Naciones Unidas A/61/816

Asamblea General

Distr. general
20 de marzo de 2007
Español
Original: inglés

Sexagésimo primer período de sesiones
Tema 46 del programa
Seguimiento de los resultados del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones: aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y Declaración Política sobre el VIH/SIDA: avances logrados en los últimos 12 meses

Informe del Secretario General

Resumen

En la reunión de alto nivel sobre el SIDA, celebrada en Nueva York el 2 de junio de 2006, se declaró un nuevo objetivo mundial: avanzar hacia el objetivo del acceso mundial a los programas de prevención de la infección por el VIH, el tratamiento, la atención y el apoyo para 2010. El compromiso de lograr el acceso universal marcó un hito importante en el camino hacia la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio para 2015, en particular la meta relacionada con el objetivo 6, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, pero también objetivos más amplios relacionados con la pobreza, la educación, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y la salud materna. Este compromiso viene a reforzar las medidas adoptadas a fin de cumplir los compromisos asumidos por los gobiernos en virtud de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, titulada “Crisis mundial–Acción mundial”, aprobada por la Asamblea General en su vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, celebrado en 2001.

A medida que la labor encaminada a lograr los objetivos de desarrollo del Milenio se aproxima a la mitad del período, en el presente informe se ofrece una reseña general de los acontecimientos más recientes en la respuesta mundial al SIDA. El informe representa una evaluación provisional de la respuesta mundial al SIDA en los últimos 12 meses, y está previsto que en 2008 se lleve a cabo un examen más exhaustivo, una vez que los países hayan presentado informes sobre la marcha de los trabajos, como se estipuló en la Declaración Política sobre el VIH/SIDA.

07-27639 (S) 100407 110407

En el último año se han sentado bases sólidas para poner en marcha una iniciativa a más largo plazo encaminada a lograr el acceso universal. Noventa países de ingresos bajos y medianos establecieron metas nacionales para finales de 2006, y 25 de ellos han incorporado estas metas en un plan nacional actualizado en que se especifican costes y prioridades.

Según datos recientes, desde la aprobación de la Declaración Política, también se han logrado avances en otros ámbitos pero será preciso redoblar los esfuerzos para cumplir los compromisos internacionales en relación con el SIDA. Una cuestión importante es encontrar un equilibrio entre la necesidad de ampliar los servicios y lograr el acceso universal en el plazo más breve posible y la necesidad de reforzar las infraestructuras disponibles, incluida la capacidad de la sociedad civil, para que los servicios sean sostenibles a largo plazo.

Las medidas de ampliación de la cobertura del tratamiento siguen cobrando impulso. Se calcula que, a diciembre de 2006, unos 2 millones de personas recibían terapia antirretroviral en países de ingresos bajos y medianos, lo que suponía un 28% de los 7,1 millones de personas que, según los cálculos, lo necesitaban, y un aumento de 700.000 respecto del número estimado de personas que recibían terapia antirretroviral en diciembre de 2005. Sin embargo, el número de personas que mueren de SIDA ha aumentado de 2,2 millones en 2001 a 2,9 millones en 2006. Este aumento obedece mayormente al hecho de que el número de personas con un grado avanzado de infección por VIH que necesitan recibir terapia antirretroviral se ha incrementado más rápidamente que las iniciativas de ampliación de los servicios de terapia antirretroviral.

El proceso de acceso universal exige también que se intensifiquen las medidas de prevención de nuevas infecciones por el VIH. El fracaso en el pasado de las medidas de prevención para responder al crecimiento de la epidemia obedece principalmente a tres problemas: a) inversiones insuficientes en prevención; b) escasa cobertura de los servicios de prevención del VIH para poblaciones con tasas y riesgos de infección por VIH más altos y c) pasividad ante los factores sociales, económicos y culturales que facilitan la infección por el VIH, en particular las desigualdades entre los géneros, el estigma y la discriminación y la falta de protección de otros derechos humanos.

Los procesos nacionales de establecimiento de metas han puesto de relieve algunas de las principales dificultades que ponen freno a los avances. Por ejemplo, son pocos los países que han demostrado claramente disponer de medidas para superar los principales obstáculos al acceso universal, como la debilidad de los sistemas de salud, la escasez de recursos humanos, la falta de financiación previsible y sostenible y la falta de acceso a unos servicios asequibles.

Según estimaciones actuales, las necesidades totales de recursos para combatir el VIH en los países de ingresos bajos y medianos ascenderían a 18.000 millones de dólares en 2007 y a 22.000 millones en 2008. Está previsto que en 2007 se destinen a los programas relacionados con el VIH en estos países unos 10.000 millones de dólares lo que, si bien supone un aumento con respecto a los 8.900 millones disponibles en 2006, cubriría poco más de la mitad de las necesidades. Dado que muchos países, especialmente países de bajos ingresos, no pueden alcanzar los objetivos de acceso universal sin la ayuda de recursos externos, urge destinar más fondos internacionales a la salud pública y el desarrollo.

Transcurridos 25 años desde la aparición de la epidemia, resulta más evidente que nunca que la respuesta mundial no debe limitarse a una acción de emergencia, sino que debe consistir en medidas a más largo plazo que sienten las bases de avances sostenibles. La financiación de la lucha contra el VIH ofrece una oportunidad y un punto de partida para reforzar los sistemas de salud y servicios sociales. Si se utilizan estratégicamente, los recursos destinados a la lucha contra el SIDA pueden mejorar la infraestructura de salud, lo cual, a su vez, contribuye al aumento del porcentaje de niños inmunizados, la seguridad en los hospitales y el acceso a servicios básicos para otros problemas de salud. Para mejorar la sostenibilidad a largo plazo, los programas de lucha contra el VIH deberían estar estrechamente vinculados a otros servicios pertinentes.

Finalmente, muchos países siguen esforzándose por aumentar notablemente el ritmo de la expansión y avanzar hacia el objetivo del acceso universal para 2010. El fortalecimiento de la respuesta mundial y la aplicación plena de los compromisos asumidos previamente por los Estados Miembros, exige que los países conozcan a fondo la epidemia que les afecta e intensifiquen las medidas de prevención del VIH, tracen el camino hacia el acceso universal a los programas de prevención y tratamiento del VIH, financien planes ambiciosos y viables en materia de VIH y los adapten a los sistemas nacionales existentes, sean capaces de examinar periódicamente los avances logrados y presentar informes al respecto y creen capacidades para lograr una respuesta más sólida y sostenible.

"Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de los Estados y Gobiernos … nos comprometemos a seguir desplegando todos los esfuerzos necesarios para ampliar las respuestas globales, sostenibles e impulsadas a nivel nacional para lograr una cobertura multisectorial amplia de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, con la participación plena y activa de las personas que viven con el VIH, los grupos vulnerables, las comunidades más afectadas, la sociedad civil y el sector privado, 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."[1]

– Declaración política sobre el VIH/SIDA

I. Introducción

1. Hace un año, la comunidad internacional reafirmó considerablemente su empeño en detener y comenzar a reducir la propagación del VIH y evitar las muertes que todos los años se producen como consecuencia del SIDA. En la reunión de alto nivel sobre el SIDA, celebrada en Nueva York el 2 de junio de 2006, se declaró un nuevo objetivo mundial: el acceso universal. La Asamblea General, en su resolución 60/262, de 2 de junio de 2006, aprobó la Declaración política sobre el VIH/SIDA, en la que se especifican las condiciones necesarias para que los países puedan avanzar hacia el objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención y a servicios de tratamiento, atención y apoyo para 2010.

2. El compromiso de lograr el acceso universal marcó un hito importante en el camino hacia la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio para 2015, en particular la meta relacionada con el objetivo 6, de haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, pero también objetivos más amplios relacionados con la pobreza, la educación, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y la salud materna. En los últimos 12 meses, el concepto general del acceso universal ha evolucionado y se han definido con mayor precisión los elementos esenciales del proceso. El compromiso del acceso universal no constituye una meta en sí mismo, sino que pone de relieve la necesidad de unas respuestas nacionales al SIDA más urgentes, equitativas, asequibles y sostenibles y de un enfoque del SIDA amplio y multisectorial. El acceso universal implica la movilización de los propios interesados pertinentes a nivel nacional de forma que definan sus propios objetivos. Por ello, los gobiernos se comprometieron en la Declaración política a fijar cuanto antes metas nacionales que reflejaran la necesidad apremiante de avanzar en forma significativa en la consecución del objetivo del acceso universal para 2010.

3. La Declaración política refuerza las medidas adoptadas para cumplir los compromisos asumidos por los gobiernos en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA titulada "Crisis mundial–Acción mundial"[2]. Durante el actual ciclo bienal seguirán presentándose informes nacionales sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos enunciados en ambas declaraciones, y la próxima ronda de informes nacionales deberá presentarse para el 31 de enero de 2008. El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de

[1] Véase el anexo de la resolución 60/262 de la Asamblea General.
[2] Resolución S-26/2 de la Asamblea General, de 27 de junio de 2001, anexo.

la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA) procederá entonces a analizar los datos, y en 2008 se presentará a la Asamblea General un informe exhaustivo sobre la marcha de los trabajos, como se acordó en la Declaración política.

