



Asamblea General

Distr. general
3 de abril de 2018
Español
Original: inglés

Septuagésimo segundo 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

Impulsar la lucha contra el sida en pro de la reforma de las Naciones Unidas y la salud mundial

Informe del Secretario General

Resumen

Habiendo recorrido la mitad del camino para cumplir por la vía rápida los compromisos contraídos por la Asamblea General en 2016, el mundo está haciendo grandes progresos para poner fin al sida para 2030.

Se han registrado adelantos en el cumplimiento de los diez compromisos asumidos en 2016 en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del sida para 2030. La mayoría de las personas que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento. Las muertes por sida se han reducido en un 33% desde 2010 pero para alcanzar plenamente los objetivos 90-90-90 antes del fin de 2020 es preciso ampliar a nivel de la comunidad los enfoques centrados en las personas en lo que respecta a las pruebas de detección del VIH, la remisión inmediata a protocolos de cuidado, la retención de los pacientes en los servicios de asistencia y la adhesión al tratamiento. La rápida introducción de nuevas y mejores combinaciones de pruebas de detección del VIH y de tratamientos tiene importancia decisiva.

Los principales logros en la respuesta mundial a la tuberculosis y al VIH han conducido a una disminución de más de un 33% de las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. La eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH sigue siendo un objetivo asequible. Se ha reducido el número de niños que contraen el VIH durante el parto. Sin embargo, en lo que respecta a la ampliación del tratamiento pediátrico, no será posible alcanzar el objetivo mundial de que para 2018 los 1,6 millones de niños que viven con el VIH reciban tratamiento.

Se ha observado en un número cada vez mayor de países y ciudades que una combinación de métodos de prevención del VIH que respete y proteja los derechos de las personas más vulnerables puede reducir considerablemente la incidencia de la



infección por el VIH. Sin embargo, los progresos son desiguales, tanto desde el punto de vista geográfico como entre distintos grupos de población. La estigmatización y la discriminación, la desigualdad entre los géneros, la pobreza, la inseguridad alimentaria y otras desigualdades sociales que enfrentan las personas muy susceptibles de contraer el VIH y las personas que viven con el VIH son obstáculos jurídicos y normativos que dificultan la utilización de los servicios y entorpecen los esfuerzos por reducir el número de nuevas infecciones. La inversión a nivel mundial también es insuficiente. La disponibilidad total anual de recursos financieros en los países de ingresos bajos y medianos sigue siendo inferior en casi 7.000 millones de dólares al monto de los compromisos contraídos en la Declaración Política de 2016.

La lucha contra el sida no ha terminado, pero es posible ponerle fin. La respuesta mundial al sida ha inspirado innovaciones en las esferas de la salud mundial, el desarrollo sostenible y la coordinación en el sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo. En el futuro, el enfoque conjunto de las Naciones Unidas en la lucha contra el sida, la Iniciativa Salud 6 y el programa de reforma general de las Naciones Unidas serán oportunidades para acelerar el progreso hacia la erradicación de la epidemia de sida pública y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el presente informe se formulan cinco recomendaciones: a) emprender una campaña para ampliar la detección del VIH y alcanzar los objetivos 90-90-90; b) intensificar los esfuerzos para poner fin a la tuberculosis y otras infecciones asociadas y a la comorbilidad; c) utilizar la guía de prevención del VIH para acelerar la reducción de nuevas infecciones; d) salvaguardar los derechos humanos y promover la igualdad entre los géneros utilizando modelos de prestación de servicios centrados en las personas y marcos jurídicos y normativos de apoyo; y e) utilizar el programa conjunto del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Iniciativa Salud 6 como aceleradores de la salud mundial e incubadoras para la reforma de las Naciones Unidas.

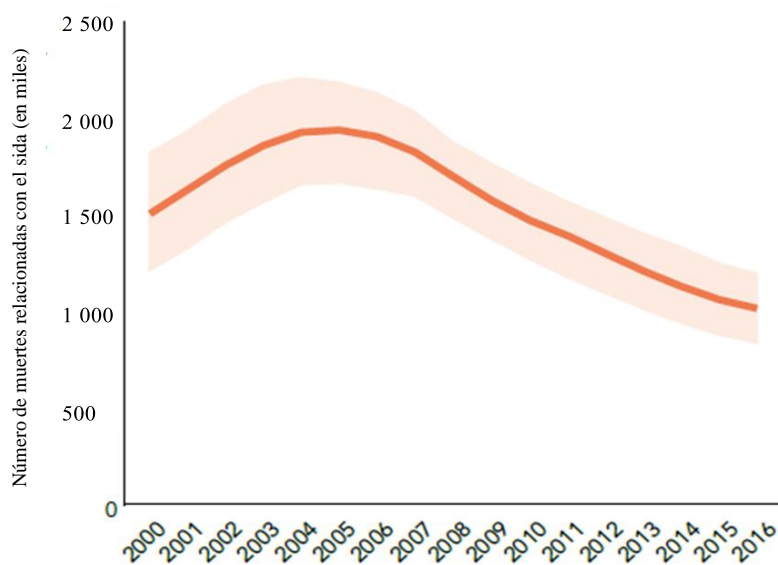
I. En el punto medio del cumplimiento de los compromisos de acción rápida

1. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye la meta de poner fin a la epidemia del sida para 2030 (meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible). El camino para lograr este ambicioso objetivo establecido en la Declaración política sobre el VIH y el Sida: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia de sida para 2030, aprobada en la sesión de alto nivel de la Asamblea General celebrada en junio de 2016, en la que los Estados Miembros se comprometieron a aumentar y concentrar las inversiones en la etapa inicial en las respuestas nacionales al sida y ampliar enormemente la cobertura de los servicios relacionados con el VIH. Este enfoque acelerado es necesario para alcanzar tres hitos antes del fin de 2020: reducir las muertes relacionadas con el sida a menos de 500.000 en todo el mundo; reducir las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500.000 en todo el mundo, y poner fin a la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH.

2. El septuagésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General coincide con el punto medio de la etapa acelerada de la respuesta mundial al VIH. Los datos epidemiológicos y sobre programas comunicados por los países muestran que el mundo está haciendo grandes progresos. La constante ampliación de la terapia antirretroviral ha sido el principal factor que ha contribuido a la disminución en un 33% de las muertes por causas relacionadas con el sida desde 2010, de 1,5 millones [entre 1,3 y 1,7 millones]¹ en 2010 a 1,0 millones [entre 830.000 y 1,2 millones] en 2016 (véase la figura I). Es posible reducir a menos de 500.000 las muertes relacionadas con el sida de aquí a 2020 mediante una ampliación sostenida de los servicios.

