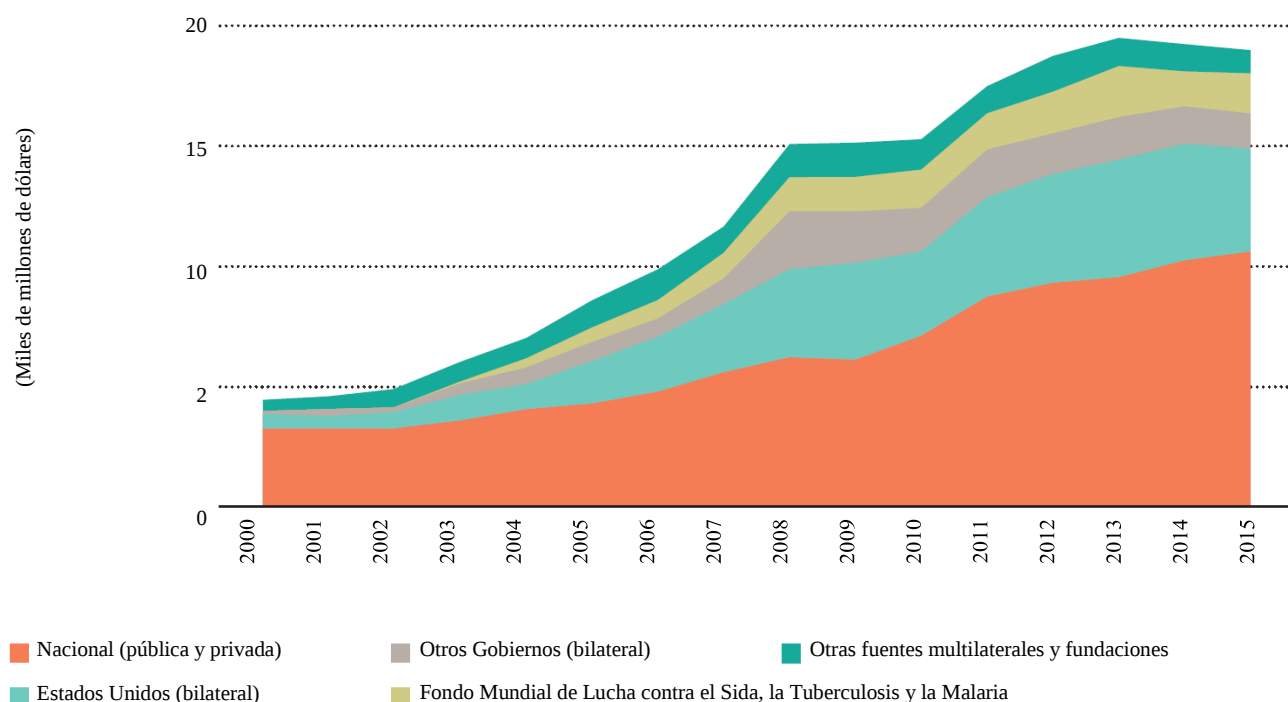
Aumento y aceleración de la inversión conjunta

9. En los primeros años de la respuesta al sida, la aceleración de la inversión conjunta dependía en gran medida de la ayuda bilateral y multilateral. En los últimos años, la inversión nacional ha aumentado de forma continua y ahora representa prácticamente el 60% de todos los recursos para el VIH en los países de ingresos bajos y medianos. Países de ingresos medianos como el Brasil, China, la India, Sudáfrica y Tailandia actualmente financian la inmensa mayoría de sus propios servicios relacionados con el sida. Esta responsabilidad financiera compartida ha sido clave para impulsar los progresos y sigue siendo esencial para la sostenibilidad en un contexto mundial cambiante.

10. La Declaración Política de 2016 sobre el VIH/SIDA incluye el compromiso de invertir de manera adecuada en un enfoque de acción acelerada: 26.000 millones de dólares en los países en desarrollo para 2020, lo que incluye un 25% de la inversión total en prevención del VIH y un 6% de la inversión total en multiplicadores sociales. Si bien la inversión nacional ha aumentado, la reducción de los gastos de los donantes, las fluctuaciones de los tipos de cambio y las demoras en los desembolsos previstos de los donantes han dado lugar a que la inversión total anual en los países de ingresos bajos y medianos disminuya ligeramente en los últimos años, hasta los 19.000 millones en 2015 (véase la figura VI).

Figura VI

Inversión en las respuestas al sida de los países de ingresos bajos y medianos por fuente de financiación, 2000-2015



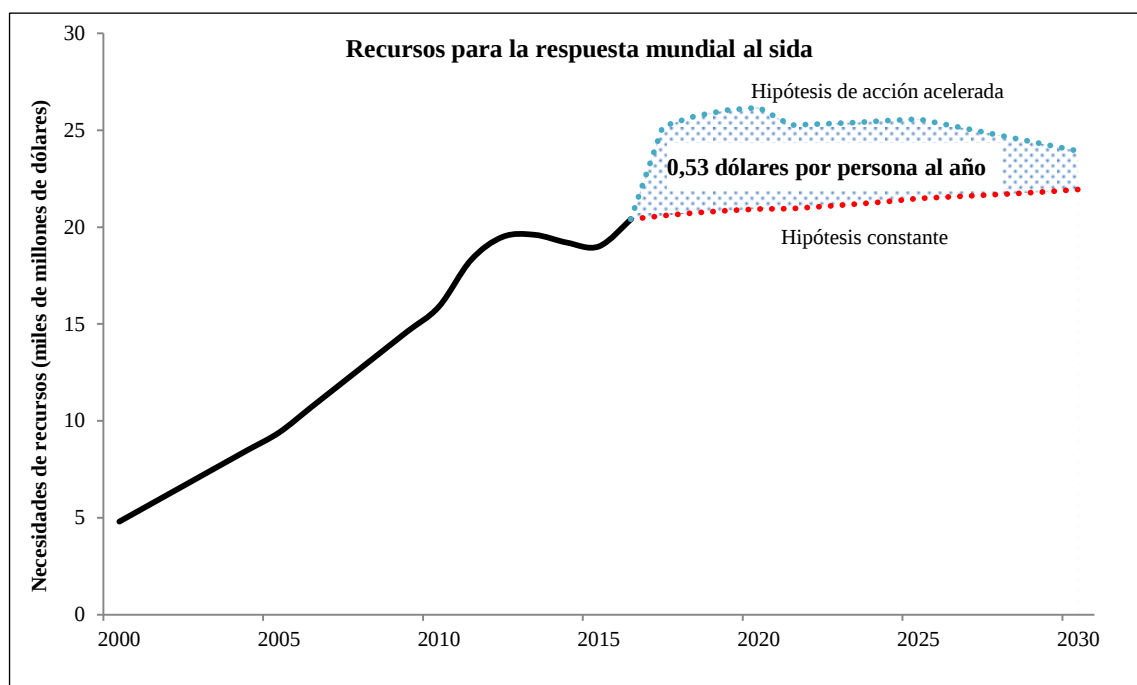
Fuentes: Estimaciones de ONUSIDA, junio de 2016; Jennifer Kates y otros, “Financing the response to AIDS in low -and middle-income countries” (The Henry J. Kaiser Family Foundation y ONUSIDA, julio de 2016); y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Norma Común de Presentación de Información.

11. La reposición plena del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en septiembre de 2016 ha sido un paso importante en la dirección adecuada. Es esencial que todos los países aumenten sus inversiones en todo el sistema de respuesta al sida para acabar con el déficit de inversión de 7.000 millones de dólares, una cantidad que representa 0,53 dólares más [entre 0,37 y 0,93 dólares] por persona y año en todo el mundo entre 2016 y 2030⁵ (véase la figura VII). El rendimiento de este pequeño aumento de la inversión per cápita sería significativo: se evitarían 21,7 millones de nuevas infecciones por el VIH y 8,8 millones de muertes relacionadas con el sida más entre 2016 y 2030 (véase la figura VIII). También se generarían unos beneficios económicos adicionales de 63,30 dólares por persona, o 8,04 dólares [entre 4,56 y 11,52 dólares] por cada dólar gastado⁶. Este rendimiento de la inversión de 8 dólares por cada dólar gastado incluye el valor de una mejor salud y una menor mortalidad.

⁵ Tasa de descuento del 3%, con unos límites máximo y mínimo que dependen de si la mejora en la eficiencia y los costos unitarios de la respuesta al sida se aplica solo a la hipótesis de acción acelerada o a las hipótesis constante y de acción acelerada.