4. En el presente informe se presta especial atención a los avances logrados desde la reunión de alto nivel sobre VIH/SIDA, en particular en lo que respecta al establecimiento de metas a nivel nacional, los datos más recientes sobre el alcance de las principales intervenciones y una evaluación del compromiso político con la respuesta al SIDA, incluidas las estimaciones de los fondos disponibles para 2007. El ONUSIDA publicará además un informe anual en junio de 2007 en el que se pondrán de relieve las funciones y contribuciones específicas realizadas por las Naciones Unidas y completará el contenido del presente informe[3].

5. Transcurridos 25 años desde la aparición de la epidemia, resulta más evidente que nunca que la respuesta mundial no debe limitarse a una acción de emergencia, sino que debe consistir en medidas a más largo plazo que sienten las bases de avances sostenibles. Así pues, será necesario establecer unos planes de financiación sólidos y fiables y poner en práctica estrategias para construir y conservar las infraestructuras nacionales, en particular mediante inversiones en la sociedad civil. También será preciso impulsar las intervenciones que aborden las causas que favorecen la epidemia, como las desigualdades entre los géneros, el estigma y la discriminación y la falta de protección de otros derechos humanos.

II. Novedades desde la aprobación de la Declaración política sobre el VIH/SIDA: hacia el acceso universal

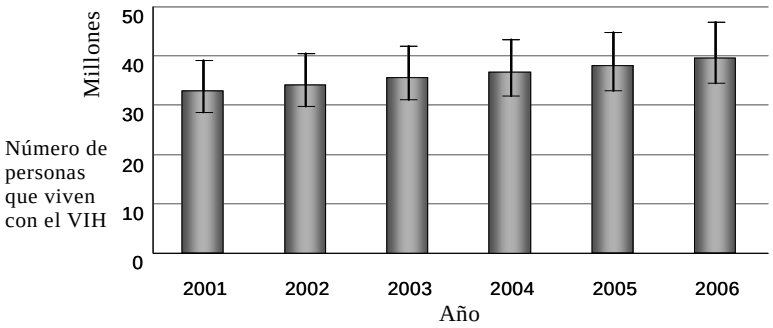
6. En los últimos 12 meses se han logrado avances concretos por lo que respecta al logro del objetivo del acceso universal. En la sección II se describen los elementos más destacados del proceso hasta la fecha, entre los que figuran los cambios en el entorno político, el establecimiento de metas a nivel nacional, la estimación de las necesidades de recursos, la ampliación del tratamiento y la intensificación de la prevención. Aún persisten varias dificultades. En muchos planes nacionales aún no se presta la debida atención a los costes de las intervenciones de prevención en sectores distintos al de la salud y a la terapia antirretroviral de segunda línea o los costes de los servicios de apoyo a los huérfanos y las inversiones en infraestructura. Entre las intervenciones en sectores distintos al de la salud figuran programas que prestan atención prioritaria a lo siguiente: los jóvenes, matriculados o no en centros de enseñanza, la movilización de la comunidad, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, la reducción de los daños que sufren los usuarios de drogas por vía intravenosa y las intervenciones en los lugares de trabajo. A medida que se avanza hacia una respuesta a más largo plazo, resulta también evidente que no sólo se necesitan más recursos financieros para luchar contra el SIDA, sino que es preciso utilizarlos de forma más estratégica e innovadora a fin de dar mayor efectividad a los programas de prevención y tratamiento, mediante servicios sociales públicos más eficaces e iniciativas comunitarias de mayor alcance.

[3] Véase *http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Governance/20070625-pcb20.asp*.

A. Situación de la epidemia mundial de SIDA

7. Se calcula que, a finales de 2006, unos 39,5 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas por el VIH. Esta cifra ha experimentado un aumento considerable desde 2001, cuando se calculó que 32,9 millones de personas vivían con el VIH (gráfico 1). La tasa de nuevas infecciones por el VIH se ha mantenido en torno a los 4 millones de personas al año, mientras que el número de personas que fallecen como consecuencia del SIDA ha aumentado de 2,2 millones en 2001 a 2,9 millones en 2006 (gráfico 2). El aumento de fallecimientos obedece principalmente al hecho de que la ampliación de la terapia antirretroviral se ha visto superada por el aumento del número de personas con una infección por VIH en estado avanzado y que necesitan urgentemente tratamiento[4].

Gráfico 1
Número estimado de personas que viven con el VIH en todo el mundo, 2001-2006

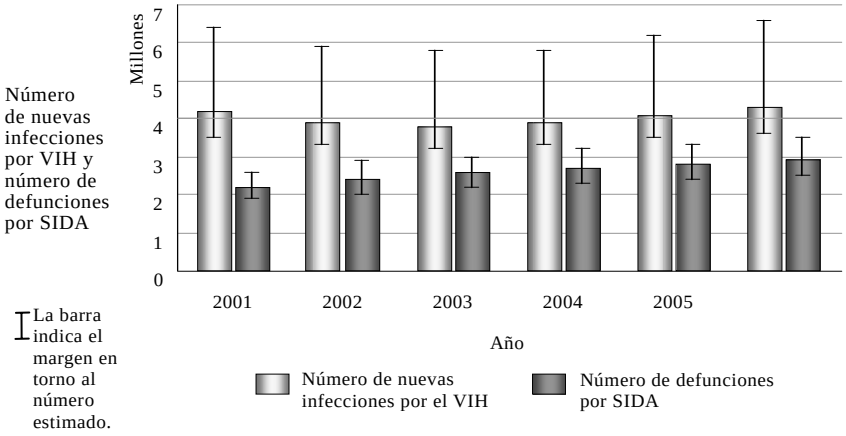


I La barra indica el margen en torno al número estimado.

Nota: Véase Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y Organización Mundial de la Salud, *Situación de la epidemia de SIDA* (ONUSIDA/06.29S) (Ginebra, diciembre de 2006). Puede consultarse en *http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf*.

[4] Como se define en las directrices de tratamiento de la Organización Mundial de la Salud.

Gráfico 2
Número estimado de nuevas infecciones y número de defunciones por SIDA, 2001-2006



Nota: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y Organización Mundial de la Salud, *Situación de la epidemia de SIDA* (ONUSIDA/06.29S) (Ginebra, diciembre de 2006). Puede consultarse en *http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf.*

8. En 2002 el SIDA fue la cuarta causa principal de muerte en todo el mundo. Si la ampliación de los programas de tratamiento del SIDA se limita a ampliar la terapia antirretroviral sin ampliar la prevención, se calcula que para 2030 el SIDA habrá pasado a ocupar la tercera causa de defunciones. No obstante, si se combina con programas de prevención efectivos, se calcula que la carga que supone el SIDA y la mortalidad relacionada con esa enfermedad se reducirán considerablemente (cuadro 1).

9. En 2006 se registró en varios países una disminución de la prevalencia del VIH entre los jóvenes, en particular en Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Haití, Kenya, Malawi, Rwanda, la República Unida de Tanzanía y Zimbabwe. No obstante, las medidas de prevención, en general, no han conseguido adaptarse al ritmo de propagación de la epidemia. Incluso en algunos países que se han visto muy afectados por el SIDA, como Sudáfrica y Swazilandia, un elevado porcentaje de la población aún cree no encontrarse en peligro. En la mayoría de los países, el estigma y la discriminación que sufren quienes viven con el VIH disuaden a muchas personas de someterse a las pruebas del VIH e informar de su situación a sus parejas sexuales.

Cuadro 1
Cambios en la clasificación de las 15 primeras causas de defunción, 2002 y 2030

Enfermedad o lesión	*Puesto en 2002*	*Puesto en 2030*
Cardiopatía isquémica	1	1
Enfermedad cerebrovascular	2	2
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3	5
VIH/SIDA	4	3
Neumopatía obstructiva crónica	5	4
Transtornos perinatales	6	9
Enfermedades diarréicas	7	16
Tuberculosis	8	23
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	9	6
Accidentes de tráfico	10	8
Diabetes mellitus	11	7
Paludismo	12	22
Enfermedad cardíaca hipertensiva	13	11
Lesiones autoinfligidas	14	12
Cáncer de estómago	15	10
Nefritis y nefrosis	17	13
Cáncer de colon y de recto	18	15
Cánceres de hígado	19	14

Fuente: Colin D. Mathers y Dejan Loncar, “Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030”, *PLoS Medicine*, vol. 3, No. 11 (noviembre), cuadro 2.

10. Las desigualdades entre los géneros siguen contribuyendo a la feminización de la epidemia, si bien se han producido cambios en la dinámica del proceso. El número de mujeres casadas, adolescentes y mujeres jóvenes que se están infectando va en aumento. En muchas regiones, el número de adolescentes y mujeres de 15 años de edad o más que viven con el VIH ha llegado en la actualidad a un nivel sin precedentes, mientras que en todo el mundo el porcentaje de mujeres que viven con el VIH asciende al 48%. Los jóvenes están especialmente expuestos al riesgo, ya que un 40% de las nuevas infecciones en 2006 se produjeron entre personas de 15 años de edad o más.

11. En todo el mundo suele denegarse el acceso a la información y los servicios a los consumidores de drogas por vía intravenosa, las profesionales del sexo, los reclusos, los migrantes y los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y estas personas son a menudo objeto de discriminación y violencia, lo que les convierte en la población más expuesta al riesgo de infección por el VIH. En los últimos dos años han surgido brotes de VIH entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres en Camboya, China, la India, Nepal, el Pakistán, Tailandia y Viet Nam. Recientemente, el consumo de drogas por vía intravenosa se ha convertido en un nuevo factor de infección por el VIH en el África subsahariana, especialmente en Mauricio, pero también en Kenya, Nigeria, la República Unida de

Tanzanía y Sudáfrica. Lamentablemente, estas tendencias no siempre han dado lugar a una respuesta nacional comparable en materia de prevención.