Figura I

Muertes relacionadas con el sida, todas las edades y en todo el mundo, 2016



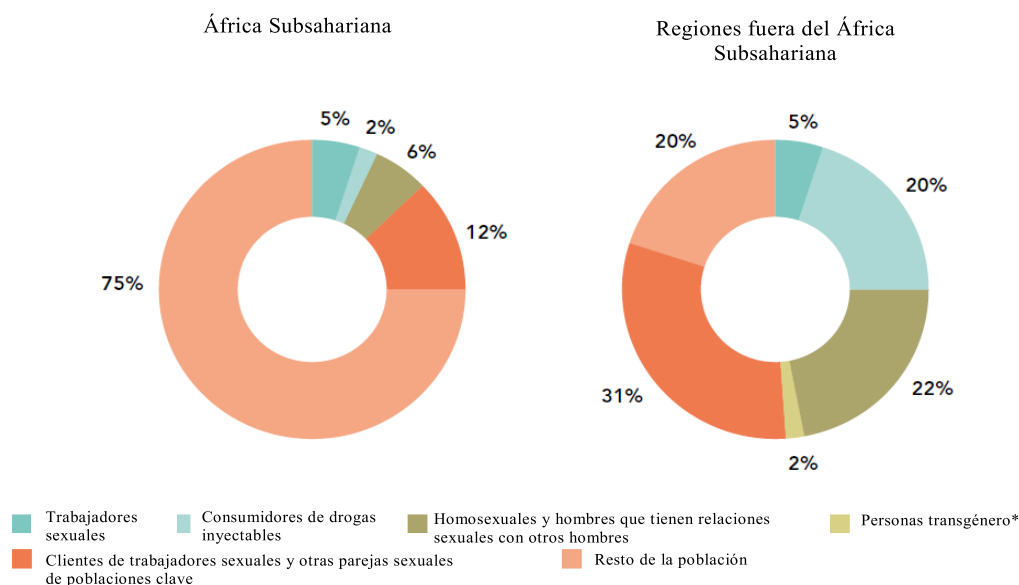
Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), estimaciones de 2017.

¹ Se han calculado los límites de incertidumbre respecto de cada estimación. Los límites definen la gama dentro de la cual se encuentra el verdadero valor. Los límites próximos indican que la estimación es precisa, y los distantes, que la incertidumbre es mayor.

3. No obstante, en el mismo período, el número anual de nuevas infecciones por el VIH (en todas las edades) se redujo solo un 18%, de 2,2 millones [entre 1,9 y 2,4 millones] en 2010 a 1,8 millones [entre 1,6 y 2,1 millones] en 2016. Esa reducción global refleja la desigualdad de los progresos de las actividades de prevención del VIH, tanto desde el punto de vista geográfico como entre las poblaciones en situación de riesgo (véase la figura II). En entornos de alta prevalencia, el riesgo de infección por el VIH entre las mujeres jóvenes sigue siendo inaceptablemente elevado. En África Oriental y Meridional, por ejemplo, las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) representaban el 26% de las nuevas infecciones por el VIH en 2016, a pesar de que constituyen solo el 10% de la población. En África Occidental y Central y el Caribe las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) representaron en 2016 el 22% y el 17%, respectivamente, de las nuevas infecciones por el VIH.

Figura II

Distribución de las nuevas infecciones por el VIH según la población, en el África Subsahariana y en los países fuera del África Subsahariana, 2015



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2017.

* Solo abarca las regiones de Asia y el Pacífico y América Latina y el Caribe.

4. En entornos de baja prevalencia la mayoría de las infecciones por el VIH ocurren en los grupos de población clave —personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales, personas transgénero, reclusos, los homosexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y sus parejas sexuales. Fuera del África Subsahariana, las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 80% de las nuevas infecciones por el VIH en 2015. Incluso en el África Subsahariana, los grupos de población clave y sus parejas sexuales representaron el 25% de las nuevas infecciones en 2015, lo cual pone de relieve la importancia de prestarles servicios. La participación y el empoderamiento de las comunidades más afectadas por la epidemia y la lucha directa contra la estigmatización y la discriminación relacionadas con el sida son fundamentales para reducir a menos de 500.000 por año las nuevas infecciones para 2020. Un conjunto de datos cada vez mayor demuestra que un enfoque combinado de prevención que respete y proteja los derechos de los sectores más vulnerables permitirá lograr los resultados por la vía rápida acordados por la Asamblea General.

5. En este punto medio de la fase acelerada de la respuesta al sida, los progresos realizados hasta la fecha para cumplir los compromisos contraídos en la Declaración Política de 2016 inspiran confianza. El sida no ha desaparecido, pero hay cada vez más datos que demuestran que es posible vencer una de las peores epidemias en los anales de la historia cuando los Estados Miembros trabajan de consuno para aplicar un enfoque centrado en el lugar, la población y el ciclo de vida a fin de ampliar la disponibilidad de servicios y tratar de eliminar las barreras sociales, económicas y culturales que impiden que los más vulnerables los utilicen.

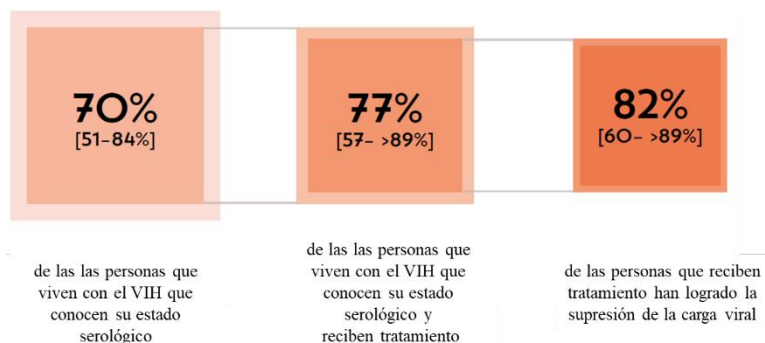
Compromiso 1

Asegurar que los 30 millones de personas que viven con el VIH tengan acceso a tratamiento alcanzando los objetivos 90-90-90

6. Las últimas estimaciones epidemiológicas y los datos comunicados a ONUSIDA revelan progresos notables en lo que respecta a las pruebas y el tratamiento del VIH. El acceso a la terapia antirretroviral aumentó de menos de 1.000 personas en 1990 a 20,9 millones [entre 18,4 y 21,7 millones] en junio de 2017. En 2016 se alcanzó un hito importante: por primera vez, más de la mitad (el 53% [entre el 39 y el 65%] de los 36,7 millones [entre 30,8 y 42,9 millones] de personas que viven con el VIH en el mundo tuvieron acceso a la terapia antirretroviral. Los progresos recientes se han visto guiados por los objetivos 90-90-90, según los cuales el 90% de las personas en tratamiento conozcan su estado serológico, el 90% de las personas que conocen su estado serológico reciban tratamiento, y el 90% de las que reciben tratamiento hayan logrado suprimir la carga viral. En conjunto, esos objetivos reflejan la importancia del diagnóstico precoz del VIH, el inicio inmediato del tratamiento y la supresión máxima de la carga viral entre las personas que viven con el VIH. El tratamiento de las enfermedades relacionadas con el sida no solo protege a las personas que viven con el VIH sino que también reduce considerablemente el riesgo de transmisión del virus a otros.