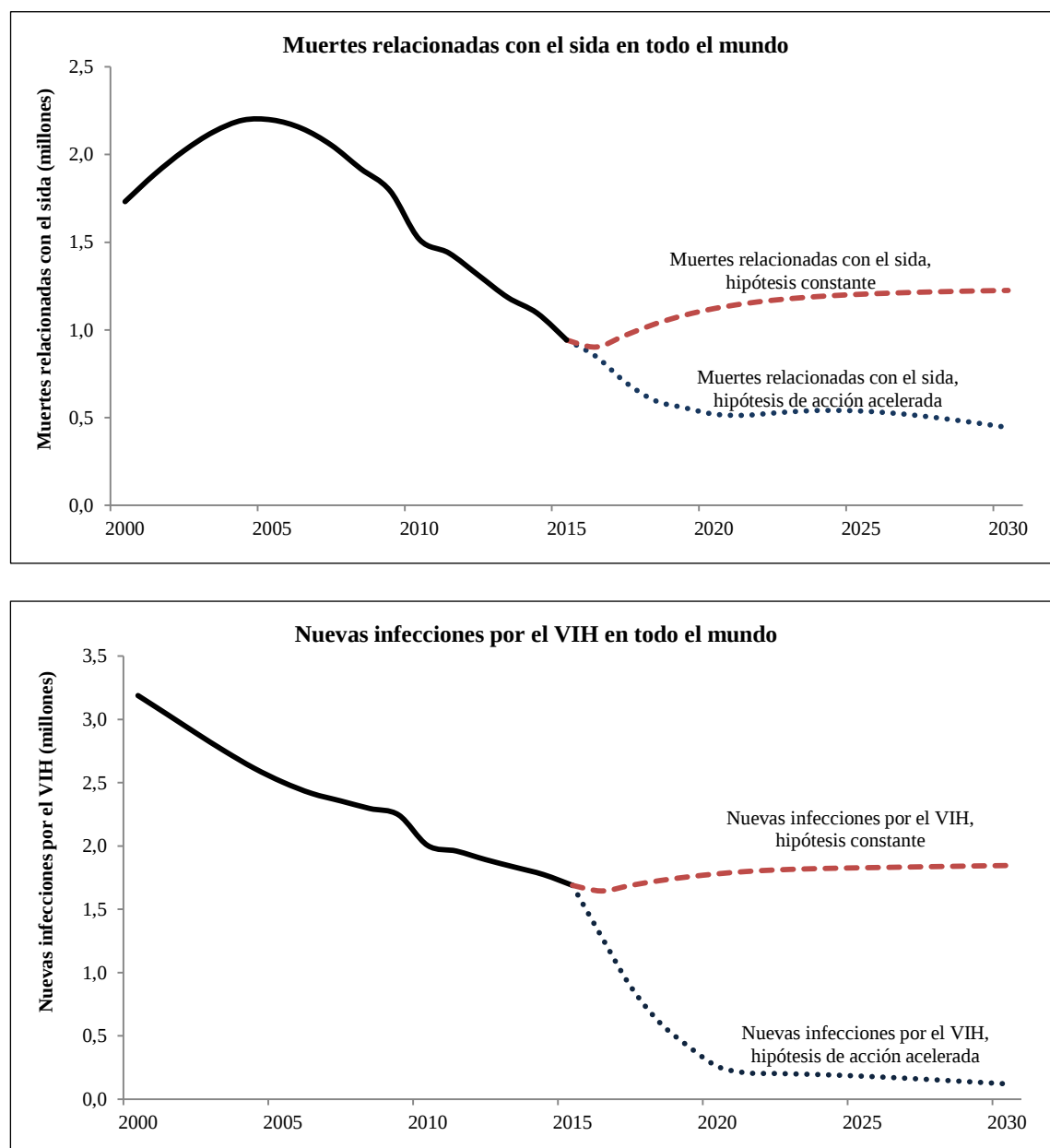
⁶ Erik Lamontagne y otros, “The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030” (2017), en imprenta.

Figura VII
Inversión adicional (por persona y año) necesaria para lograr las metas mundiales, 2016-2030



Fuente: Erik Lamontagne y otros, “The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030”.

Figura VIII
Nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida que pueden evitarse mediante un enfoque de acción acelerada, 2016-2030



Fuente: Erik Lamontagne y otros, "The economic returns of ending the AIDS epidemic by 2030".

II. No dejar a nadie atrás

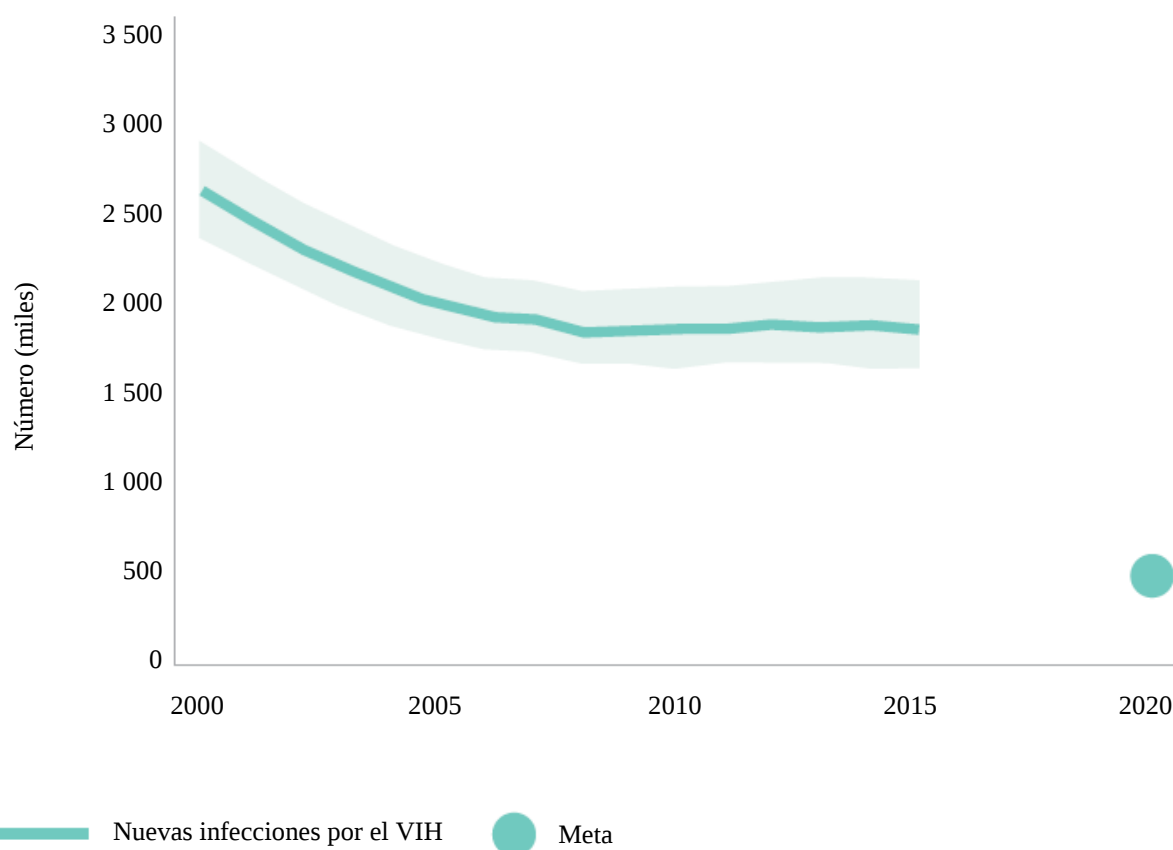
12. No se podrán lograr las metas y los hitos estratégicos de la Declaración Política de 2016 si se mantiene el *statu quo*. La epidemia del sida está lejos de llegar a su fin y hay dificultades persistentes que se interponen en el camino. En nuestros esfuerzos para subsanar las deficiencias, debemos velar por que nadie se quede atrás, empoderando a las personas que han sido marginadas de la sociedad, protegiendo los derechos humanos y prestando servicios a todos los necesitados.

Cinco pilares para lograr que haya menos de 500.000 nuevas infecciones por el VIH para 2020

13. Si bien ha habido progresos continuos en la reducción de las infecciones por el VIH en niños, la reducción de las nuevas infecciones en adultos se ha ralentizado. Desde 2010, el número anual de nuevas infecciones por el VIH en adultos (15 años o más) se ha mantenido básicamente estable en una cifra estimada de 1,9 millones [entre 1,7 y 2,2 millones en 2015] (véase la figura IX). Las tendencias en las poblaciones clave con mayor riesgo de infección por el VIH son todavía más preocupantes. Los datos disponibles sugieren que las nuevas infecciones por el VIH en personas que se inyectan drogas aumentaron un tercio y las nuevas infecciones en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentaron cerca de un 12% en todo el mundo entre 2011 y 2015. Las nuevas infecciones en trabajadores sexuales y personas transgénero se mantuvieron estables durante el mismo período (véase la figura X).