B. El entorno político y los avances hacia el acceso universal

12. El compromiso político con respecto al SIDA siguió fortaleciéndose en 2006 y clara muestra de ello es la Declaración política sobre el VIH/SIDA aprobada durante la reunión de alto nivel sobre el SIDA. La Asamblea General reconoció que la epidemia constituía una emergencia mundial y uno de los desafíos más formidables. En la actualidad el consenso mundial ha pasado a un segundo plano y se hace mayor hincapié desde el punto de vista político en las medidas a nivel nacional, ya que es preciso reforzar la capacidad para ofrecer respuestas reforzadas, eficientes y multisectoriales en materia de VIH a nivel nacional que permitan aprovechar al máximo los recursos financieros disponibles.

13. A menudo, las iniciativas bilaterales y multilaterales de apoyo a las respuestas al SIDA de los países de ingresos bajos y medianos han dado prioridad al logro de resultados rápidos en detrimento de los efectos sostenibles a largo plazo. Muchos donantes establecieron sus propios sistemas de gestión y vigilancia paralelos a los planes y sistemas nacionales de mayor envergadura. En 2004 se formularon los "Tres unos", un conjunto de principios rectores para mejorar la coordinación de las respuestas nacionales al SIDA[5]. En el documento final de la Cumbre Mundial de 2005, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a trabajar activamente para aplicar los principios de la iniciativa "Tres unos", y la Asamblea General los hizo suyos en la Declaración política sobre el VIH/SIDA.

14. Según datos proporcionados por ONUSIDA, en enero de 2007 un total de 73 países de ingresos bajos y medianos habían establecido un marco nacional de lucha contra el SIDA elaborado mediante un proceso inclusivo en el que intervinieron múltiples interesados. De estos marcos, 51 han servido de base para negociar las aportaciones financieras de los principales asociados. No obstante, muchos países carecen de algunos elementos de planificación esenciales. Sólo 49 países cuentan con un proceso para realizar exámenes participativos periódicos de los progresos y sólo 40 países han concretado sus marcos nacionales en planes operacionales presupuestados. En relación con el tercer principio de los "Tres uno", el sistema de vigilancia y evaluación a nivel nacional, los datos de ONUSIDA indican que 56 países de ingresos bajos y medianos cuentan con sistemas de vigilancia y evaluación en funcionamiento, pero sólo en 35 se han establecido mecanismos para obtener y analizar los informes de los principales asociados.

15. A fin de facilitar la aplicación de los "Tres unos" a nivel nacional, la secretaría de ONUSIDA y el Banco Mundial elaboraron en 2006 el instrumento de armonización y alineación entre países, que ofrece a los países un marco y una herramienta para evaluar el grado de eficacia con que las organizaciones

[5] En los principios de la iniciativa de los "Tres unos" se exhorta a los asociados internacionales y nacionales a colaborar en un marco de acción acordado en materia de SIDA, coordinado por una autoridad coordinadora nacional sobre el SIDA que tenga un mandato de base amplia y multisectorial y con un sistema convenido de vigilancia y evaluación a nivel nacional.

internacionales y nacionales incorporan los programas en los países[6]. De la utilización inicial de este nuevo instrumento se puede extraer la conclusión de que los asociados internacionales no respetan plenamente los compromisos asumidos en la Declaración de Roma sobre armonización de 2003 y en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo: armonización, alineación, resultados y mutua responsabilidad de 2005. Los informes sobre los resultados de siete países describían el nivel de participación de la sociedad civil y mostraban que la participación en la planificación no garantizaba en modo alguno la participación en otras fases fundamentales del proceso, como los debates sobre la asignación de recursos.

16. Si bien no hay duda de que es preciso realizar nuevos avances para aplicar plenamente los principios de los "Tres unos" a nivel nacional, en los últimos años han surgido varias prácticas recomendadas en relación con la adaptación de las iniciativas internacionales a las prioridades nacionales. En Mozambique, por ejemplo, el Gobierno nacional, los donantes, la sociedad civil y el sistema de las Naciones Unidas firmaron en 2006 un código de conducta en el que se definían los principios, mecanismos y funcionamiento de un foro de asociados nacionales, como las reuniones mensuales de coordinación, los exámenes conjuntos y los procesos de evaluación anuales y la asistencia técnica a la autoridad coordinadora nacional sobre el SIDA.

C. Establecimiento de metas nacionales para avanzar hacia el acceso universal

17. En la Declaración política sobre el VIH/SIDA se exhortó a todos los países a establecer metas nacionales ambiciosas en materia de prevención del VIH, tratamiento, atención y apoyo para finales de 2006 que reflejaran el compromiso de avanzar hacia el objetivo del acceso universal para 2010. El establecimiento de metas claras, incluidas las metas intermedias para 2008 y los resultados previstos para 2010, facilita la adaptación de los asociados a las prioridades nacionales y hace que los países asuman la responsabilidad directa de alcanzar las metas que ellos mismos han establecido. El establecimiento de metas facilita también las iniciativas de los países y de los asociados internacionales para movilizar apoyo y recursos internacionales.

18. El proceso de establecimiento de metas recomendado por ONUSIDA[7] reúne a una amplia gama de interesados, incluidos los representantes de la sociedad civil, ofrece un marco decisivo para evaluar los compromisos nacionales, sirve de apoyo a las medidas adoptadas por los gobiernos para adaptar sus respuestas a la naturaleza y las necesidades específicas de las epidemias que les afectan y fomenta la transparencia y la rendición de cuentas.

19. A finales de 2006, 90 países de ingresos bajos y medianos habían establecido metas. Por ejemplo, en el África central y occidental, varios países han establecido metas ambiciosas para ampliar la cobertura de los servicios de tratamiento antirretroviral y prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos y están actualizando en consecuencia su programa nacional estratégico (gráficos 3 y 4).

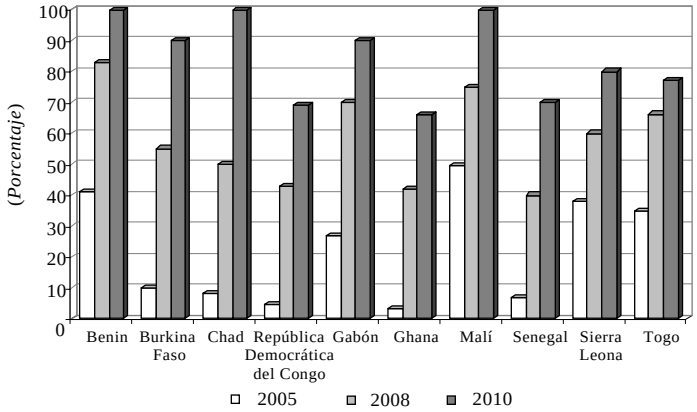
---

[6] El instrumento de armonización y alineación entre países se puso en marcha con carácter experimental en los siete países siguientes a finales de 2006: Botswana, Brasil, Indonesia, Nigeria, República Democrática del Congo, Somalia y Zambia.

[7] ONUSIDA, "Setting national targets for moving towards universal access: operational guidance" (Ginebra, 2006).

Gráfico 3

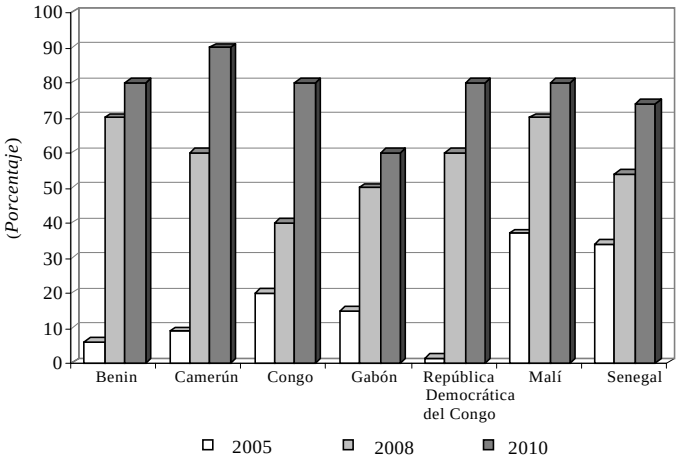
Mujeres, hombres y niños con un grado avanzado de infección por el VIH que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral en 2005 y metas previstas para 2008 y 2010 en varios países del África subsahariana



Fuente: ONUSIDA, basado en datos presentados durante la reunión especial del personal directivo superior del Programa, celebrada en Glion (Suiza) en febrero de 2007.

Gráfico 4

Mujeres embarazadas seropositivas que recibieron un curso completo de profilaxis antirretroviral para reducir los riesgos de transmisión de madre a hijo en 2005 y metas previstas para 2008 y 2010 en varios países del África subsahariana



Fuente: ONUSIDA, basado en datos presentados durante la reunión especial del personal directivo superior del Programa, celebrada en Glion (Suiza) en febrero de 2007.

20. A finales de 2006, Kenya puso en marcha una iniciativa encaminada a lograr resultados rápidos por la que se pedía a los distritos que establecieran metas en materia de tratamiento que habrían de alcanzarse en un plazo de 100 días. Los resultados fueron extraordinarios: casi todos los distritos superaron las metas establecidas, lo que demostró que el establecimiento de metas podía servir de acicate y contribuir a clasificar las medidas según su prioridad.