7. A finales de 2016, más de un 66% de las personas que vivían con el VIH en el mundo —aproximadamente el 70% [entre el 51% y el 84%]— conocían su estado serológico. A su vez, el 77% de esas personas [entre el 57% y el 89%] tenían acceso a la terapia antirretroviral, mientras que el 82% [entre el 60% y el 89%] de las que recibían tratamiento tenían cargas virales reducidas (véase la figura III). Algunos países, ciudades y comunidades ya han alcanzado los objetivos 90-90-90 en muy variados entornos, lo cual demuestra que la consecución de dichos objetivos en 2020 es factible y posible si se toman medidas resueltas para llenar las lagunas en el proceso de pruebas y tratamiento del VIH. Los datos más recientes de que dispone ONUSIDA indican que al menos 18 países (Alemania, Australia, Bélgica, Botswana, Camboya, Dinamarca, España, Francia, Islandia, Italia, Kuwait, Luxemburgo, los Países Bajos, Singapur, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suecia, Suiza y Swazilandia) han alcanzado o están cerca de alcanzar el objetivo de asegurar que el 73% de las personas que viven con el VIH logren suprimir su carga viral.

Figura III
Avance hacia los objetivos 90-90-90 en todo el mundo, 2016



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2017.

8. Varias ciudades también han alcanzado o están cerca de alcanzar los objetivos 90-90-90, y en el estudio sobre la salud a nivel de la comunidad en África Oriental se ha constatado que esos objetivos en entornos de bajos ingresos y de alta prevalencia pueden lograrse en unos pocos años como resultado de la participación de las organizaciones comunitarias y los trabajadores sanitarios de la comunidad.

9. Los datos disponibles indican que el tratamiento se inicia antes². La aplicación generalizada del enfoque global y el inicio de la terapia antirretroviral el mismo día del diagnóstico, como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), han sido factores decisivos para lograr progresos. Las pruebas de viremia, que hasta hace pocos años rara vez se realizaban en los países de ingresos bajos y medianos, se están extendiendo rápidamente. Casi la mitad de las personas que reciben tratamiento en países que comunicaron datos a ONUSIDA en 2016 recibieron una prueba ordinaria de viremia, con lo cual ha mejorado la vigilancia de los resultados del tratamiento y ha ayudado a decidir oportunamente cuándo es necesario pasar a las terapias de segunda línea y de tercera línea.

Compromiso 2

Eliminar para 2020 las nuevas infecciones por VIH entre los niños y velar al mismo tiempo por que 1,6 millones de niños tengan acceso al tratamiento contra el VIH para 2018

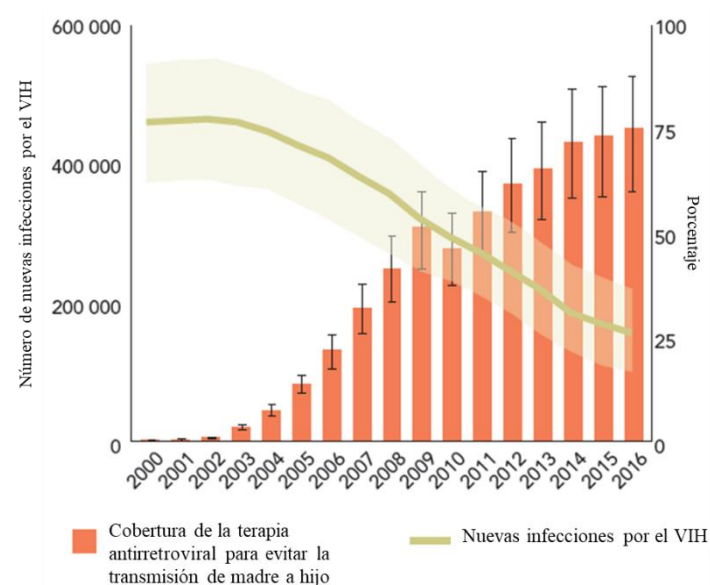
10. Gracias a la ampliación de los servicios de salud maternoinfantil, en todo el mundo se han logrado avances a largo plazo en la salud y el bienestar de las mujeres y los niños. En ese contexto, los Estados Miembros se comprometieron en 2016 a alcanzar el objetivo de la doble eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. El aumento del número de mujeres embarazadas que se han hecho pruebas de VIH y sífilis y la mejora del acceso a tratamientos adecuados ha reducido la incidencia de la sífilis congénita en todo el mundo de aproximadamente 780.000 casos en 2012 a 660.000 casos en 2016. Además, el número de niños que contraen el VIH durante el parto ha disminuido. Se estima que a nivel mundial en 2016 se evitaron 270.000 [entre 230.000 y 310.000] nuevas infecciones por el VIH entre los niños como resultado del suministro de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y la lactancia.

² Andrew Auld y otros, "Trends in prevalence of advanced HIV disease at antiretroviral therapy enrolment—10 countries 2004-2015", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 66, núm. 21 (2 de junio de 2017).

11. El porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo o como terapia permanente aumentó del 47% [entre el 38% y el 55%] en 2010 al 76% [entre el 60% y el 88%] en 2016 (véase la figura IV). Desde 2006, las nuevas infecciones por el VIH entre los niños de 0 a 14 años han disminuido en un 61%, lo cual incluye una reducción del 8% entre 2015 y 2016. No obstante, unos 160.000 [entre 100.000 y 220.000] niños contrajeron el VIH durante el parto o la lactancia en 2016. Será necesario seguir avanzando en forma sostenida para reducir en un 95% las nuevas infecciones por VIH en los niños de aquí a 2020, como se pide en la Declaración Política de 2016.

Figura IV

Nuevas infecciones por el VIH entre los niños (0 a 14 años) y cobertura de los regímenes antirretrovirales para prevenir la transmisión de madre a hijo, en todo el mundo, 2000-2016



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA, 2017.

12. Se estima que a mediados de 2017 974.000 [entre 857.000 y 1.013.000] niños de 0 a 14 años recibían tratamiento antirretroviral. La cobertura de la terapia antirretroviral entre los niños es más baja que la de los adultos (43% [entre el 30% y el 54%], en comparación con el 53% [entre el 39% y el 65%]); sin embargo, el número total alcanzado sigue estando muy por debajo del objetivo establecido en la Declaración Política de asegurar que 1,6 millones de niños estén en tratamiento antes del final de 2018.

13. Las medidas para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y alcanzar en 2018 el objetivo de tratamiento para los niños que viven con el VIH son parte de iniciativas más amplias tendientes a dar a todas las mujeres, niños y adolescentes la oportunidad no solo de sobrevivir sino también de prosperar y de contribuir a sus comunidades. Esas iniciativas se guían por la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) y están apoyadas por la Iniciativa Salud 6 (ONUSIDA, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, OMS y Banco Mundial) y el Servicio Mundial de Financiamiento en Apoyo de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños.

Compromiso 3

Garantizar el acceso a programas combinados de prevención

14. Actualmente se dispone de toda una gama de métodos de prevención eficaces que incluyen los preservativos masculinos y femeninos, la profilaxis oral previa a la exposición (PrEP), la circuncisión masculina médica voluntaria y la mitigación de los daños en los consumidores de drogas inyectables. Un estudio longitudinal realizado en Uganda entre 1999 y 2016 corroboró recientemente un conjunto de datos que demuestran que una combinación de métodos de prevención del VIH, incluida la terapia antirretroviral, puede reducir la incidencia de la infección por el VIH³.