Figura IX

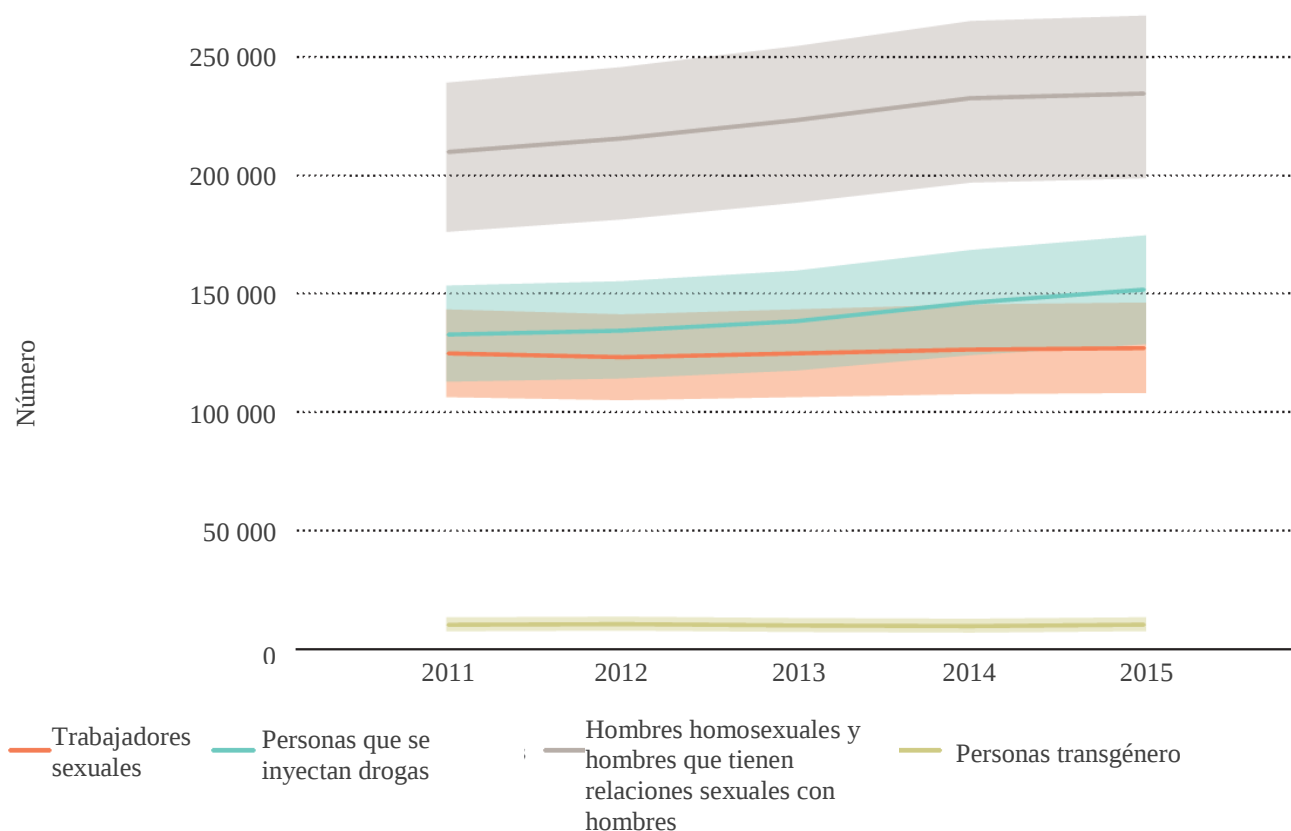
Nuevas infecciones por el VIH en adultos (15 años o más) en todo el mundo, 2000-2015



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2016.

Figura X

Tendencias en las nuevas infecciones por el VIH en las poblaciones clave en todo el mundo, 2011-2015



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2016.

Nota: Los datos sobre las personas transgénero proceden solo de las regiones de Asia y el Pacífico y América Latina y el Caribe.

14. Los modelos epidemiológicos sugieren que es necesario un enfoque equilibrado, que incluya una alta cobertura de una combinación de intervenciones de prevención del VIH de amplia repercusión y una expansión continua del tratamiento⁷. Las experiencias de los países revelan que la intensificación de los esfuerzos de prevención del VIH arroja resultados positivos. En Sudáfrica y Zimbabwe, el aumento del uso de preservativos ha contribuido a reducir la incidencia del VIH^{8,9}. Asimismo, se estima que la despenalización del uso y la posesión de pequeñas cantidades de droga en Chequia, junto con la cobertura relativamente alta de los programas de distribución de agujas y jeringuillas y la terapia de sustitución de opioides, ha contribuido a que las tasas de VIH en personas que se inyectan drogas sean considerablemente bajas en el país¹⁰.

⁷ J. Stover y otros, "What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the fast-track approach", *PLoS ONE* (9 de mayo de 2016).

⁸ D. Halperin y otros, "A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe?", *PLoS Medicine* (8 de febrero de 2011).

⁹ L. Johnson y otros, "The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis", *Journal of the Royal Society Interface* (2012).

¹⁰ Joanne Csete, *A Balancing Act: Policymaking on illicit drugs in the Czech Republic* (Nueva York, Open Society Foundations, 2012).

15. El conjunto de instrumentos destinados a prevenir el VIH se ha ampliado en los últimos años. La adopción de nuevas tecnologías puede contribuir a acelerar la obtención de resultados. En los Estados Unidos de América, la decidida política de San Francisco de incluir la profilaxis previa a la exposición en la amplia respuesta al sida de la ciudad ha coincidido con una reducción del 29% en las nuevas infecciones entre 2012 y 2014¹¹.

16. Para poder reducir el número de nuevas infecciones a 500.000 para 2020 se debe hacer más hincapié en la prevención del VIH a través de un enfoque combinado centrado en las personas y en los cinco pilares siguientes:

a) Programas combinados de prevención, que incluyan la educación sexual integral, el empoderamiento económico y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres jóvenes y adolescentes y sus parejas masculinas en lugares de alta prevalencia;

b) Programas de prevención inspirados en datos empíricos y basados en los derechos humanos para las poblaciones clave, que incluyan servicios especializados y el empoderamiento y la movilización de la comunidad;

c) Programas nacionales reforzados sobre preservativos, que incluyan la adquisición, la distribución, la mercadotecnia social, la venta en el sector privado y la creación de demanda;

d) Circuncisión masculina médica voluntaria en países prioritarios con niveles altos de prevalencia del VIH y niveles bajos de circuncisión masculina, como parte de la prestación más amplia de servicios de salud sexual y reproductiva para niños y hombres;

e) Profilaxis previa a la exposición para los grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH.

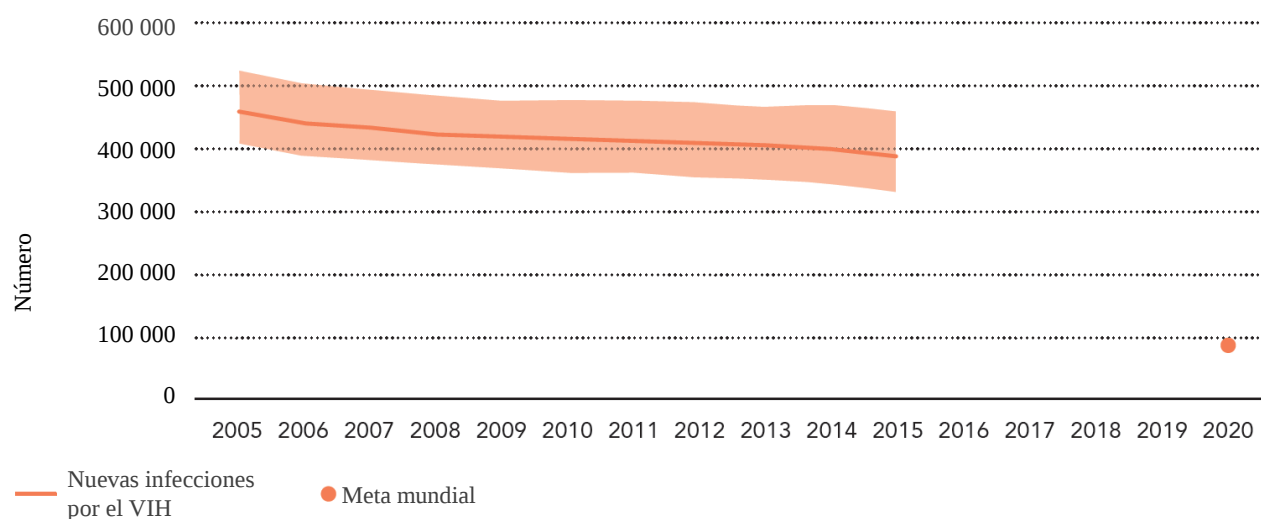
17. Teniendo presente lo anterior, la Declaración Política de 2016 es la primera declaración de ese tipo de la Asamblea General que incluye las metas de cobertura programática para las principales intervenciones en materia de prevención. No obstante, en muchos países esas metas mundiales todavía tienen que traducirse en metas nacionales. Sigue habiendo grandes deficiencias programáticas y es complicado lograr fondos suficientes para los programas de prevención.