21. De los 90 países que habían establecido metas para finales de 2006, 81 habían establecido metas relacionadas con el tratamiento, 51 habían establecido metas relacionadas con los servicios de atención a los huérfanos y 84 habían establecido al menos una meta relacionada con la prevención, si bien en la amplia gama de intervenciones en materia de prevención se observa una menor coherencia. Dos terceras partes de estos países han establecido metas relacionadas con la distribución de preservativos y la prevención de la transmisión de madre a hijo, mientras que sólo la mitad ha establecido metas relacionadas con las pruebas del VIH, la modificación de comportamientos y la distribución de información adecuada a los jóvenes.

22. En atención a la diversidad de la sociedad civil, incluidos los representantes de las personas que viven con el VIH, las organizaciones de servicios relacionados con el SIDA, las comunidades basadas en la fe, los sindicatos y los grupos empresariales, muchas de las autoridades nacionales encargadas del SIDA han solicitado la participación de los representantes de la sociedad civil en los procesos de consulta y establecimiento de metas, incluidos los procesos de aplicación y vigilancia de las respuestas al VIH. En Malawi, la asociación nacional de personas que viven con el VIH dirigió la creación de una coalición de grupos de la sociedad civil que ha desempeñado una función esencial en el proceso de acceso universal.

23. El proceso de consultas y establecimiento de metas a nivel nacional ha permitido a los asociados lograr un consenso sobre el modo de lograr el acceso universal y ha suscitado un interés renovado en la intensificación de las intervenciones de prevención a fin de mantener las iniciativas en materia de tratamiento. No obstante, algunos países se muestran preocupados en sus informes por el hecho de que algunas metas puedan ser excesivamente ambiciosas, lo que restaría efectividad a su establecimiento.

24. Tras haber establecido las metas, unos 70 países se encuentran en proceso de formular o actualizar sus planes nacionales de lucha contra el SIDA a fin de incorporar esas metas y un total de 25 países ya han determinado los costes que entrañaría la actualización de los planes. No obstante, un examen realizado por el ONUSIDA, revela que la calidad de estos planes es desigual, en particular en lo que respecta a la exhaustividad de las intervenciones, la priorización de las medidas previstas y la fiabilidad del cálculo de costes. En muchos planes no se abordan los obstáculos que impiden el acceso universal señalados en las consultas nacionales celebradas en los meses anteriores a la reunión de alto nivel sobre el SIDA, como las desigualdades entre los géneros, el estigma y la discriminación, la debilidad de los sistemas de atención de salud, la insuficiencia de los recursos humanos, la falta de financiación previsible y sostenible y la falta de acceso a servicios y productos básicos asequibles, o no se determinan los costes de las principales medidas necesarias para superarlos.

25. Al calcular los costes, muchos países no han tenido en cuenta la necesidad del tratamiento de segunda línea, ya que los precios actuales de estos medicamentos son inasequibles para la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Un ejercicio de estimación de recursos realizado recientemente en Kenya mostró que los recursos necesarios para el tratamiento experimentaban un aumento exponencial al incluir en el cálculo el tratamiento de segunda línea.

26. A algunos de los países que han calculado los costes de sus planes nacionales el proceso les ha servido para darse cuenta de sus limitaciones en lo que respecta a la disponibilidad de fondos y la sostenibilidad de planes ambiciosos. Por ejemplo, en el plan de ampliación de Zambia, en que se incluyen medidas para hacer frente a

la crisis de recursos humanos, se establece una meta de cobertura del 50% porque el Gobierno no estaba seguro de que su contribución nacional le permitiría sostener un mayor nivel de cobertura. El ejercicio de cálculo de costes realizado por Mauritania en el contexto de su marco de gastos a mitad de período le brindó la oportunidad de movilizar recursos internos y externos adicionales.

27. Algunos países experimentan dificultades para movilizar recursos procedentes de fuentes internacionales o nacionales debido a su pobre historial de desempeño, lo que complica aún más el establecimiento y el logro de metas ambiciosas. La utilización de los recursos disponibles con mayor eficacia redunda en interés tanto de los gobiernos como de los asociados para el desarrollo y para ello es preciso coordinar mejor el apoyo técnico y armonizar las iniciativas. Es importante encontrar un equilibrio entre la necesidad de ampliar los servicios y lograr el acceso universal en el plazo más breve posible y la necesidad de reforzar las infraestructuras disponibles, incluida la capacidad de la sociedad civil, para que los servicios sean sostenibles a largo plazo.

D. Recursos financieros: fondos necesarios y procedencia de los mismos

28. Según estimaciones actuales, las necesidades totales de recursos para combatir el VIH en los países de ingresos bajos y medianos ascenderían a 18.000 millones de dólares en 2007 y 22.000 millones en 2008. Las necesidades de los países de ingresos más bajos[8] representan la mitad, aproximadamente, de las necesidades de recursos mundiales para 2008. Se calcula que las necesidades de los países de ingresos medianos bajos representarán una tercera parte de las necesidades totales de recursos mundiales, es decir, unos 6.500 millones de dólares, en 2008.

29. En 2007 se destinarán unos 10.000 millones de dólares a programas relacionados con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos. Aunque eso supondría un aumento con respecto a los 8.900 millones disponibles en 2006, sólo representaría algo más de la mitad de las necesidades de 2007, estimadas en 18.000 millones de dólares.

30. Dado que muchos países no pueden lograr los objetivos de acceso universal sin asistencia externa, urge destinar más fondos internacionales a la salud pública y el desarrollo. Los países que estén en condiciones de hacerlo, especialmente aquéllos con economías fuertes y en crecimiento, deben invertir más fondos propios en la lucha contra el VIH y en la salud en general.

31. Algunos mecanismos mundiales de financiación, como el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para paliar los efectos del SIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Banco Mundial, así como otros programas innovadores de movilización de recursos, como las tasas sobre los billetes de avión del Mecanismo internacional de compra de medicamentos (UNITAID), están contribuyendo a un aumento más estable y previsible de la financiación mundial de la lucha contra el VIH. Algunas organizaciones como la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación William J. Clinton, entre otras, también contribuyen de forma significativa a la financiación de la lucha contra el VIH y a su apoyo técnico. También son importantes los planes de seguros públicos y privados de protección financiera y social que garanticen la previsibilidad y la sostenibilidad de la

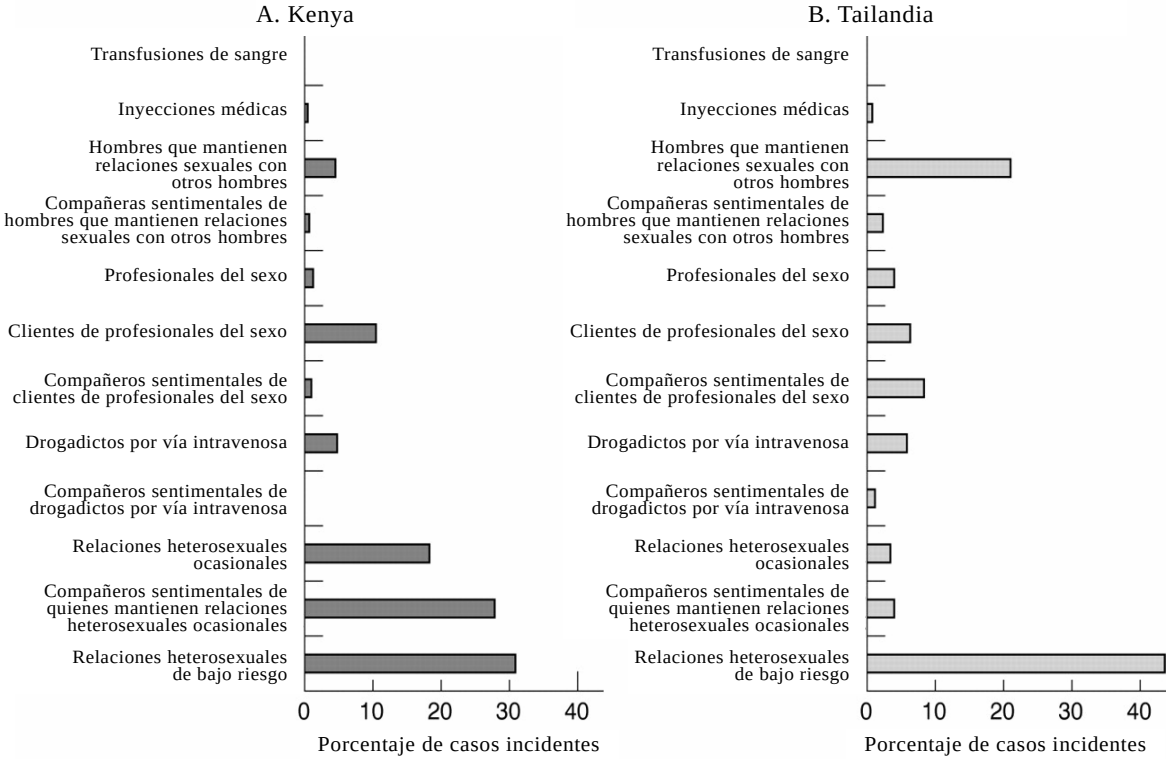
[8] Países con un ingreso nacional bruto per cápita inferior a 875 dólares.

financiación y reduzcan el riesgo de que las familias pobres tengan que destinar una parte significativa de sus ingresos a gastos relacionados con el VIH.