15. Los preservativos masculinos y femeninos son eficaces, baratos y fáciles de usar. Los datos obtenidos en encuestas indican que el aumento del uso de preservativos por las personas expuestas a un mayor riesgo de contraer el VIH coincide con una disminución de las infecciones por el VIH (véase la figura V). Los preservativos también previenen otras infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados. En un análisis reciente de los gastos de inversión y los posibles beneficios de los programas de suministro de preservativos se llegaba a la conclusión de que una inversión adicional de 27.600 millones de dólares en condones masculinos en el plazo de 15 años como parte de un conjunto de anticonceptivos en 81 países permitiría evitar 700 millones de infecciones de transmisión sexual, 17 millones de infecciones por el VIH y 420 millones de embarazos no deseados entre 2015 y 2030. Así se evitaría un total de 240 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad, a un costo de 115 dólares por año de vida⁴.

16. En la Declaración Política de 2016, los Estados Miembros se comprometen a garantizar la disponibilidad de 20.000 millones de preservativos en los países de ingresos bajos y medianos. La cantidad de preservativos masculinos que se necesitaban en 2015 en 47 países del África Subsahariana se calculó en 6.000 millones; sin embargo, ese año solo se distribuyeron 2.700 millones, lo que indica que solo se cubrió menos del 50% de las necesidades⁵. Desde entonces, varios países han reforzado sus programas de distribución de preservativos. Malawi, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Uganda han desarrollado nuevas estrategias de distribución; Botswana, Namibia y Sudáfrica han aumentado la financiación a nivel nacional, y Benin, Burkina Faso, Etiopía, Haití, Kenya, Madagascar, Nigeria, Rwanda y Zimbabwe han colaborado con asociados internacionales a fin de movilizar fondos para la programación relativa a los preservativos.

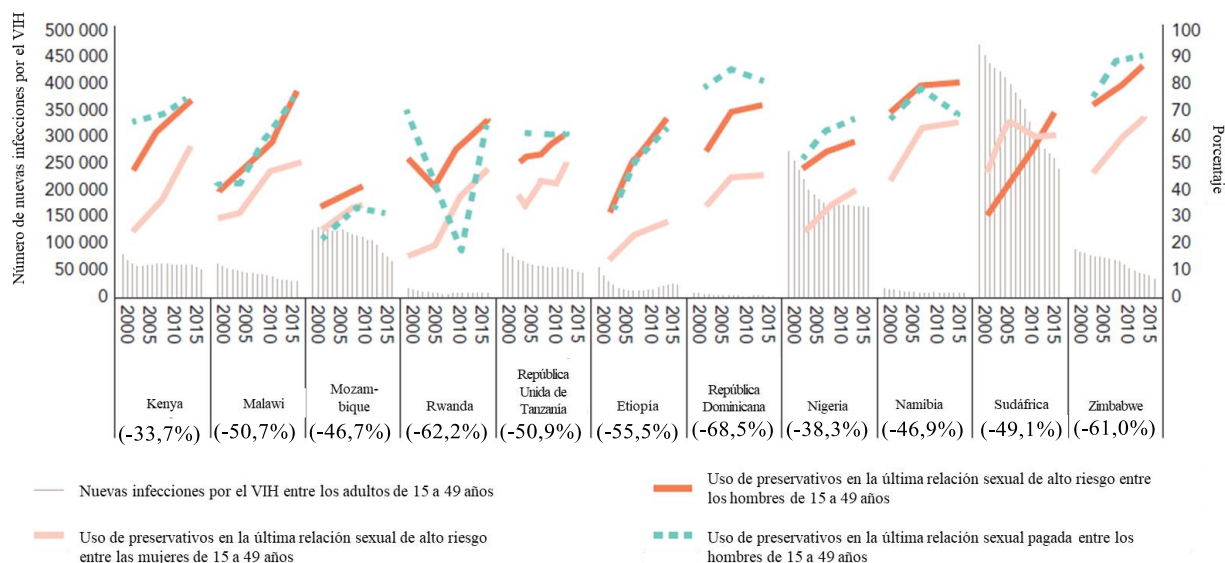
³ Kate Grabowski y otros, “HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda”, *New England Journal of Medicine*, vol. 377, núm. 22 (30 de noviembre de 2017).

⁴ John Stover y otros, “The Case for Investing in the male condom”, *PLoS ONE*, vol. 12, núm. 5 (16 de mayo de 2017).

⁵ Henk Van Renterghem y otros, “Estimating condom needs and gaps for fast-tracking people-centred condom programming in sub-Saharan Africa”, cartel preparado para la Conferencia de 2016 sobre el sida, celebrada en Durban (Sudáfrica) del 18 al 22 de julio de 2016, sesión D73 (disponibilidad, accesibilidad y distribución y comercialización subvencionada de preservativos y lubricantes).

Figura V

Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo y nuevas infecciones por el VIH entre los adultos (de 15 a 49 años), 11 países, 2000-2016



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2017 y encuestas basadas en la población, 2000-2016.

17. Los programas de suministro de agujas y jeringas, la terapia de sustitución de opiáceos, las pruebas de detección del VIH y la terapia antirretroviral son componentes fundamentales de un conjunto amplio de servicios recomendado por las Naciones Unidas para prevenir la propagación del VIH y reducir otros daños asociados con el consumo de drogas. En los países que han adoptado un enfoque integral de reducción de los daños se obtienen mejores resultados en materia de salud para las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales, entre ellos la reducción de las infecciones por el VIH y la hepatitis y una gestión más eficaz del uso de drogas y de la delincuencia relacionada con las drogas.

18. La profilaxis previa a la exposición (PrEP) es otra opción para las personas muy susceptibles de contraer el VIH. En varias ciudades de América del Norte y Europa Occidental, entre ellas Londres, San Francisco y Washington, DC, la inclusión de ese método contribuye a la disminución del número de nuevos casos de VIH. Al mes de junio de 2017 se había comunicado que ese método estaba disponible en cierta medida en más de 60 países —más del doble que en 2016— pero el número de personas que tienen acceso a él en el mundo sigue estando muy por debajo de la meta de la Asamblea General de abarcar a 3 millones de personas antes de 2020. Se ha calculado que casi 250.000 personas habían comenzado a usar ese método entre 2012 y principios de 2017. La mayoría (220.000) se encontraba en los Estados Unidos de América.

19. La circuncisión masculina médica voluntaria es una intervención de bajo costo que se realiza una sola vez y que protege parcialmente de por vida contra la transmisión heterosexual del VIH. La Asamblea General se comprometió a lograr que en los países de alta incidencia un número adicional de 25 millones de hombres optara por la circuncisión masculina médica voluntaria para 2020. Las iniciativas para promover la circuncisión masculina voluntaria en 14 países prioritarios de África Oriental y Meridional se aceleraron rápidamente entre 2008 y 2014, llegándose a la cifra de 3,2 millones de circuncisiones por año. Sin embargo, en 2015 y 2016, el

número anual de circuncisiones se redujo a unas 2,6 millones. Para alcanzar el objetivo fijado se requerirá un promedio de 5 millones de circuncisiones por año entre 2016 y 2020.