Mujeres jóvenes y adolescentes y sus parejas masculinas

18. La Declaración Política de 2016 incluye el compromiso de reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en mujeres jóvenes y adolescentes a menos de 100.000 al año para 2020. Entre 2010 y 2015, las nuevas infecciones en mujeres de 15 a 24 años disminuyeron un 6%: de 420.000 [entre 360.000 y 480.000] a 390.000 [entre 330.000 y 460.000]. Para alcanzar la meta, será necesaria una reducción del 74% entre 2015 y 2020 (véase la figura XI). Será fundamental avanzar más en materia de igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas, como indica el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5. Las iniciativas programáticas deben reconocer la complejidad de la vida diaria de las niñas y mujeres a medida que maduran y crecen y crear una respuesta en torno a sus necesidades.

¹¹ Departamento de Salud Pública de San Francisco, División de Salud Poblacional, Sección de Epidemiología del VIH, *HIV Epidemiology Annual Report 2014* (agosto de 2015).

Figura XI

Nuevas infecciones por el VIH en mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) en todo el mundo, 2005-2015


Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2016.

19. Las intervenciones estructurales pueden abordar las causas de un mayor riesgo de infección por el VIH en mujeres jóvenes y niñas. Por ejemplo, el hecho de que no sea necesario el consentimiento del cónyuge o los padres para acceder a los servicios relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva puede aumentar considerablemente la utilización de esos servicios. La aprobación de leyes que fomenten la amplia difusión de información objetiva y exhaustiva sobre sexualidad mejora los conocimientos acerca de qué protege o perjudica la salud sexual y cómo y dónde obtener más información, asesoramiento y tratamiento.

Poblaciones clave

20. Las poblaciones clave siguen corriendo un riesgo mucho mayor de infección por el VIH. Estudios recientes revelan que las personas que se inyectan drogas tienen 24 veces más probabilidades de contraer el VIH que los adultos de la población general, los trabajadores sexuales tienen 10 veces más probabilidades de contraer el VIH y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen 24 veces más probabilidades de contraer el VIH. Además, las personas transgénero y los presos tienen 49 y 5 veces más probabilidades de vivir con el VIH, respectivamente, que los adultos de la población general.

21. Los programas de distribución de agujas y jeringuillas, la terapia de sustitución de opioides y otros instrumentos y estrategias eficaces para mejorar la salud y la vida de las personas que se inyectan drogas son bien conocidos, pero su disponibilidad es limitada en muchos países. Los jóvenes de las poblaciones clave afrontan riesgos específicos con relación al VIH, a menudo debido a un menor conocimiento de los riesgos o a una menor capacidad de mitigarlos en comparación con sus homólogos de mayor edad y más experimentados. Además, la creciente inversión nacional en las respuestas al sida parece que está dejando de lado a las poblaciones clave. En promedio, la financiación nacional representa solo el 12% de los gastos en programas de prevención para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El porcentaje de gasto total en prevención que procede de fuentes nacionales es igualmente bajo en el caso de los trabajadores sexuales (20%) y las personas que se inyectan drogas (25%).

Preservativos

22. Los preservativos son instrumentos eficaces en función de los costos para prevenir el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados. Se calcula que la necesidad anual de preservativos masculinos en 47 países de África Subsahariana fue de 6.000 millones en 2015. Sin embargo, según se estima, solo se distribuyeron 2.700 millones de preservativos ese año, lo que revela que la necesidad de preservativos quedó desatendida en más del 50%.

23. La insuficiente disponibilidad de preservativos en África Subsahariana se refleja en los bajos niveles de uso de preservativos. En 23 de los 25 países de la región de los que existen datos, menos del 50% de los hombres con relaciones sexuales con múltiples personas señalaron que habían utilizado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales, y en 19 países de África Subsahariana, menos del 60% de las mujeres jóvenes con parejas múltiples utilizaron preservativos.

24. La utilización del preservativo también es baja en las poblaciones clave. Solo en 3 de los 104 países de los que existen datos se informa de que más de un 90% de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres habían utilizado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones de ese tipo. La baja tasa de utilización del preservativo entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos altos, donde la cobertura de la terapia antirretroviral y la disponibilidad de preservativos son altas, está en consonancia con las muestras de complacencia o de fatiga en el uso del preservativo.

Circuncisión masculina médica voluntaria

25. La circuncisión masculina médica voluntaria es una intervención eficaz en función de los costos que se realiza una sola vez y protege parcialmente de por vida frente a la transmisión heterosexual del VIH. Desde 2007, se han realizado enormes esfuerzos para aumentar la circuncisión masculina médica voluntaria en 14 países prioritarios de África Oriental y Meridional que presentan niveles altos de prevalencia del VIH y niveles bajos de circuncisión masculina. No obstante, tras unos años de rápido aumento, el número anual de circuncisiones realizadas en 8 de los 14 países prioritarios se redujo en 2015. Para lograr la meta de que en 2020 haya 25 millones más de jóvenes circuncidados en entornos de alta prevalencia será necesario duplicar el número anual de circuncisiones realizadas en los 14 países prioritarios.

Profilaxis previa a la exposición

26. La profilaxis previa a la exposición es la última incorporación a las opciones de programas combinados de prevención para las personas con alto riesgo de contraer el VIH. Dicha profilaxis permite controlar discretamente el riesgo de contraer el VIH mediante dosis diarias de medicamentos antirretrovirales. Un reducido pero creciente número de sistemas nacionales de salud han aprobado la utilización de la profilaxis previa a la exposición, si bien la escala y la cobertura siguen siendo limitadas. A mediados de 2016, en torno a 60.000 personas solicitaron el acceso a la profilaxis previa a la exposición, la mayoría de ellas en los Estados Unidos. Deberán realizarse muchos más esfuerzos para lograr la meta mundial de que 3 millones de personas en riesgo considerable de contraer el VIH accedan a la profilaxis previa a la exposición para 2020.

La diversidad de las epidemias exige un enfoque basado en el lugar y la población en todo el ciclo de vida

27. Cada región del mundo presenta un conjunto único de desafíos que hay que abordar. África Oriental y Meridional tienen solamente el 6,2% de la población mundial pero albergan a la mitad de la población del mundo que vive con el VIH. En África Occidental y Central, las barreras estructurales, las deficientes cadenas de suministro y los conflictos han obstaculizado los progresos en la lucha contra el sida. La región de Asia y el Pacífico presenta el segundo mayor número de personas que viven con el VIH y en ella la epidemia se concentra en los miembros de las poblaciones clave y sus parejas. La región de América Latina y el Caribe ha logrado avances importantes en la eliminación de la transmisión materno-infantil, mientras que las tasas de nuevas infecciones por el VIH en hombres homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres siguen siendo altas en zonas urbanas. La región del Oriente Medio y el Norte de África presenta la menor prevalencia del VIH, aunque las nuevas infecciones aumentaron un 4% entre 2010 y 2015. Europa Oriental y Asia Central son las únicas regiones en las que la epidemia del VIH sigue creciendo rápidamente y las personas que se inyectan drogas representan la mitad de las nuevas infecciones por el VIH. En Europa Occidental y Central, la alta cobertura a largo plazo de los programas de reducción de daños se ha traducido en un descenso de nuevas infecciones en las personas que se inyectan drogas. No obstante, hay indicios de que los niveles de utilización de preservativos no han mejorado en hombres homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. En América del Norte, un problema importante es el persistente efecto desproporcionado del VIH en los hombres homosexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas, los hombres y mujeres afroamericanos y los migrantes procedentes de zonas altamente endémicas.