E. Lucha contra los factores determinantes de la epidemia

32. No sólo es necesario gastar más, sino también mejor, para obtener resultados óptimos duraderos. Las decisiones sobre qué actividades deben financiarse o cuáles deben financiarse primero se deben adoptar en función de un análisis basado en pruebas científicas de la epidemiología del VIH y los comportamientos y las condiciones sociales que impiden el acceso a la información y los servicios de lucha contra el VIH y su utilización. La información sobre las vías de infección puede proporcionar a los encargados de formular políticas importantes conocimientos sobre la naturaleza de la epidemia en su país. Por consiguiente, conocer la epidemia es fundamental para establecer prioridades en la lucha nacional contra el SIDA, como se puede apreciar en los datos (gráfico 5), que muestran que hay grupos de alto riesgo que pueden necesitar servicios especializados, tanto si la epidemia es generalizada como si está concentrada.

Gráfico 5
Distribución en porcentaje de casos incidentes según la forma de exposición



Fuente: E. Gouws *et al.*, “Short-term estimates of adult HIV incidence by mode of transmission: Kenya and Thailand as examples”, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, *Suplemento No. 3*.

33. No obstante, la voluntad o la capacidad de muchos países para centrarse en los factores jurídicos, sociales, económicos y culturales de la epidemia es limitada. Los grupos que corren el mayor riesgo de infección —como las profesionales del sexo, los drogadictos por vía intravenosa y los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres— no suelen recibir servicios específicos, lo cual tiene como consecuencia respuestas ineficaces. La estigmatización y la discriminación manifiestas o encubiertas de esos grupos es un factor importante que impide la recopilación de datos y la financiación y la programación para grupos específicos.

34. Del mismo modo, en países con alta prevalencia del VIH, las mujeres, los jóvenes, los presos y los migrantes son particularmente vulnerables a la infección. Sin embargo, se suelen destinar escasos programas de lucha contra el VIH a las necesidades específicas de esos grupos. La financiación y los programas de lucha contra la desigualdad entre los géneros, el estigma y la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, lo que aumenta su vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, son insuficientes.

35. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y en la Declaración política sobre el VIH/SIDA, los gobiernos reconocieron plenamente la importancia de los derechos humanos y la igualdad entre los géneros en la lucha nacional contra el VIH, y se comprometieron a adoptar medidas en esos ámbitos, pero todavía se han de priorizar las medidas de fomento de los derechos humanos y la igualdad entre los géneros en los programas de lucha contra el VIH. Esas medidas son las siguientes: reforma de la legislación; capacitación del personal encargado de hacer cumplir la ley para promover y proteger el acceso de los grupos vulnerables a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en materia de VIH; capacitación de los trabajadores sanitarios por lo que respecta al consentimiento informado, la no discriminación y la confidencialidad en relación con el VIH; iniciativas para poner fin a tradiciones nocivas como el matrimonio precoz, la violencia contra la mujer y la mutilación genital femenina; iniciativas para erradicar en las escuelas la violencia sexual contra las niñas; y prestación de servicios de lucha contra el VIH a los presos.

Conozca su epidemia y su capacidad de respuesta

La formulación de programas eficaces de prevención del VIH requiere medidas contra los factores que determinan la epidemia a nivel comunitario. Los encargados de formular las políticas y los programas deben conocer su propia epidemia: qué grupos de población contraen el virus y cuál es la relación entre los comportamientos de riesgo, la vulnerabilidad y las condiciones económicas, legales, políticas, culturales y psicológicas. En esas valoraciones deberían participar las comunidades y los miembros de la población vulnerable para identificar los factores que determinan la vulnerabilidad, los obstáculos al acceso a la información y los servicios en materia de VIH y su utilización y las medidas necesarias para superarlos.

Factores determinantes y factores de riesgo

La expresión “factores determinantes de la epidemia” hace referencia a los factores estructurales y sociales, como la pobreza, la desigualdad entre los géneros y las violaciones de los derechos humanos, que aumentan la vulnerabilidad de la población ante el VIH, pero no son fáciles de medir. La expresión “factores de riesgo” se define en la tercera edición de *A Dictionary of Epidemiology* como un

aspecto del comportamiento o estilo de vida personal, una exposición ambiental o una característica innata o heredada que, sobre la base de pruebas epidemiológicas, se sabe que están asociados a condiciones relacionadas con la salud que se considera importante prevenir. Entre estos factores cabe mencionar la drogadicción por vía intravenosa, el sexo ocasional sin protección y la promiscuidad prolongada con un uso escaso o esporádico de preservativos[a].

Fuente: John M. Last, editor, (1995), *A Dictionary of Epidemiology*, tercera edición (Nueva York, Oxford University Press, 1995).

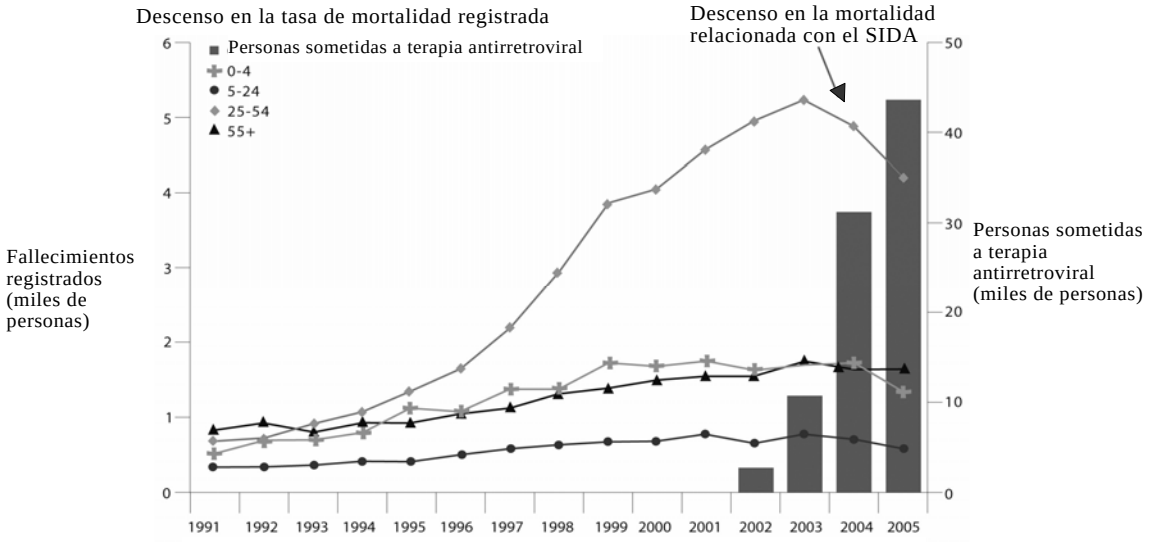
[a] Recientemente, la expresión "factor determinante" se ha utilizado también para describir factores de riesgo tan extendidos que se atribuye a ellos el aumento y el mantenimiento de la epidemia de VIH entre la población.

F. Expansión de los servicios de tratamiento

36. El acceso a tratamientos vitales es un componente fundamental del acceso universal. Se calcula que, en diciembre de 2006, 2 millones de personas recibían terapia antirretroviral en países de ingresos medianos y bajos, lo que representa el 28% de los 7,1 millones de personas necesitadas, según las estimaciones, y un aumento en 700.000 personas respecto de la cobertura estimada del tratamiento en diciembre de 2005. En el África subsahariana, 1,3 millones de personas, es decir, el 28% de la población necesitada, recibían tratamiento antirretroviral, frente a sólo 100.000 personas, es decir, una cobertura del 2%, tres años antes. En varios países, se ha demostrado el impacto sobre la mortalidad del aumento de la terapia antirretroviral, como se muestra en el ejemplo del gráfico 6.

Gráfico 6

Botswana: descenso en la tasa de mortalidad registrada de adultos por grupos de edad mediante la terapia antirretroviral



Fuente: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, *Partners in Impact: Results Report* (Ginebra, 2007), gráfico 39.

37. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cobertura estimada del tratamiento sería del 19% en Asia, el 72% en América Latina y el Caribe y el 14% en los países de ingresos bajos y medianos de Europa y el Asia central. El Oriente Medio y el África septentrional son las regiones de menor cobertura regional, donde sólo el 5% de las personas que lo necesitan reciben tratamiento.

38. La cobertura de los niños que requieren tratamiento con medicamentos antirretrovirales es especialmente baja. En los países de ingresos bajos y medianos, se calcula que menos del 8% de los niños seropositivos que necesitan medicamentos antirretrovirales tienen acceso a ellos. En la actualidad los niños constituyen en torno al 4% de todas las personas que reciben medicamentos antirretrovirales en esos países, mientras que según las estimaciones basadas en el acceso equitativo ese porcentaje debería ser de al menos el 13%.

39. Si la tendencia actual del aumento de la atención y el tratamiento continúa al mismo ritmo, el número de personas tratadas con medicamentos antirretrovirales en 2010 llegará aproximadamente a 4,5 millones[9], es decir, menos de la mitad de las personas necesitadas de tratamiento urgente. A fin de aumentar sustancialmente el tratamiento, es necesario invertir mucho más en la infraestructura de los sistemas de salud, incluidos los recursos humanos, administrativos, financieros y de adquisiciones.