Compromiso 4

Eliminar las desigualdades entre los géneros y poner fin a todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave

20. Las desigualdades entre los géneros y las normas culturales perniciosas en materia de género menoscaban la independencia económica de las mujeres, las convierten en blanco de la violencia y el abuso sexual, les niegan el control de su vida sexual y reproductiva y aumentan su riesgo de contraer el VIH. Un análisis sistemático de 41 estudios ha demostrado que las mujeres que son víctimas de violencia infligida por la pareja tienen en promedio 1,5 veces más probabilidades de vivir con el VIH que las que no lo son⁶. La violencia, o el temor a la violencia, limita la capacidad de la mujer para insistir en prácticas sexuales más seguras y para beneficiarse de intervenciones de prevención y tratamiento del VIH, o de los servicios de salud sexual y reproductiva. Otras investigaciones indican que la inseguridad alimentaria está relacionada con un aumento del riesgo sexual inherente a las relaciones sexuales transaccionales, impide que la mujer negocie prácticas sexuales más seguras y constituye un obstáculo para el inicio y la adhesión al tratamiento entre las mujeres que viven con el VIH⁷.

21. El elevado riesgo de infección por el VIH en entornos de alta prevalencia aumenta enormemente a edades más tempranas. En el África Subsahariana, el 23% de las nuevas infecciones por el VIH en 2016 ocurrió entre las adolescentes y las mujeres jóvenes de 15 a 24 años, en comparación con el 11% entre los niños y los varones jóvenes del mismo grupo de edad. Se ha prestado cada vez más atención al hecho de que las relaciones entre personas con una gran diferencia de edad pueden influir en este desequilibrio de género. Los estudios realizados en diversos entornos parecen indicar una correlación entre las grandes diferencias de edad en la pareja y el menor uso de preservativos y tasas más altas de infecciones de transmisión sexual en el caso de las adolescentes y las jóvenes.

22. A pesar de estos problemas, las mujeres que viven con el VIH tienen más probabilidades que los hombres de hacerse la prueba del VIH, iniciar la terapia antirretroviral y cumplir el tratamiento. Como resultado de ello, los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de morir por causas relacionadas con el sida. Ese desequilibrio es particularmente pronunciado en el África Subsahariana, donde en 2016 los hombres representaron el 41% de las personas que vivían con el VIH y el 53% de las muertes relacionadas con el sida.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 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* (Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud) (Ginebra, OMS, 2013).

⁷ Elisabeth Chop y otros, "Food insecurity, sexual risk behaviour, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review", *Health Care for Women International*, vol. 38, núm.9 (publicado en línea el 11 de julio de 2017).

23. La persistente estigmatización de las personas que viven con el VIH o corren el riesgo de contraer el virus es la causa de actos de discriminación en todos los sectores de la sociedad: entre los funcionarios públicos, los agentes de policía y los trabajadores de atención de la salud y en el lugar de trabajo, las escuelas y las comunidades. En muchos países, las leyes y políticas discriminatorias exacerbaban el clima de violencia y marginación, lo cual desalienta a las personas a recurrir a los servicios de atención de la salud, incluidos los métodos de prevención del VIH, la información sobre su estado serológico, el acceso a la atención médica y la continuidad del tratamiento. Los estudios sobre la estigmatización y la discriminación y la búsqueda de atención sanitaria muestran que las personas que viven con el VIH que perciben un alto nivel de estigmatización relacionada con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de solicitar tratamiento solo cuando están muy enfermas⁸.

24. La estigmatización de las poblaciones clave expuestas a un alto riesgo de infección por el VIH se ve reforzada por leyes penales y otras barreras estructurales, lo que a su vez fomenta la violencia, la explotación y un clima de temor que obstaculiza los esfuerzos para suministrar preservativos, mitigar los daños y ofrecer otros métodos de prevención primaria en medida suficiente. Con frecuencia, esos actos de violencia se cometen impunemente. La prevalencia de la violencia entre los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas que se inyectan drogas suele ser elevada pero varía según el país. Por ejemplo, entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en 17 países encuestados recientemente, el porcentaje de los que habían sufrido violencia física en los 12 meses anteriores oscilaba entre el 2,6% en Colombo y el 61,7% en Kampala; más de la mitad de los consumidores de drogas encuestados en el Pakistán y las trabajadoras sexuales encuestadas en siete lugares de Sudáfrica declararon haber sufrido violencia física en los 12 meses anteriores⁹.

Compromiso 5

Velar por que los jóvenes tengan las aptitudes, los conocimientos y la capacidad necesarios para protegerse del VIH y tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

25. Los jóvenes son el futuro de la humanidad. El éxito de la Agenda para el Desarrollo Sostenible dependerá en gran medida de la capacidad de los jóvenes para acceder a la educación, la atención de la salud, el empleo y los servicios sociales. En la Declaración Política de 2016, los Estados Miembros se comprometieron a garantizar que el 90% de los jóvenes tuvieran las aptitudes, los conocimientos y la capacidad necesarios para protegerse del VIH; proporcionar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva y a servicios relacionados con el VIH de buena calidad, asequibles e integrales, información y productos básicos, en particular los productos de prevención bajo el control de la mujer y alcanzar el objetivo mundial de reducir las nuevas infecciones entre las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) a menos de 100.000 antes del fin de 2020.

26. Los datos disponibles más recientes indican que los jóvenes a menudo carecen de los conocimientos necesarios para protegerse del VIH y subestiman el riesgo de infección. En el África Subsahariana, los datos de encuestas de 35 países basadas en la población muestran que solo el 36% de los hombres jóvenes y el 30% de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) identificaban correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazaban ideas básicas erróneas sobre la transmisión del virus. En 23 países fuera del África Subsahariana, solo el 13,8% de los hombres

⁸ Hailay Abrha Gesesew y otros, "Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis", PLoS ONE, vol. 12, núm. 3 (30 de marzo de 2017).

⁹ Informes de vigilancia biológica y conductual integrada, 2011-2016.

jóvenes y el 13,6% de las mujeres jóvenes tenían conocimientos correctos y completos sobre el VIH.

27. El acceso insuficiente a la educación puede aumentar entre los jóvenes el riesgo de contraer el VIH. Las encuestas basadas en la población en el África Subsahariana indican que el inicio de la actividad sexual a una edad temprana es más común entre las niñas de 15 a 19 años con el nivel de instrucción más bajo. Las adolescentes que abandonan la escuela tienen más probabilidades de contraer matrimonio antes de los 18 años¹⁰, y las niñas casadas suelen ser incapaces de negociar prácticas sexuales más seguras, lo que las hace vulnerables a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH¹¹. Las leyes que exigen que los jóvenes menores de 18 años obtengan el consentimiento de los padres para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva son obstáculos en muchos países. De los 106 países que proporcionaron datos a ONUSIDA en 2017 sobre la edad mínima de libre consentimiento, el 29% requería el consentimiento de los padres para que los menores de 18 años se hicieran la prueba del VIH, el 25% lo requería para el tratamiento del VIH y el 28% lo requería para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.