28. El reconocimiento de la necesidad de intensificar las medidas regionales condujo a la inclusión de metas regionales en la Declaración Política de 2016 para reducir las nuevas infecciones por el VIH y aumentar el número de personas con acceso al tratamiento. Para abordar la diversidad de las epidemias en las regiones, los países, las ciudades y las comunidades, es preciso un enfoque basado en el lugar y la población que centre las respuestas al VIH en servicios inspirados en datos empíricos y de amplia repercusión para las zonas geográficas y las poblaciones más necesitadas. Muchos países disponen actualmente de la capacidad de vigilar la epidemia del VIH a nivel subnacional. La utilización de esos datos puede mejorar la eficacia y eficiencia de sus respuestas al sida.

29. Se puede utilizar un enfoque basado en el ciclo de vida para abordar mejor la compleja dinámica de la epidemia del VIH. Las innovaciones en la recopilación de datos revelan cómo los riesgos de infección, los problemas para acceder a los servicios y las soluciones a esos problemas cambian en las diferentes etapas de la vida. El riesgo de infección en niños se minimiza cuando se usan a tiempo los medicamentos antirretrovirales y los diagnósticos son rápidos y fácilmente asequibles. La transición de la infancia a la edad adulta es especialmente singular y las adolescentes corren un riesgo bastante mayor de contraer el VIH, en particular en entornos de alta prevalencia. La adolescencia también es un período peligroso para los que ya viven con el VIH: la adhesión al tratamiento es baja y el fracaso del tratamiento es alto. A medida que se avanza hacia la edad adulta, la proporción de hombres que contraen el VIH en todo el mundo aumenta de manera progresiva. También aumentan las nuevas infecciones por el VIH en las personas de edad, y las complicaciones a largo plazo de los medicamentos antirretrovirales, el estilo de vida y las enfermedades relacionadas con la edad plantean importantes problemas para la salud de las personas mayores que viven con el VIH.

III. El sida y la Agenda 2030

30. La Declaración Política de 2016 encaja perfectamente con el planteamiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La Declaración incluye compromisos para eliminar la desigualdad de género; promover, proteger, respetar y realizar todos los derechos humanos y la dignidad; trabajar para lograr la cobertura sanitaria universal; y asegurar la prestación de unos servicios más integrados para el VIH, la tuberculosis, la hepatitis vírica, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades no transmisibles, la farmacodependencia, el apoyo en materia de alimentación y nutrición, la salud maternoinfantil y de los adolescentes, la salud de los hombres, la salud mental y la salud sexual y reproductiva. Estos compromisos refuerzan el carácter holístico de la respuesta al sida y los vínculos en el marco de la Agenda 2030.

Igualdad de género

31. Las mujeres y las niñas siguen siendo las más afectadas por la epidemia de sida. En África Subsahariana, las niñas representan 3 de cada 4 nuevas infecciones por el VIH en personas de 15 a 19 años. Además, el sida sigue siendo una de las principales causas de muerte en mujeres de 15 a 29 años en todo el mundo¹². La mayor vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH va mucho más allá de la fisiología: está estrechamente vinculada a la raigambre de las desigualdades de género, la existencia de normas de género perjudiciales y unas estructuras sociales que limitan que las mujeres y las niñas alcancen su máximo potencial. Los servicios de salud, incluidos los servicios relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva, para mujeres adolescentes y adultas todavía no están disponibles universalmente. Una joven que se ve obligada a abandonar la escuela para complementar los ingresos de su familia tiene menos probabilidades de poseer los conocimientos o las facultades para protegerse frente al VIH. En investigaciones realizadas en Botswana y Swazilandia se llegó a la conclusión de que las mujeres que carecían de alimentos suficientes tenían menos probabilidades de usar preservativos con parejas no estables, y era más probable que mantuvieran relaciones sexuales transaccionales y declararan que no ejercían el control de sus relaciones sexuales¹³.

32. Las experiencias de violencia física y emocional infligida por la pareja en entornos con conductas masculinas controladoras y prevalencia del VIH superior al 5% han estado estrechamente vinculadas a la infección por el VIH en mujeres¹⁴. En algunas regiones, las mujeres que habían sufrido violencia infligida por la pareja tenían 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH que las que no la habían sufrido¹⁵. En algunos casos, la violencia infligida por la pareja que sufren las mujeres jóvenes tiene lugar en situaciones de matrimonio infantil. El matrimonio infantil, que constituye una violación de los derechos humanos fundamentales, puede poner en grave peligro el desarrollo de la niña, traducirse en un embarazo

¹² Organización Mundial de la Salud, "Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015" (Ginebra, 2016).

¹³ Sheri Weiser y otros, "Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland", *PLoS Medicine*, vol. 4, núm. 10 (23 de octubre de 2007).

¹⁴ Dick Durevall y Annika Lindskog, "Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us?", *The Lancet Global Health*, vol. 3, núm. 1 (20 de noviembre de 2014).

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence* (Ginebra, 2013).

precoz y en el aislamiento social, interrumpir su escolaridad y limitar sus oportunidades de desarrollo en materia de carrera y capacitación profesional¹⁶.

33. Hay estudios que demuestran que el aumento de los logros educativos de las mujeres y las niñas reduce el riesgo personal de que una mujer sufra violencia infligida por la pareja¹⁷ y está vinculado a mejores resultados en materia de salud sexual y reproductiva¹⁸, en particular a la reducción de las tasas de infección por el VIH¹⁹. Se ha demostrado que medidas de protección social tales como las transferencias de efectivo empoderan a las jóvenes, contribuyen a que sigan en la escuela y reducen drásticamente las relaciones sexuales por dinero. Las transferencias de efectivo se han utilizado satisfactoriamente como incentivo para que las jóvenes asistan a la escuela y tengan una salud sexual más segura, lo que afecta positivamente a los resultados en materia de VIH²⁰. En Sudáfrica, el porcentaje de niñas de 12 a 18 años que mantenían relaciones sexuales por dinero se redujo casi a la mitad gracias a un proyecto de transferencias de efectivo y disminuyó aún más al aumentar el apoyo financiero y el apoyo social de padres y profesores²¹. Las disposiciones de protección social, como el apoyo en materia de alimentación, también aumentan la adhesión a la terapia antirretroviral. En la Declaración Política de 2016 se alienta a los Estados Miembros a que refuercen los sistemas nacionales de protección social y de la infancia para que antes de 2020 el 75% de las personas necesitadas que viven con el VIH, en riesgo de contraerlo o afectadas por él dispongan de protección social que tenga en cuenta el VIH, como transferencias de efectivo.

Los derechos humanos en el centro del desarrollo y de la respuesta al sida

34. La Agenda 2030 promete “sociedades pacíficas, justas e inclusivas que estén libres del temor y la violencia” y aspira a un mundo en el que “sea universal el respeto” de “la igualdad y la no discriminación” entre los países y dentro de ellos. El mantenimiento del impulso de la lucha contra el sida está vinculado a los esfuerzos para lograr el desarrollo sostenible y afianzar la paz y la seguridad mundiales. Para ello, debemos volver a lo esencial: crear sociedades más resilientes situando los derechos humanos en el centro de las políticas nacionales e internacionales, reduciendo la privación de derechos y la marginación y empoderando a las mujeres y las niñas.

35. En la Declaración Política de 2016, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometen con las estrategias nacionales de lucha contra el sida que facultan a las personas que viven con el VIH, en riesgo de contraerlo o afectadas por él a conocer sus derechos y tener acceso a la justicia y los servicios jurídicos a fin

¹⁶ UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women. Página disponible en <http://data.unicef.org/child-protection/child-marriage.html> (consultada el 6 de julio de 2016).

¹⁷ Lore Heise y Andreas Kotsadam, “Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys”, *The Lancet Global Health*, vol. 3, núm. 6 (junio de 2015).

¹⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial 2013: Maternidad en la niñez – Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes* (Nueva York, 2013).

¹⁹ Jan-Walter De Neve y otros, “Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment”, *The Lancet Global Health*, vol. 3, núm. 8 (agosto de 2015).

²⁰ Jessica Taaffe y otros, “The use of cash transfers for HIV prevention – are we there yet?”, *African Journal of AIDS Research*, vol. 15, núm. 1 (22 de marzo de 2016).

²¹ Lucie Cluver y otros, “Combination social protection for reducing HIV-risk behaviour amongst adolescents in South Africa”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 72, núm. 1 (mayo de 2016).

de prevenir y denunciar violaciones de los derechos humanos. Muchos de ellos han cumplido ese compromiso adoptando medidas eficaces para: examinar y revisar los marcos jurídicos, sociales y en materia de políticas en apoyo de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave; eliminar las restricciones de viaje; transmitir conocimientos básicos de derecho y otro tipo de educación jurídica a las personas afectadas; ampliar el acceso a la justicia; ofrecer programas para eliminar el estigma y la discriminación en los entornos de atención de la salud; desarrollar las competencias de derechos humanos de los legisladores, los policías, los jueces y los trabajadores sanitarios; y ampliar los servicios dirigidos por la comunidad.