40. Los pacientes de tuberculosis en entornos de alta prevalencia del VIH tienen altas tasas de infección por VIH y la tuberculosis es una de las causas más habituales de enfermedad y muerte entre las personas que viven con el VIH. En 2005, sólo se sometieron a la prueba del VIH el 7% de los pacientes de tuberculosis en todo el mundo. El 23% de ellos dieron resultados positivos. En África, donde hasta el 80% de los pacientes de tuberculosis son también seropositivos, sólo se hizo la prueba del VIH al 10% de ellos[10]. Por lo tanto, asegurar que los pacientes de tuberculosis reciban la prueba del VIH y la atención y tratamiento adecuados debería tener alta prioridad en el sector de la salud. Del mismo modo, se debería someter periódicamente a las personas que viven con el VIH a la prueba de la tuberculosis y prevenir la propagación de esa enfermedad en los centros de salud, especialmente en entornos de alta prevalencia del VIH. Esto reviste particular importancia ante la aparición de una forma de tuberculosis sumamente resistente a los medicamentos (XDR-TB), que resiste a los medicamentos más importantes de primera y segunda línea contra la enfermedad, a la que las personas que viven con el VIH son vulnerables debido a que su sistema inmunitario está debilitado.

41. Se debe alentar en particular a los grupos de la sociedad civil y las personas que viven con el VIH, para que cooperen en la ampliación del tratamiento. Con recursos adecuados, su función de apoyo a las comunidades mediante la información básica sobre el tratamiento, asesoramiento, promoción y reducción del estigma es crucial para ampliar efectivamente el tratamiento.

42. Se están desarrollando nuevas clases de medicamentos antirretrovirales. Las últimas novedades son los inhibidores de integrasa y los inhibidores de los

[9] ONUSIDA, grupo de trabajo técnico sobre necesidades de recursos, Ginebra, febrero de 2007.

[10] Organización Mundial de la Salud, *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO report 2007* (WHO/HTM/TB/2007.376) (Ginebra).

receptores de quimioquinas, que ofrecen otros tipos de medicamentos para tratar a las personas que viven con el VIH. No obstante, los precios actuales impiden su utilización en muchos países de ingresos bajos y medianos, donde ya es difícil pagar los precios más altos de los regímenes terapéuticos de segunda línea que contienen medicamentos de marca. Evidentemente, es urgente que los gobiernos colaboren con la industria farmacéutica y otros interesados con objeto de reducir los precios de los medicamentos de segunda y tercera línea en los países en desarrollo.

G. El comercio y los aspectos conexos de los derechos de propiedad intelectual

43. En la Declaración política sobre el VIH/SIDA, la Asamblea General subrayó la importancia de los acuerdos comerciales mundiales en la lucha contra el SIDA, en particular el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC)[11] de la Organización Mundial del Comercio y la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública[12]. La Organización Mundial de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) siguen analizando el uso de las patentes y la función de los aranceles en el acceso a los medicamentos básicos.

44. Durante los dos últimos años ha habido muestras de una mayor voluntad por las autoridades nacionales de aprovechar la flexibilidad de los ADPIC. En 2005, el Camerún, Eritrea y Ghana concedieron licencias obligatorias para importar medicamentos genéricos contra el VIH. En noviembre de 2006 y enero de 2007, el Gobierno de Tailandia anunció su decisión de autorizar el uso de dos productos antirretrovirales patentados en Tailandia, permitiendo de ese modo al Gobierno importar y fabricar en el país versiones genéricas de esos medicamentos.

H. Huérfanos y niños en situación vulnerable[13]

45. Se calcula que en 2005 15,2 millones de niños habían perdido a uno o ambos progenitores por causa del SIDA. El 80%, aproximadamente, de esos niños vivían en el África subsahariana. Se calcula que en 2010 habrá más de 20 millones de huérfanos por causa del SIDA.

46. Varios países están haciendo progresos en la prestación de un paquete de servicios mínimos para los huérfanos y los niños vulnerables, que incluye el acceso a servicios de educación, salud, bienestar social y protección. En Sudáfrica, país con el mayor número de huérfanos por causa del SIDA, más de 7,1 millones de niños pobres menores de 14 años, que constituían el 79% de los que cumplían los requisitos, se beneficiaban de subsidios de asistencia a la infancia en abril de 2006, lo cual constituye un aumento de dos tercios desde 2004 y de 20 veces más desde 2000.

---

[11] Véase *Instrumentos legales en que se incorporan los resultados de la Ronda Uruguay de negociaciones comerciales multilaterales, adoptados en Marrakech el 15 de abril de 1994* (publicación de la Secretaría del GATT, número de venta GATT/1994-7).

[12] Véase Organización Mundial del Comercio, documento WT/MIN(01)/DEC/2. Disponible en *http://docsonline.wto.org*.

[13] Basado en UNICEF, ONUSIDA y OMS, *Children and AIDS: A Stocktaking Report* (Nueva York, UNICEF, 2007).

47. El documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) de Mozambique para el período comprendido entre 2006 y 2009 contiene objetivos de asistencia escolar, apoyo externo a cuidadores y un mecanismo de vigilancia. En el DELP de la República Unida de Tanzanía para el período comprendido entre 2005 y 2010, preparado en colaboración con la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales (ONG) y la administración local, se aborda la vulnerabilidad en un contexto general de protección social. Mientras que en Botswana el 95% de las familias con al menos un huérfano recibe algún tipo de apoyo externo para atender a huérfanos y niños vulnerables, en otros países ese porcentaje es de tan sólo el 10%.

48. En la actualidad, en el África subsahariana el 79% de los huérfanos asisten a la escuela. En 24 países se ha calculado el número de huérfanos que asisten a la escuela, que ha aumentado en 15 países. En varios países, la asistencia a la escuela suele ser más alta entre los huérfanos que entre los niños que no han quedado huérfanos. Parte de este progreso se debe a la supresión de los derechos de matrícula, por ejemplo en Kenya y Uganda.

I. La prevención en el punto de mira

49. El proceso de acceso universal es una gran oportunidad de aumentar la prevención del VIH. Los datos de 2005 muestran escasos progresos en el aumento de la cobertura de los servicios de prevención. El porcentaje de embarazadas que reciben servicios para prevenir la transmisión del VIH de la madre al feto no ha aumentado más que del 9% en 2005 al 11% en 2006. Aunque la baja tasa de acceso a los servicios de prevención prenatal es alarmante, los datos disponibles indican que es posible que los países superen los obstáculos para ampliar estos servicios. En al menos siete países de ingresos bajos y medianos se prestan servicios de prevención al 40% como mínimo de las embarazadas seropositivas y se calcula que el alcance de la profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH de la madre al feto oscila entre menos del 1% en algunos países y el 90% en otros.

50. Según las encuestas de 12 países con alta carga de morbilidad del África subsahariana, sólo el 12% de los hombres y el 10% de las mujeres recibieron los resultados de sus pruebas del VIH. En conjunto, la tasa de infecciones por VIH ha superado en gran medida la ampliación del tratamiento, dejando claro que el objetivo de detener y reducir la propagación de la epidemia mundial de VIH sólo se podrá conseguir si mejora la prevención.

51. En la publicación del ONUSIDA titulada *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*[14], se señala que el fracaso en la prevención del VIH en muchos países se ha podido atribuir hasta la fecha en gran medida a los tres problemas siguientes: a) inversión insuficiente en la prevención; b) escasa cobertura de servicios de prevención para las poblaciones con tasas y riesgos más elevados de VIH; y c) ausencia de medidas contra los factores sociales, económicos y culturales que determinan la infección por VIH, incluida la desigualdad entre los géneros, el estigma y la discriminación y la falta de protección de los derechos humanos. Las lagunas se suelen deber a la falta de voluntad política y la preferencia por asignar recursos a medidas seguras desde un punto de vista

[14] Disponible en *http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access%5d.pdf.*

cultural, como campañas básicas de concienciación sobre el VIH para la población en general.

52. Sigue habiendo reticencia por ejemplo, para facilitar a los jóvenes información, servicios y productos de forma oportuna, a pesar de las pruebas sólidas de la eficacia de algunas intervenciones, como la distribución de preservativos en la escuela. Los datos del Brasil indican que, aunque el uso del preservativo ha aumentado entre los adolescentes en los siete últimos años, la proporción de adolescentes que mantienen relaciones sexuales se ha mantenido estable, lo cual indica que el fomento del uso del preservativo no ha tenido como consecuencia el aumento de la actividad sexual.

53. La cobertura de los servicios básicos de prevención entre la población de mayor riesgo en 2005 fue inferior al 20%. Las estimaciones de 94 países de ingresos bajos y medianos muestran que la proporción de drogadictos por vía intravenosa que recibieron algún tipo de servicios de prevención fue del 8% en 2005, lo cual indica que ese grupo de población de mayor riesgo está prácticamente desatendido. A nivel mundial, sólo el 9% de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres tienen acceso a servicios de prevención del VIH. La información y los servicios relacionados con el VIH proporcionados a las trabajadoras del sexo siguen siendo insuficientes. En la mayoría de los países, la información y la asistencia sanitaria relacionada con el VIH que se proporciona a los presos es escasa, aunque la distribución de preservativos y la prestación de tratamiento contra las drogas entre los presos en la República Islámica del Irán ha demostrado que los servicios destinados a ese grupo de población marginado son factibles y eficaces.