28. Entre 2010 y 2016, las nuevas infecciones entre mujeres de 15 a 24 años disminuyeron un 17%: de 430.000 [entre 270.000 y 550.000] a 360.000 [entre 210.000 y 470.000]. A fin de alcanzar la meta mundial será necesario redoblar los esfuerzos para sensibilizar más a los jóvenes sobre el VIH y eliminar los obstáculos que les impiden acceder a los servicios.

Compromiso 6 **Protección social que tenga en cuenta el VIH**

29. Se reconoce cada vez más que los programas de protección social facilitan la obtención de mejores resultados en materia de prevención y tratamiento del VIH. Por ejemplo, en un estudio realizado en Sudáfrica se constató que las medidas de protección social, incluido el apoyo nutricional de dos comidas al día y la participación en un grupo de apoyo de las personas que vivían con el VIH, estaban asociadas a una mayor adhesión al régimen terapéutico¹². Numerosos estudios han demostrado que las transferencias de efectivo permiten que las niñas sigan asistiendo a la escuela y que también empoderan a la mujer, reducen la violencia en la pareja y contribuyen a una mejor salud sexual – todos resultados que pueden apoyar un desarrollo económico y social más equitativo y reducir la vulnerabilidad al VIH y los inherentes riesgos. Los datos sobre países comunicados a ONUSIDA indican la existencia de programas de transferencia de efectivo en 10 países de África Oriental y Meridional y seis países de América Latina, pero esos programas no son comunes en otras regiones.

Compromiso 7 **Prestación de servicios dirigidos por la comunidad**

30. La participación directa de las organizaciones comunitarias y los trabajadores sanitarios de la comunidad es una característica distintiva de las respuestas al VIH que han obtenido buenos resultados, ya que permite que los sistemas de salud pública presten servicios de manera más amplia y equitativa. Además de aumentar el acceso

¹⁰ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Marrying too young: End child marriage* (New York, 2012). <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>.

¹¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Ending child marriage: progress and prospects” (Nueva York, 2014). Puede consultarse en http://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR.pdf.

¹² Lucie Cluver y otros, “Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa?”, *AIDS Care*, vol. 28, núm. 2 (2016).

a los servicios relacionados con el VIH, las organizaciones comunitarias ofrecen servicios más amplios, incluso conocimientos básicos de derecho, asistencia jurídica y asistencia social. Esos esfuerzos contribuyen a crear una sociedad civil más fuerte y más resiliente que puede defender más eficazmente los derechos de los grupos marginados.

31. La distribución de medicamentos antirretrovirales a nivel de la comunidad y el concepto de atención diferenciada han resultado muy eficaces para ampliar el alcance de los programas de tratamiento del VIH y mejorar sus resultados. La atención diferenciada es un enfoque centrado en las personas y sus derechos que incorpora conceptos tales como la simplificación, la redistribución de tareas, la descentralización y el mayor espaciamiento de las consultas, todo lo cual facilita una asignación más eficaz de los recursos, un mejor acceso a los servicios para las poblaciones desatendidas y una atención médica de manera que contribuye a mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida. En 2016, 25 de los 118 países que comunicaron datos a ONUSIDA incluyó el 40% de los países de África Oriental y Meridional, contaban con una política nacional de promoción de la terapia antirretroviral a nivel de la comunidad.

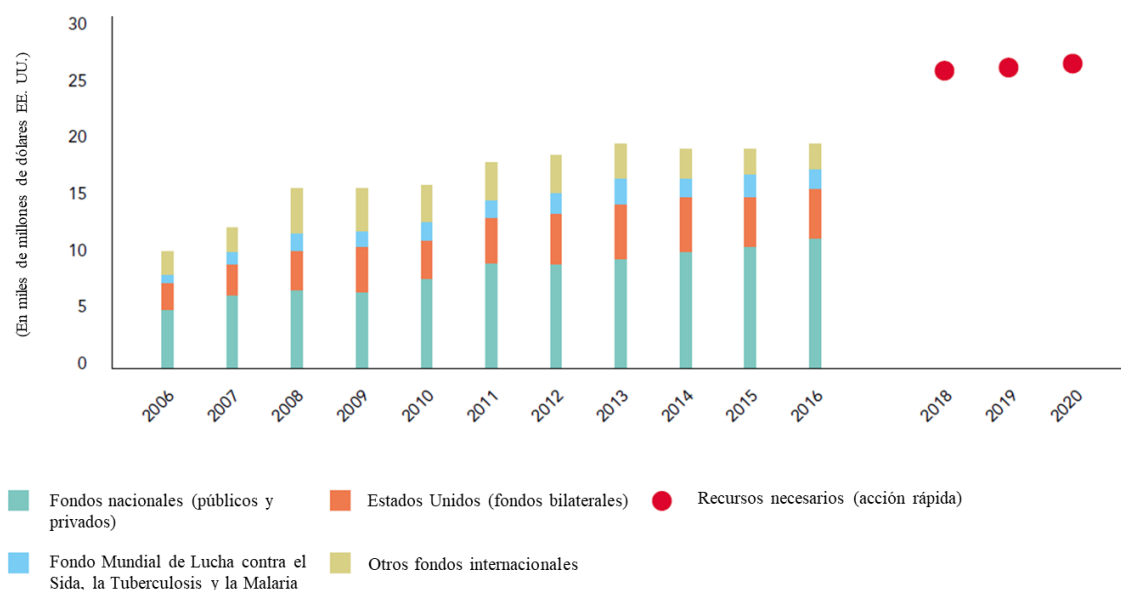
Compromiso 8

Aumentar las inversiones en la respuesta al VIH

32. La disponibilidad de recursos para la respuesta mundial al sida no está en consonancia con los compromisos contraídos en la Declaración Política de 2016. En 2016, el total de recursos disponibles para las respuestas al sida en los países de ingresos bajos y medianos se mantuvo, por tercer año consecutivo, en torno a los 19.100 millones de dólares. Dentro de esta tendencia global estable, la inversión internacional alcanzó su nivel máximo en 2013 —casi 10.000 millones de dólares (en dólares EE. UU. constantes de 2016)— y disminuyó a alrededor de 8.100 millones de dólares en 2016. La inversión de los países de ingresos bajos y medianos, por su parte, aumentó a un promedio anual del 11% entre 2006 y 2016; sin embargo, la tasa de aumento se redujo al 5% entre 2015 y 2016 (véase la figura VI).

33. Esta tendencia en general estable de la disponibilidad de recursos no está a la altura del compromiso de invertir 26.000 millones de dólares en la lucha contra el sida en los países de ingresos bajos y medianos antes del fin de 2020. Además de la asistencia internacional sin precedentes proporcionada en el marco del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para Luchar contra el Sida (PEPFAR) y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, se precisan inversiones nacionales y de donantes para lograr los objetivos de acción rápida antes del fin de 2020.