36. Sin embargo, todavía existen importantes deficiencias. Hay leyes, políticas y prácticas punitivas que siguen negando el acceso a servicios eficaces a las personas que más los necesitan. Una de cada 8 personas que viven con el VIH señala que se le ha denegado la asistencia sanitaria. Se ha documentado ampliamente la existencia de actitudes estigmatizantes y prácticas de discriminación directa por parte de los trabajadores sanitarios, que, según se ha determinado, constituyen un importante obstáculo en la búsqueda y utilización de los servicios de prevención y tratamiento del VIH, y en la adhesión a ellos, así como en la revelación de la condición de seropositivo. Tipificar como delito el hecho de no dar a conocer la condición de portador del VIH, exponer a otros al virus o transmitirlo hace que las personas no quieran saber su condición o acceder a los servicios relacionados con el VIH, incluidos los servicios y productos de prevención. En 2015, 72 países tenían leyes que permitían específicamente castigar el VIH como delito. Se ha informado de la interposición de acciones penales contra personas por no dar a conocer su condición de portadoras del VIH, exponer potencial o realmente a otros al virus o transmitirlo de forma involuntaria en 61 países, lo que supone un aumento respecto a los 49 países que, como mínimo, tomaban ese tipo de medidas en 2014. A septiembre de 2015, 35 países, territorios y zonas imponían alguna forma de restricción a la entrada, estancia y residencia de las personas que vivían con el VIH por su condición de portadoras del virus.

37. En muchos países existen leyes contra la discriminación, pero su aplicación no es sistemática. En 22 países, más de 1 de cada 5 personas que vivían con el VIH afirmaron que se les había negado un empleo o una oportunidad laboral por su condición de seropositivas. En 7 países, casi la mitad de las personas que vivían con el VIH informaron de que habían perdido un empleo u otra fuente de ingresos por su condición de seropositivas, y en otros 7 países sucedió lo mismo con al menos el 20% de las personas que vivían con el VIH²².

38. El estigma, la discriminación y la tipificación como delito de las relaciones entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y la posesión y el consumo de drogas obstaculizan a diario el acceso a los servicios en demasiados países. Por ejemplo, a junio de 2016, los actos sexuales entre personas del mismo sexo eran ilegales en 73 países y 5 entidades y podían conllevar penas de muerte en 13 países²³. Las mujeres de las poblaciones clave afrontan desafíos y obstáculos concretos, como la violencia y la vulneración de sus derechos humanos. La adopción de medidas coherentes para empoderar a las personas que viven con el VIH o en riesgo de contraerlo es esencial para que realmente nadie se quede atrás.

²² Encuestas del Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH, 2008-2014.

²³ Aengus Carroll, "Homofobia de Estado. Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento", 11ª ed. (Ginebra; Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex, mayo de 2016).

Integración del sida en la agenda de la salud mundial

39. La respuesta al VIH está vinculada a los esfuerzos para reforzar los sistemas de salud, ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar y enfrentar una serie de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Si bien se han hecho importantes progresos en la respuesta a la tuberculosis, sigue siendo una de las causas más comunes de enfermedad y muerte en las personas que viven con el VIH. Las deficiencias de los sistemas de salud siguen traducéndose en oportunidades perdidas para diagnosticar la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH: en torno al 57% de los casos de tuberculosis relacionada con el VIH seguían sin tratarse en 2015. Entre los obstáculos, cabe destacar los vínculos inadecuados con la atención tras el diagnóstico, el rastreo deficiente de las personas y la pérdida de seguimiento, así como la incapacidad de llegar a las personas en situación de mayor riesgo de enfermedad. El creciente número de casos de tuberculosis resistente amenaza con ralentizar los progresos. Entre los pacientes a los que se les diagnostica tuberculosis, deben ampliarse las pruebas de detección del VIH y la oferta inmediata de tratamiento antirretroviral a los que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH necesitan pruebas rápidas de detección de la tuberculosis y de resistencia a la rifampicina, así como tratamientos de prevención de la tuberculosis y asistencia nutricional.

40. Las mujeres que viven con el VIH corren un riesgo entre 4 y 5 veces mayor de desarrollar cáncer cervicouterino²⁴. Ese riesgo está vinculado al virus del papiloma humano (VPH), una infección común en las personas sexualmente activas que resulta complicada de superar en el caso de las mujeres con sistemas inmunitarios debilitados. Para reducir al mínimo las muertes por cáncer cervicouterino, se necesita un enfoque integral. Una estrategia clave es la vacunación temprana de niñas adolescentes, antes de que empiecen a mantener relaciones sexuales. Hasta la fecha, los programas de inmunización contra el VPH se han desarrollado principalmente en países de ingresos altos. De los aproximadamente 118 millones de mujeres destinatarias de los programas de inmunización contra el VPH llevados a cabo entre junio de 2006 y octubre de 2014, solo el 1% procedía de países de ingresos bajos o medianos bajos²⁵. La vinculación del diagnóstico inicial del cáncer cervicouterino y los servicios relacionados con el VIH es un enfoque eficaz en función de los costos. En Zambia, la integración de los servicios hizo extensivo el diagnóstico inicial del cáncer cervicouterino a más de 100.000 mujeres (el 28% de las cuales vivían con el VIH) en un período de cinco años²⁶.

41. Se estima que 10 millones de personas que se inyectan drogas están infectadas con hepatitis C y que un 82,4% de las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH también están infectadas por el virus de la hepatitis C (véase la figura XII). Los programas de distribución de agujas y jeringuillas previenen con eficacia las infecciones por el VIH y el virus de la hepatitis C y evitan que sea necesario un tratamiento duradero y costoso. En ocho países de Europa Oriental y Asia Central, gracias a que se triplicó la cobertura de los programas de distribución de agujas y

²⁴ Sheri Denslow y otros, "Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review", *International Journal of STD & AIDS*, vol. 25, núm. 3 (2014).

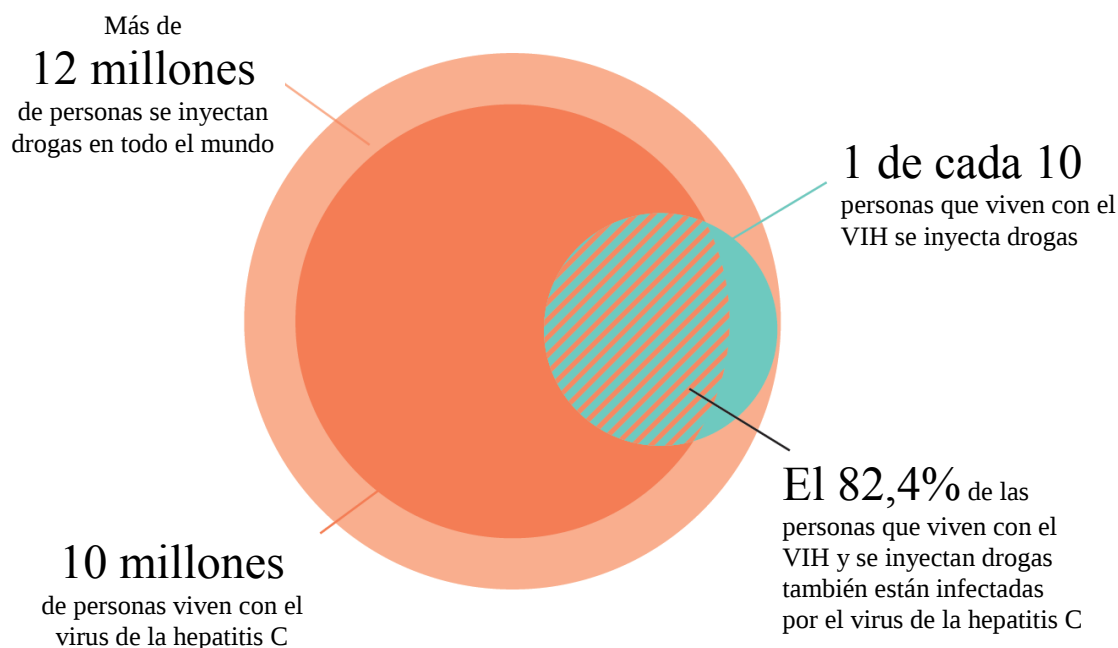
²⁵ Laia Bruni y otros, "Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis", *The Lancet Global Health*, vol. 4, núm. 7 (julio de 2016).