54. Varios países están empezando a recopilar información sobre su población de mayor riesgo para programas de prevención destinados a grupos específicos. Por ejemplo, en 2006, Argelia, Egipto, el Irán (la República Islámica del), el Líbano, Marruecos, Omán y la República Árabe Siria evaluaron los comportamientos de riesgo y las tendencias entre los drogadictos por vía intravenosa e iniciaron programas de ayuda. Las autoridades nacionales encargadas de la lucha contra el SIDA en países asiáticos y del Pacífico estudiaron la manera de movilizar apoyo y medidas políticos para intensificar la prevención del VIH en países de escasa prevalencia y concentrar recursos en los servicios destinados a los grupos vulnerables y de mayor riesgo. Dieciocho países del África occidental y central revisaron la legislación sobre el VIH y los derechos humanos, mientras en América Latina se celebró una reunión pionera de mujeres seropositivas de la región. Las iniciativas regionales han adquirido mayor importancia. La iniciativa del corredor entre Abidján y Lagos en el África occidental —en la que participan Benin, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria y el Togo— tiene un importante componente de prevención y logró 46,5 millones de dólares del Fondo Mundial para el período comprendido entre 2007 y 2010.

55. La Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (SADC) ha iniciado una serie estratégica de actividades de colaboración para intensificar la prevención del VIH en una región en la que ha alcanzado niveles de prevalencia en adultos superiores al 15%. Por ejemplo, un grupo de estudio regional reunido en Lesotho llegó a la conclusión de que la promiscuidad prolongada, la falta de circuncisión masculina, los altos niveles de relaciones sexuales intergeneracionales, la coerción sexual y la violencia de género eran las causas principales de la epidemia entre los heterosexuales en el África meridional. La SADC ha iniciado también una campaña

innovadora para intensificar las estrategias de prevención, incluida la movilización social en favor del cambio social, el compromiso de los hombres de modificar su comportamiento y el compromiso de los países de frenar la epidemia.

56. A nivel mundial, se han celebrado consultas internacionales destinadas a promover un cambio de comportamiento a fin de prevenir la transmisión sexual y determinar la importancia de los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual para controlar la epidemia actual de VIH y las que puedan tener lugar en el futuro. Una amplia coalición de países, donantes, organismos de las Naciones Unidas (la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)) y organismos de apoyo técnico ha formulado una estrategia mundial para aumentar los servicios de prevención de la transmisión de la madre al feto. Además, en el ámbito de la educación, el Grupo de Alto Nivel sobre la Educación para Todos celebró su primera sesión sobre el SIDA en noviembre de 2006, que tuvo como consecuencia un mayor compromiso político de intensificar la función del sector de la educación en las iniciativas de prevención.

J. Nuevas intervenciones de prevención del VIH

57. Mientras los países tratan de ampliar las medidas de prevención existentes, los investigadores han determinado nuevas estrategias de salud pública para reducir la transmisión del VIH. En 2006, dos estudios realizados en Kenya y Uganda confirmaron que la infección por VIH era un 60% menor entre los heterosexuales adultos circuncidados. Las pruebas científicas convincentes condujeron a una consulta mundial entre múltiples interesados en marzo de 2007, en la que se recomendó fomentar la circuncisión masculina de adultos en zonas de alta prevalencia de VIH y baja prevalencia de circuncisión masculina como estrategia adicional para prevenir la infección de los hombres por VIH en sus relaciones heterosexuales. Las iniciativas conjuntas de la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el UNICEF y la secretaría del ONUSIDA sobre la circuncisión masculina para prevenir el VIH fomentarán el comportamiento sexual responsable a fin de reducir al mínimo las conductas de riesgo debidas a la percepción errónea de que los hombres circuncidados ya no corren el riesgo de infección por VIH. Esto promoverá también la adopción de decisiones comunes sobre cuestiones sexuales, la igualdad entre los géneros y la mejora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres.

58. La Agrupación Mundial para la Vacuna contra el VIH ha reunido a científicos, activistas, financiadores y otros interesados de todo el mundo en torno a un plan científico estratégico para impulsar el desarrollo de una vacuna eficaz contra el SIDA. Más de 30 vacunas contra el VIH están en las fases iniciales de los ensayos clínicos en humanos en una veintena de países, aproximadamente, y dos posibles vacunas son objeto de ensayos en gran escala sobre su eficacia.

59. Todavía no se ha logrado un microbicida seguro y eficaz, pero casi una docena de microbicidas han alcanzado la fase de ensayo en humanos. Dos de los microbicidas parecían aumentar el riesgo de infección por VIH en las mujeres. No obstante, se siguen realizando ensayos a gran escala sobre la eficacia de tres productos microbicidas de primera y segunda generación, todos ellos en centros de estudio de África. Se están realizando o planificando ensayos con algunos medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión sexual o sanguínea del

VIH mediante profilaxis previa a la exposición. En la actualidad, dos ensayos clínicos están evaluando la eficacia de la prevención del VIH mediante la eliminación del virus del herpes simple de tipo 2, que se sabe que aumenta el riesgo de transmitir y contraer el VIH.

K. Acceso universal y reforma de las Naciones Unidas

60. Las iniciativas conjuntas de los organismos especializados y las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en apoyo de la respuesta mundial frente al SIDA han mejorado constantemente desde la creación del ONUSIDA en 1996. A fin de mejorar la unidad de acción de las Naciones Unidas a nivel nacional, la secretaría del ONUSIDA y sus 10 organismos copatrocinadores[15] examinaron las ventajas comparativas entre las entidades de las Naciones Unidas para prestar apoyo técnico a los colaboradores nacionales. Esa división de tareas aclara a qué organización le corresponde la iniciativa en 17 esferas programáticas fundamentales.

61. A raíz de una directiva del Secretario General de diciembre de 2005, los coordinadores residentes de las Naciones Unidas han establecido equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el SIDA en al menos 65 países. Los equipos se centran en el apoyo técnico y la orientación técnicos, pero también promueven la movilización de recursos, ayudan a los países a coordinar las esferas clave de respuesta y, en el caso de algunas entidades de las Naciones Unidas (por ejemplo, el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el UNICEF), prestan servicios directos de prevención, tratamiento y atención.

62. En 2006, los servicios de apoyo técnico del ONUSIDA prestaron asistencia técnica a países a petición de los equipos mixtos de las Naciones Unidas en cinco regiones en varias esferas prioritarias, incluida la planificación estratégica y operacional, la supervisión y evaluación y el desarrollo institucional.

63. El Banco Mundial, el PNUD y la secretaría del ONUSIDA han fortalecido la capacidad de los países para preparar estrategias y planes de acción específicos, con prioridades, basados en pruebas y presupuestados sobre el SIDA y para integrar las prioridades de la lucha contra el SIDA en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y en los planes nacionales de desarrollo.

64. La Organización Mundial de la Salud ha participado en la preparación y la difusión de información técnica estratégica pertinente sobre los regímenes terapéuticos, el uso de las patentes de las tecnologías médicas, la seguridad de las inyecciones, la comunicación de los casos de VIH, la prevención de la transmisión de la madre al feto y la estimación de las necesidades de recursos humanos en el sector de la salud, incluida la función de la distribución de tareas entre los proveedores de servicios de salud.

65. Varios organismos especializados de las Naciones Unidas se han centrado en esferas clave desatendidas. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) prestó apoyo a la programación del uso de preservativos y la gestión de las

[15] ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, Oficina contra la Droga y el Delito, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial.

adquisiciones en 90 países. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito colaboró con 25 países en estudios jurídicos y de políticas y en la aplicación de programas de prevención y tratamiento del VIH basados en pruebas destinados a drogadictos por vía intravenosa y en prisiones. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) prestó apoyo a los ministerios de educación de más de 70 países para fortalecer los programas de prevención del VIH y, a finales de 2006, 29 países habían preparado estrategias generales de educación sobre el VIH en el contexto del marco de acción de la Iniciativa Mundial de Educación Preventiva contra el VIH/SIDA. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) promovió la respuesta del mundo del trabajo al SIDA como problema de desarrollo y prestó asistencia a los servicios oficiales de salud en el trabajo para extender la prevención, la atención y el tratamiento del VIH a las familias de los trabajadores y las comunidades locales.

66. Por último, en 2006 se estableció el Grupo de Funcionarios Seropositivos del Sistema de las Naciones Unidas (UN+), que representa a los 3.500 empleados de las Naciones Unidas que se calcula que viven con el VIH, para que tengan acceso a servicios adecuados y puedan trabajar en condiciones libres de estigma y discriminación. En la actualidad, el Grupo está integrado por más de 100 miembros en 35 países y representa a 22 organismos, programas y organizaciones asociados.

L. Camino a seguir: sostenimiento de la respuesta

67. A medida que los países avanzan hacia el acceso universal, se deben sentar las bases para que la respuesta sea sostenible a largo plazo. Al aumentar el número de centros de salud que ofrecen servicios de VIH, debe aumentar también la capacidad con objeto de disponer del personal, el equipo, el apoyo de laboratorio y los mecanismos de adquisición de medicamentos necesarios para prestar servicios y realizar la supervisión y la evaluación periódicas de esos servicios.