Figura VI
Disponibilidad de recursos para la lucha contra el VIH por fuente, 2006-2016, y
necesidades de recursos previstas para 2020, países de ingresos bajos y medianos



Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de la disponibilidad de recursos para la lucha contra el VIH, junio de 2017; ONUSIDA, “Fast-Track update on investments needed in the AIDS response”(Ginebra, 2016); Jen Kates y otros, “Donor Government funding for HIV in low- and middle-income countries in 2016”(The Henry J. Kaiser Family Foundation and UNAIDS, 2017); informes de Global AIDS Monitoring y Global AIDS Response Progress Reporting (2005-2017), y Funders Concerned about AIDS, Philanthropic support to address HIV/AIDS in 2015”, Washington D .C., 2016.

Nota: Estimaciones relativas a los países de ingresos bajos y medianos, según la clasificación de 2015 del Banco Mundial basada en el nivel de ingresos. El monto de los recursos está expresado en dólares constantes de los EE.UU. de 2016.

Compromiso 9 **Empoderar a las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo** **o están afectadas por el VIH**

34. Los datos de las encuestas basadas en la población que se realizaron entre 2011 y 2016 en 47 países de siete regiones revelan grandes variaciones en el porcentaje de personas que tienen actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH (véase la figura VII). En los países en los que se han llevado a cabo encuestas múltiples se ha observado que ese porcentaje disminuye con el tiempo. Por ejemplo, en África Oriental y Meridional, el porcentaje de personas que no comprarían verduras a un vendedor que vive con el VIH se redujo del 53,8% en 2003-2008 al 36,2% en 2010-2016. En África Occidental y Central, la disminución de las actitudes discriminatorias ha sido menos pronunciada: del 62% en 2003-2008 al 50,7% en 2010-2016. En general, las actitudes discriminatorias persisten en todo el mundo: la mitad de los hombres y mujeres (de 15 a 49 años) en los 47 países donde se realizaron encuestas indicaron que no comprarían verduras a un vendedor que vive con el VIH.

Figura VII
Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años que no comprarían verduras a un vendedor que vive con el VIH, países con datos disponibles, 2011-2016

75–100%	50–74%	25–49%	0–24%
Egipto*	Afganistán	Bangladesh*	Argentina*
Guinea	Benín	Belice	Barbados*
Iraq*	Bosnia y Herzegovina	Camerún	Botswana
Jordania*	Comoras	Chad	Camboya
Yemen*	Etiopía	Congo	Cuba
	Gambia	Costa Rica*	Kenya
	Ghana	Côte d'Ivoire	Lesotho
	Haití	República Democrática del Congo	Malawi
	Indonesia	República Dominicana	Namibia
	Jamaica	Gabón	Rwanda
	Kazajstán	Honduras	Zambia
	Kirguistán	Mali	Zimbabwe
	República Democrática Popular Lao	Mozambique	
	Liberia	Nepal	
	Mauritania*	Nigeria	
	Montenegro	Pakistán	
	Myanmar		
	Níger		
	República de Moldova		
	Senegal		
	Sierra Leona		
	Tayikistán*		
	Túnez*		
	Ucrania		

Fuente: Encuestas basadas en la población, 2011–2016.

* Mujeres encuestadas únicamente.

35. Las poblaciones expuestas a un mayor riesgo de infección por el VIH también sufren un alto grado de estigmatización, debido, entre otras cosas, al género, la orientación sexual, la identidad de género, el consumo de drogas o la prostitución. En muchos países, las leyes y políticas exacerbaban un entorno de violencia y marginación, lo que dificulta el acceso a los servicios y puede aumentar la inseguridad alimentaria. Según la información proporcionada por organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas, 72 países tipifican como delito la actividad sexual entre personas del mismo género¹³, 32 imponen la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas¹⁴ y más de 100 tipifican como delito algún aspecto del trabajo sexual¹⁵. Entre los países que comunicaron datos a ONUSIDA en 2017, 44 de un total de 100 informaron de que tenían leyes que tipifican específicamente como delito la actividad sexual entre personas del mismo género; 17 de un total de 116 informaron de que las personas transgénero eran penalizadas o enjuiciadas y 84 de un total de 110 informaron de que tipificaban como delito algún aspecto del trabajo sexual. En relación con el uso o la posesión de drogas, 78 de un total de 90 países informaron de que el consumo o la posesión de drogas para uso

¹³ Aengus Carroll y Lucas Ramón Mendos, *State-Sponsored Homophobia: A World Survey of Sexual Orientation Laws – Criminalisation, Protection and Recognition*, 12ª ed. (Ginebra, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2017).

¹⁴ Harm Reduction International, The Death Penalty Project (página web). Puede consultarse en <https://www.hri.global/death-penalty-project>. (consultado el 14 de septiembre de 2017).

¹⁵ Cheryl Overs, Sex Work Law Map (página web), creada por el Institute of Development Studies. Puede consultarse en <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw>. (consultado el 20 de septiembre de 2017).

personal era un delito penal o motivo de detención obligatoria, y 9 de un total de 107 comunicaron que imponían la pena capital por delitos relacionados con las drogas.

36. La reforma o eliminación de leyes discriminatorias y punitivas y la aplicación de las normas jurídicas de protección empodera a las personas y las comunidades, creando un entorno en el que la gente sienta que puede acceder a los servicios de salud en condiciones seguras y dignas y en igualdad de condiciones con los demás. Cuando la conducta sexual y las relaciones sexuales entre personas del mismo género son punibles por la ley, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero están en mejores condiciones de solicitar asistencia médica y otros servicios que necesitan. En los países en que el consumo de drogas se ha despenalizado total o parcialmente, como, por ejemplo, Chequia y Portugal, se han observado efectos tangibles en la adicción, la delincuencia y las muertes relacionadas con las drogas y la transmisión del VIH. En un estudio reciente de 27 países europeos se constataba que en los países que habían legalizado algunos aspectos del trabajo sexual, la tasa de prevalencia del VIH entre los trabajadores sexuales era considerablemente más baja que en aquellos que tipificaban como delito todos los aspectos del trabajo sexual¹⁶. La protección activa de los derechos de las poblaciones marginadas es esencial para reducir la estigmatización y la discriminación social. Esa protección incluye leyes que prohíben la discriminación por el estado serológico, la orientación sexual y la identidad de género en las instalaciones sanitarias y en otros ámbitos; sistemas para tramitar e investigar las denuncias de discriminación, y la protección de la confidencialidad de la información personal y del derecho a dar el consentimiento para recibir tratamiento.

37. En muchos casos existen importantes obstáculos para acceder a los sistemas de justicia. La representación letrada en forma accesible y asequible es fundamental. Los programas que combinan los servicios de salud con la asistencia jurídica han resultado particularmente eficaces. En varios países, las juntas consultivas comunitarias han dado a las personas la oportunidad de comunicar sus quejas y obtener una reparación jurídica.