²⁶ Groesbeck Parham y otros, "Implementation of cervical cancer prevention services for HIV-infected women in Zambia: measuring program effectiveness", *HIV Therapy*, vol. 4, núm. 6 (noviembre de 2010).

jeringuillas entre 2005 y 2010 se redujeron los comportamientos arriesgados y las nuevas infecciones²⁷.

Figura XII

Infección simultánea del virus del VIH y el virus de la hepatitis C en todo el mundo, 2014



Fuentes: Estimaciones de ONUSIDA, 2015; Organización Mundial de la Salud, Hepatitis: notas descriptivas (2015); y Lucy Platt y otros, “Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 6, núm. 7 (julio de 2016).

42. Los servicios comunitarios son una manera importante de subsanar las deficiencias y llegar a aquellos que no pueden acceder a los proveedores de servicios tradicionales o tal vez no se sientan cómodos haciéndolo. Teniendo esto presente, el compromiso mundial con los sistemas de salud centrados en las personas que figura en la Declaración Política de 2016 incluye una meta específica para ampliar la prestación de servicios dirigidos por la comunidad a fin de cubrir al menos el 30% de todos los servicios prestados para 2030. Algunas buenas prácticas recientes incluyen el aprovechamiento de los servicios comunitarios en la prestación de respuestas de acción acelerada. Los ensayos de Sustainable East Africa Research in Community Health en Kenya y Uganda están combinando las pruebas y el tratamiento del VIH con la prestación de una serie de servicios primarios de salud. En muchos países, el suministro comunitario de naloxona a las personas que toman opiáceos está resultando ser una medida de salud pública que salva vidas. Se necesita contratar, capacitar y desplegar a un número mucho mayor de trabajadores sanitarios en las comunidades para ampliar el alcance de los modelos de base comunitaria.

²⁷ David Wilson y otros, “The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in Eastern Europe and Central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries”, presentación en la 19ª Conferencia Internacional sobre el Sida, celebrada del 22 al 27 de julio de 2012 en Washington D.C.

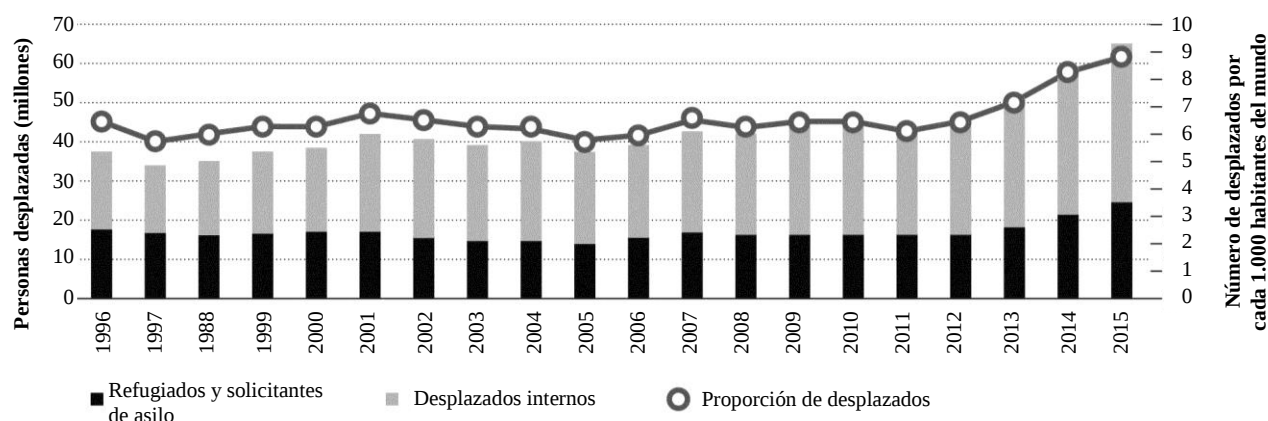
43. La investigación y el desarrollo médicos también requieren una inversión continua. Los recientes progresos para lograr una vacuna contra el VIH han generado nuevas esperanzas de lograr grandes avances. También ha habido acontecimientos interesantes en la búsqueda de una cura, incluidos los enfoques que se centran en los depósitos del VIH en el intestino y la médula ósea. La financiación de estas actividades se ha estancado en los últimos años.

Emergencias humanitarias

44. El número de personas desplazadas por emergencias humanitarias va en aumento. En 2015, 65,3 millones de personas se vieron obligadas a desplazarse en todo el mundo por persecuciones, conflictos, violencia generalizada o violaciones de los derechos humanos, lo que representa un aumento de más del 50% en cinco años (véase la figura XIII)²⁸. Durante el mismo período, el número de personas que vivían con el VIH y recibían terapia antirretroviral prácticamente se duplicó. En conjunto, estas tendencias aumentan la probabilidad de que los conflictos interrumpian el suministro de tratamientos contra el VIH que salvan vidas. ONUSIDA calcula que, en 2013, 1,6 millones de personas que vivían con el VIH, o 1 de cada 22, se vieron afectadas por situaciones de emergencia humanitaria²⁹. Más del 80% de esas personas se encontraban en África Subsahariana.

Figura XIII

Número y proporción de personas desplazadas por la fuerza, 1996-2015



Fuente: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Tendencias globales: desplazamiento forzado en 2015* (Ginebra, 2016).

45. Las altas tasas de explotación sexual y violencia en las situaciones de conflicto y posteriores a conflictos generan determinados riesgos con relación al VIH, incluida la falta de atención clínica segura y accesible. Las investigaciones muestran sistemáticamente que la violencia contra las mujeres y las niñas que ejercen sus

²⁸ En 2014, 59,4 millones de personas se desplazaron por esos motivos, mientras que 19,3 millones de personas más se desplazaron por desastres naturales. Michelle Yonetani y otros, "Global Estimates 2015: People displaced by disasters" (Ginebra, Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos, 2015).

²⁹ Documento de antecedentes de ONUSIDA sobre el VIH en situaciones de emergencia para la 36ª reunión de la Junta Coordinadora de ONUSIDA, celebrada del 30 de junio al 2 de julio de 2015 en Ginebra.

parejas y otros civiles aumenta durante los períodos de conflicto³⁰. Las relaciones sexuales forzadas están vinculadas a un aumento de los traumatismos genitales, las abrasiones y las lesiones durante el coito, que facilitan la transmisión del VIH³¹. Además, es más probable que quienes cometen actos de violencia sexual practiquen relaciones sexuales sin protección y tengan relaciones sexuales con múltiples personas, lo que aumenta la posibilidad de que tengan el VIH u otras infecciones de transmisión sexual³². El estigma social y los tabúes culturales pueden impedir que las víctimas recurran a la justicia y a servicios médicos, incluso si están a su disposición. Esos patrones de violencia contra las mujeres y las niñas ponen de relieve la necesidad de llevar a cabo iniciativas que respondan de manera explícita a todos los tipos de violencia que sufren las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, así como a sus vínculos con el VIH.

46. En la Declaración Política de 2016 se señala la mayor vulnerabilidad de los desplazados y las personas afectadas por emergencias humanitarias, y los Estados Miembros se comprometen a promover la continuidad de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y a proporcionar un conjunto de medidas de atención para las personas que viven con el VIH, la tuberculosis o la malaria en situaciones de emergencia humanitaria y de conflicto, prestando especial atención a las mujeres que viven con el VIH, en riesgo de contraerlo o afectadas por él en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos. Esos esfuerzos deben vincularse a las iniciativas para lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible relativo a las sociedades pacíficas e inclusivas.

IV. Una guía para la reforma de las Naciones Unidas

47. Acelerar el ritmo de la reforma de las Naciones Unidas es una prioridad absoluta. Debemos crear una cultura de rendición de cuentas y sólida gestión del desempeño, haciendo hincapié en el resultado más que en el proceso y en las personas más que en la burocracia. Durante la revisión cuadrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo realizada en 2016, los Estados Miembros pidieron que el sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo fuera más estratégico, integrado, coherente, eficiente, responsable y orientado hacia los resultados³³.

48. Muchas de las reformas cuya introducción se pide en la revisión cuadrienal son práctica habitual en ONUSIDA. Ejemplos de ello son la coordinación activa de las entidades de las Naciones Unidas en los planos mundial y nacional; la utilización de datos empíricos e información estratégica en la formulación de políticas y la orientación programática; los enfoques multisectoriales y de múltiples interesados que se basan en los valores de los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad; y la gobernanza transparente que promueve la participación de la sociedad civil. ONUSIDA también hace un seguimiento de la trayectoria de la epidemia y las medidas de respuesta, y proporciona un apoyo decisivo a mecanismos de financiación como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, incluida la prestación de asistencia técnica para la formulación y ejecución del programa de subvenciones. No obstante, el apoyo

³⁰ Lori Heise y Elizabeth McGrory, “Violence against women and girls, and HIV: report on a high-level consultation on the evidence and implications”, (Consorcio de investigación STRIVE, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2016).