68. Si se utilizan estratégicamente, los fondos destinados a la lucha contra el SIDA pueden mejorar la infraestructura de salud, lo que permitirá aumentar el número de niños inmunizados, mejorar la seguridad de los hospitales, equipar mejor los laboratorios y mejorar el acceso a los servicios básicos de prevención y tratamiento de otros problemas de salud. Por ejemplo, un estudio de un programa de atención primaria en Haití llegó a la conclusión de que una labor sólida de prevención del VIH y una terapia de base comunitaria para las personas con SIDA en fase avanzada tenían consecuencias favorables sobre varios objetivos de atención primaria, incluida la vacunación, la planificación familiar, la detección y curación de casos de tuberculosis y la promoción de la salud[16].

69. La creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, concebido inicialmente como fondo de lucha contra el SIDA, ha aumentado significativamente el nivel de recursos para hacer frente a los otros dos problemas mundiales de salud: la tuberculosis y la malaria. La mejora en los sistemas de adquisición y logística de preservativos, medicamentos contra el VIH y equipo de detección del virus puede aumentar el suministro de otros productos vitales. Por

[16] David A. Walton *et al.*, “Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti”, *Journal of Public Health Policy*, vol. 25, No. 2.

último, las iniciativas de lucha contra el SIDA pueden aportar al sector docente mayores recursos para material escolar y formación del profesorado.

70. Se necesitan estrategias innovadoras a largo plazo para asegurar la disponibilidad de personal sanitario calificado. La formación de más trabajadores sanitarios no es más que parte de la solución. Los gobiernos también deben alentar al personal de los centros públicos de salud de los países de ingresos bajos y medianos a permanecer en su puesto de trabajo, en lugar de trasladarse de las zonas rurales a las urbanas o al extranjero o al sector privado, que está mejor remunerado. Esos programas de retención podrían incluir incentivos como aumentos de sueldo y mejoras de las condiciones de trabajo y deben incorporarse a las estrategias nacionales presupuestadas.

71. Debido a la importancia de la pandemia de SIDA y la urgencia de la lucha contra la enfermedad, la respuesta hasta la fecha ha tenido que ser excepcional, con mecanismos de financiación, gobernanza y aplicación específicos. También se debería promover la incorporación de la lucha contra el SIDA en la actividad general, alentando a todos los organismos competentes de los gobiernos a colaborar en la planificación, la integración y la prestación de servicios relacionados con el VIH. En aquellos casos en que tanto el sector público como el privado desempeñan una función importante en la prestación de servicios de lucha contra el VIH, los países tendrán que asegurarse de que el sector privado apoya el objetivo de un acceso equitativo. No obstante, considerando la gravedad de los problemas, abandonar ahora la respuesta excepcional de la lucha contra el SIDA sería un gran error.

III. Recomendaciones

72. Un año después de la aprobación de la Declaración política sobre el VIH/SIDA, se han sentado bases sólidas para una iniciativa a más largo plazo hacia el acceso universal. No obstante, muchos países siguen tratando de aumentar significativamente el ritmo de expansión y avanzar hacia el objetivo del acceso universal para 2010. Las iniciativas destinadas a establecer objetivos nacionales de acceso universal han puesto de relieve retos fundamentales. La mejor forma de abordar esos retos es mediante un esfuerzo multisectorial concertado entre los principales interesados en respuesta a las cinco recomendaciones siguientes:

- **Conocer su propia epidemia e intensificar la prevención del VIH**. Para conocer su propia epidemia, los países deben establecer un sistema integrado de vigilancia, supervisión y evaluación epidemiológicas a fin de obtener información estratégica y preparar y afinar el plan nacional de lucha contra el SIDA. Conocer la propia epidemia también implica comprender la eficacia de la respuesta —tanto para la prevención como para el tratamiento, incluidos los receptores de los servicios. Entonces podrán destinarse los limitados recursos donde sean más necesarios: las zonas con altas tasas de transmisión, la población de mayor riesgo de contraer el VIH, las condiciones básicas que facilitan la transmisión del VIH y los obstáculos críticos que impiden ampliar los programas. En muchos países, la insuficiente voluntad política para centrarse en los factores determinantes de la epidemia —incluida la desigualdad entre los géneros, el estigma y la discriminación y la desprotección de otros derechos humanos— limita los progresos en la

prevención del VIH. Las iniciativas para atender las necesidades de las mujeres y las niñas, los niños y los huérfanos, los jóvenes, los migrantes y poblaciones muy estigmatizadas como las profesionales del sexo, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, los drogadictos por vía intravenosa y los reclusos deben ser prioridades de los planes nacionales contra el SIDA presupuestados y aplicados. Del mismo modo, es necesario intensificar las iniciativas de prevención y tratamiento en situaciones de emergencia y desplazamiento, tanto para la población afectada como para la población de acogida. Las organizaciones nacionales de la sociedad civil y las redes de personas que viven con el VIH son agentes fundamentales en esas iniciativas, puesto que pueden representar los intereses de los grupos afectados y contribuir a prestarles servicios.

- **Trazar el camino hacia el acceso universal**. Los objetivos de acceso universal deben ser ambiciosos y realistas. Para lograr ese equilibrio, es necesario calcular cuidadosamente los recursos necesarios para superar los obstáculos a la ampliación del acceso, tanto en el sector de la salud como en otros sectores. También es importante comprender los niveles y la calidad actuales de los servicios prestados y la capacidad para ampliar esos servicios. Esta información es esencial para preparar o revisar unos planes nacionales de lucha contra el SIDA que identifiquen los déficit de financiación para cada programa o servicio y para cada grupo de población beneficiario y puede servir de poderoso instrumento para movilizar recursos adicionales y lograr los niveles de cobertura de los servicios que exige el acceso universal. Parte de este proceso debe incluir la asignación de prioridad a los elementos clave de los planes de lucha contra el SIDA sobre la base de conocer lo que es realmente eficaz y reconociendo la posibilidad de no conseguir todos los recursos solicitados. Por lo tanto, el éxito de la aplicación dependerá de que se disponga de marcos de acción y planes de acción prioritaria nacionales de lucha contra el SIDA debidamente elaborados y presupuestados.

- **Financiar un plan nacional ambicioso y creíble de lucha contra el SIDA y ajustarlo a los sistemas nacionales.** La comunidad internacional reconoció en la Declaración política que hay un importante déficit de financiación de la lucha contra el SIDA y se comprometió a asegurar que los planes nacionales que fuesen creíbles y sostenibles se financiasen y se aplicasen. Sin nuevos compromisos de financiación —de los donantes y los presupuestos nacionales— los países de ingresos bajos y algunos países de ingresos medianos no podrán fijar objetivos ambiciosos para avanzar hacia el acceso universal. La comunidad internacional también debe efectuar el seguimiento de los compromisos para adaptar el apoyo externo a los planes y los sistemas nacionales, como se señaló en los principios de los “Tres unos”. El instrumento de armonización y adaptación nacional ofrece a los países de ingresos bajos y medianos un método orientado a la acción para revisar y mejorar la participación, la coordinación y la adaptación de las actividades de los donantes en la lucha nacional contra el SIDA, y se debería alentar a los países de ingresos bajos y medianos a utilizar este instrumento con esos fines.

- **Aumentar la capacidad para que la respuesta sea más enérgica y sostenible.** Es sumamente importante realizar inversiones significativas en infraestructura y recursos humanos para que los países de ingresos bajos y medianos puedan absorber los recursos y luchar de forma enérgica y sostenible

contra el SIDA. La pertinaz escasez de recursos humanos en el sector de la salud en los países de ingresos bajos no ha hecho más que empeorar como consecuencia del VIH. Es necesario capacitar a más personal sanitario, retener a los médicos y las enfermeras que quieren abandonar el sector público para mejorar sus condiciones de trabajo y reemplazar a los desaparecidos por causa de la epidemia de VIH. La sostenibilidad también exigirá que los programas de lucha contra el VIH estén más integrados con el sistema de salud local y otros servicios pertinentes para contribuir a establecer unos servicios sociales de alta calidad. No obstante, el sector público por sí solo no puede lograr el acceso universal. Todos los organismos oficiales deben recabar la participación de la sociedad civil para que pueda aportar su valiosa contribución a los servicios relacionados con el VIH y al seguimiento de los resultados nacionales. La colaboración de los gobiernos con el sector privado y las organizaciones no gubernamentales puede ofrecer servicios financiados por el sector público a un número cada vez mayor de personas. Sólo mediante esta estrategia más amplia e integrada, será posible lograr el sexto objetivo de desarrollo del Milenio, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, así como los restantes objetivos de desarrollo del Milenio en los que puede repercutir la epidemia.

- **Informar sobre los progresos en relación con los compromisos internacionales.** Los países deberían prepararse para el examen detallado de los progresos en la lucha contra el SIDA que se efectuará en 2008 fortaleciendo sus sistemas de vigilancia y seguimiento y evaluación. Como se señala en la Declaración política sobre el VIH/SIDA, el examen de los progresos en la lucha contra el SIDA que se realizará en 2008 incluirá una actualización completa por parte de los países de los indicadores de resultados para la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. El ONUSIDA ha enviado a todos los Estados Miembros directrices sobre el conjunto revisado de indicadores, y el plazo de presentación de informes es el 31 de enero de 2008. Como en la última ronda de presentación de informes, se debería alentar y apoyar a los grupos nacionales de la sociedad civil para que desempeñen una función de seguimiento de los progresos en la presentación de informes, colaborando con el proceso oficial y presentando informes paralelos. En la reunión de la Asamblea General que se celebrará en 2008, se preparará y presentará un informe exhaustivo sobre los progresos realizados.