³¹ Alex de Waal y otros, *HIV/AIDS, Security and Conflict: New Realities, New Responses* (Nueva York, Consejo de Investigaciones sobre Ciencias Sociales, 2009).

³² Michael Westerhaus y otros, “Framing HIV prevention discourse to encompass the complexities of war in northern Uganda”, *American Journal of Public Health*, vol. 9, núm. 7 (julio de 2007).

³³ Resolución 71/243 de la Asamblea General.

financiero a ONUSIDA, que depende totalmente de las contribuciones voluntarias, ha disminuido en los últimos años.

49. La discrepancia entre las ambiciones mundiales en lo que respecta al sida y el nivel de financiación de ONUSIDA amenaza la sostenibilidad del Programa Conjunto y los esfuerzos para alcanzar las metas y los hitos incluidos en la Declaración Política de 2016. En respuesta a esta situación, la Junta Coordinadora de ONUSIDA ha encargado a un grupo mundial de examen de múltiples interesados la formulación de recomendaciones para que ONUSIDA sea sostenible y se adecue a su objetivo mediante la revisión y actualización del modelo del Programa Conjunto. Aunque la labor del grupo no ha terminado aún, existe una creciente convicción de que ONUSIDA contribuye de manera singular a la respuesta mundial al sida, sigue siendo especialmente relevante durante esta nueva etapa de reforma de las Naciones Unidas y debe perfeccionarse y fortalecerse para obtener resultados claros en las esferas donde goza de ventaja comparativa.

V. Recomendaciones

Revitalización de la respuesta de acción acelerada para poner fin al sida

50. El tiempo disponible para acelerar la subsanación de las deficiencias financieras y programáticas clave se está reduciendo progresivamente, lo que hace cada vez más difícil acelerar el ritmo de reducción de las nuevas infecciones por el VIH y lograr los hitos incluidos en la Declaración Política de 2016. Se necesita un esfuerzo concertado para acabar con el déficit de inversión de 7.000 millones de dólares en un marco de solidaridad mundial y responsabilidad compartida, sacar aún más al sida del aislamiento y aprovechar al máximo las sinergias entre los diferentes esfuerzos dirigidos a poner fin al sida y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los esfuerzos para lograr la cobertura sanitaria universal requieren una mayor integración de los servicios relacionados con el VIH, la tuberculosis, la hepatitis vírica, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades no transmisibles, la farmacodependencia, el apoyo en materia de alimentación y nutrición, la salud maternoinfantil y de los adolescentes, la salud de los hombres, la salud mental y la salud sexual y reproductiva. Se precisan mayores esfuerzos para hacer frente al VIH y atender las necesidades de salud de las personas afectadas por las emergencias humanitarias, como las personas que se vuelven vulnerables a la infección por el VIH durante los desastres naturales, los conflictos y la migración forzada, y las personas que viven con el VIH cuyo tratamiento podría verse interrumpido en estos contextos.

Aceleración de los compromisos internacionales relativos a los programas combinados de prevención del VIH

51. El progreso hacia las metas de cobertura programática para las principales intervenciones en materia de prevención es desigual. Los Estados Miembros deben responder al llamamiento de ONUSIDA de una gran coalición en materia de prevención para estimular que se adopten medidas en los cinco pilares de los programas combinados de prevención del VIH. Esta coalición debe basarse en el éxito de los modelos de la iniciativa 90-90-90 y el plan mundial para eliminar la transmisión maternoinfantil. La agenda de la coalición debe incluir la plasmación en metas nacionales de los compromisos mundiales sobre la disponibilidad de preservativos, la circuncisión masculina médica voluntaria y la profilaxis previa a la

exposición; la generación de una mayor inversión nacional en programas de prevención que se centren en las poblaciones clave, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero, los presos y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; la prestación del apoyo técnico necesario para subsanar sistemáticamente las deficiencias programáticas en los países de acción acelerada; y el establecimiento de un marco de rendición de cuentas claro que mantenga las iniciativas nacionales de prevención bien encaminadas.

Ampliación continua de las pruebas y el tratamiento del VIH

52. Los principales países de acción acelerada aún no han adoptado las directrices de 2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que exigen la oferta inmediata de terapia antirretroviral tras el diagnóstico y el uso de pruebas de medición de la carga viral como enfoque preferido para vigilar la respuesta de los pacientes al tratamiento, y pocos países han adoptado las directrices más recientes de la OMS sobre las pruebas del VIH. La incorporación de los últimos enfoques de base empírica en lo que respecta a las pruebas y el tratamiento del VIH es esencial a la hora de mantener el impulso para lograr el objetivo 90-90-90.

53. Debe producirse una “revolución de las pruebas” que dé prioridad al derecho de todas las personas a conocer su estado serológico, acerque los servicios relacionados con las pruebas del VIH a las personas y las comunidades que los necesitan y aumente la inversión en ese tipo de servicios. Los países han de adoptar medidas inmediatas para ampliar rápidamente los modelos de pruebas a nivel comunitario, las pruebas de diagnóstico rápido, el autodiagnóstico del VIH y la notificación a la pareja, y aumentar la vigilancia rutinaria de la carga viral hasta lograr su disponibilidad a escala masiva. A fin de mejorar la eficiencia de los programas y ampliar el alcance de los programas de tratamiento, se necesitan inversiones urgentes para contratar, capacitar y desplegar en las comunidades a un mínimo de 2 millones de nuevos trabajadores sanitarios en los próximos dos años, 1 millón de ellos en África Subsahariana.

Fortalecimiento de los esfuerzos para empoderar a las mujeres y las niñas, los jóvenes, las poblaciones clave y las personas que viven con el VIH

54. Para subsanar las deficiencias en la cobertura de los servicios, debe empoderarse a las poblaciones que a menudo se quedan atrás: las mujeres y las niñas, los jóvenes, las poblaciones clave y las personas que viven con el VIH. Todos los programas nacionales en materia de sida requieren un firme elemento de empoderamiento de la comunidad y esfuerzos concretos para superar las barreras jurídicas y en materia de políticas. Los Estados Miembros, la sociedad civil y las organizaciones de mujeres deberían aprovechar el sistema de supervisión mundial del sida de ONUSIDA y las innovaciones en la recopilación de datos a nivel comunitario para reforzar los mecanismos nacionales, regionales y mundiales existentes y mejorar la rendición de cuentas a fin de lograr los compromisos mundiales sobre la permanencia de las niñas en la escuela, el empoderamiento económico, la reducción de la violencia por razón de género y la prestación de toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva. Hacer frente a la discriminación interseccional, en particular en la atención sanitaria, es fundamental para alcanzar las metas de acción acelerada. Los jóvenes necesitan más apoyo para participar como beneficiarios, asociados y líderes en la respuesta al VIH. El

aumento de la recopilación y el análisis de datos desglosados por edad y sexo ayudará a definir los problemas y las oportunidades en todo el ciclo vital.

Perfeccionamiento y consolidación del modelo operativo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA a fin de que pueda prestar un apoyo más eficaz a los países en el cumplimiento de sus compromisos y mantenerse a la vanguardia de la reforma de las Naciones Unidas

55. Los esfuerzos para acelerar el ritmo de la reforma de las Naciones Unidas han exigido la adopción de medidas en esferas que están sólidamente integradas en el funcionamiento de ONUSIDA: la coordinación activa de las entidades de las Naciones Unidas, la gobernanza inclusiva, la utilización de datos empíricos e información estratégica en la formulación de políticas y la programación, y la adopción de enfoques multisectoriales y de múltiples interesados que se basan en los valores de los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad. ONUSIDA también desempeña un papel fundamental en el contexto más amplio de la respuesta al sida asumiendo funciones de liderazgo y dirección estratégica, haciendo un seguimiento de la epidemia y las medidas de respuesta y apoyando a los países para que utilicen al máximo los recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la inversión nacional y otras fuentes de financiación. Se insta a los Estados Miembros a que apoyen los esfuerzos de ONUSIDA para perfeccionar y fortalecer su modelo de Programa Conjunto a fin de que pueda seguir sirviendo de guía para la reforma de las Naciones Unidas, encabezar iniciativas que saquen aún más al sida del aislamiento y apoyar a los países para que aceleren sus respuestas al sida.