Compromiso 10

Poner fin al aislamiento del sida

38. El progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible se puede acelerar si se reduce más el aislamiento de la respuesta al VIH. La superposición de las epidemias de VIH, la tuberculosis, la hepatitis vírica y el virus del papiloma humano (VPH) tienen características análogas y plantean problemas similares, incluidos los modos de transmisión y las dificultades que entrañan el diagnóstico y el acceso a las poblaciones afectadas. Los sistemas sanitarios se pueden fortalecer y la eficiencia puede aumentar si mejora la colaboración entre los programas de salud. En la Declaración Política de 2016 se reconocen en forma explícita estos enlaces, se pide que los sistemas nacionales de salud adopten enfoques integrados respecto de las infecciones asociadas y la comorbilidad y se asume el compromiso de reducir drásticamente las infecciones de la hepatitis B y C y de ampliar la cobertura del tratamiento de la tuberculosis y la hepatitis.

39. En el último decenio se han logrado beneficios importantes en la respuesta mundial a la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. En 2004, solo el 3% de los pacientes de tuberculosis notificados conocían su estado serológico respecto del VIH, y el 54% de los pacientes de tuberculosis que vivían con el VIH

¹⁶ Aaron Reeves y otros, "National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an Ecological regression analysis of 27 European countries", *The Lancet HIV*, vol. 4, núm. 3 (24 de enero de 2017).

tenían acceso a la terapia antirretroviral. En 2016, el 57% de los enfermos de tuberculosis notificados conocían su estado serológico y el 85% de esos enfermos que vivían con el VIH tenían acceso a la terapia antirretroviral. Las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH han disminuido en más de un 33%, de un máximo de aproximadamente 593.000 en 2007 a 374.000 en 2016. También se está ampliando el tratamiento preventivo de la tuberculosis, en particular en los dos grupos de riesgo prioritarios: las personas que viven con el VIH y los niños de menos de 5 años. Cerca de 1 millón de personas que vivían con el VIH y que habían recurrido por primera vez a servicios de atención de casos de VIH en 2016 recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis en 60 países, en comparación con las 12.000 que habían notificado solo tres países en 2004.

40. A pesar de estos logros extraordinarios, la reducción (28%) de las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH desde 2010 está muy por debajo de la meta del 75% fijada para 2020 por los Estados Miembros en la Declaración Política de 2016. La tuberculosis sigue siendo la principal causa de hospitalización y de mortalidad entre las personas que viven con el VIH, lo que representa más de un tercio (37%) de todas las muertes relacionadas con el sida en 2016, y la novena de las principales causas de muerte en todo el mundo. El número de casos notificados de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en 2016 representó solo el 46% del número total estimado de personas que viven con el VIH y que se enfermaron de tuberculosis ese año, lo cual pone de relieve una considerable diferencia en el número de casos diagnosticados oportunamente y la elevada incidencia de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH y que aún no tienen acceso a la terapia antirretroviral. Para colmar esa laguna y hacer un diagnóstico inicial de todas las personas que viven con el VIH y que reciben cuidados por presentar síntomas de tuberculosis, como se pide en la Declaración Política de 2016, será necesario que los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis y el VIH colaboren en la localización de contactos con casos índice, en actividades de divulgación a nivel de la comunidad y en actividades de apoyo para asegurar la adhesión al tratamiento.

41. La tuberculosis resistente es una amenaza constante para el progreso. En 2016 hubo 600.000 nuevos casos con resistencia a la rifampicina, el medicamento de primera línea más eficaz, de los cuales 490.000 eran de tuberculosis multirresistente. Otros factores más generales que inciden en la epidemia de tuberculosis son los niveles de pobreza, la desnutrición y el tabaquismo. Para alcanzar antes del fin de 2020 las metas fijadas como hitos en la Declaración Política de 2016 en relación con la tuberculosis, como las de atender al 90% de todas las personas que necesitan tratamiento por esa enfermedad —incluido el 90% de las poblaciones que corren más riesgos— y de asegurar que el tratamiento tenga éxito al menos en el 90% de los casos, la incidencia de la tuberculosis y las muertes por tuberculosis deberían disminuir entre un 4% y un 5% por año, y el porcentaje de casos de tuberculosis en que la muerte está relacionada con la tuberculosis deben reducirse del 16% al 10%.

42. Entre los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH en 2015, unos 2,7 millones sufrían infecciones crónicas por el virus de la hepatitis B y 2,3 millones habían sido infectadas por el virus de la hepatitis C. Las metas para la hepatitis fijadas en la Declaración Política de 2016 son reducir los nuevos casos de infecciones crónicas de hepatitis B y C en un 30% para 2020; asegurar que 5 millones de personas reciban tratamiento para la hepatitis B antes del fin de 2020 y asegurar que 3 millones de personas con hepatitis C crónica reciban tratamiento antes del fin de 2020. En 2016, 4,5 millones de personas recibieron tratamiento contra la hepatitis B y 1,76 millones iniciaron el tratamiento de la hepatitis C. La ampliación efectiva de la vacunación contra la hepatitis B —la cobertura mundial con las tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B en la infancia fue del 84% en 2015— ha reducido

considerablemente la transmisión de la hepatitis B en los primeros cinco años de vida y ha contribuido a reducir en un 1,3% la prevalencia de la hepatitis B entre los niños.

43. Existen otros métodos de prevención que no se han aplicado en medida suficiente. Los servicios para la reducción de daños, en particular los programas de distribución de agujas y jeringas para la prevención de la transmisión de la hepatitis C (y del VIH) entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa, han sido insuficientes. Como consecuencia de ello, en 2015 hubo unas 1,75 millones de nuevas infecciones de hepatitis C en todo el mundo. El acceso a pruebas de hepatitis a un costo asequible es también limitado y solo un pequeño porcentaje de las personas diagnosticadas ha recibido tratamiento. El aumento de las muertes causadas por la hepatitis viral, de 1,10 millones en 2000 a 1,34 millones en 2015, es preocupante.

44. En los países que fueron los primeros en adoptar ese método, como Egipto, Georgia, Mongolia y el Pakistán, se constata que la rápida expansión de las pruebas y el tratamiento de la hepatitis C es posible si existe la voluntad política necesaria y se reducen los precios de los medicamentos esenciales y las pruebas de diagnóstico a fin de ampliar los servicios de análisis y tratamiento. Para ampliar el alcance de la prevención, las pruebas y el tratamiento de la hepatitis viral es preciso considerar la enfermedad como problema de salud pública a fin de prestar servicios a todas las personas que los necesiten, en un marco que asegure la sostenibilidad de la financiación de la cobertura sanitaria universal.

45. El riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino entre las mujeres que viven con el VIH es de 4 a 5 veces mayor. Ese riesgo está vinculado al virus del papiloma humano (VPH), una infección común en los hombres y mujeres sexualmente activos que resulta difícil de superar en el caso de las mujeres con sistemas inmunitarios debilitados (como las que viven con el VIH). Para reducir al mínimo las muertes por cáncer cervicouterino es preciso adoptar un enfoque integral. Dado que la infección por el VPH es común a edades más tempranas, una estrategia clave es la vacunación de las niñas adolescentes antes de su exposición al virus a través de las relaciones sexuales. Hasta la fecha, los programas de inmunización contra el VPH se han desarrollado principalmente en países de ingresos altos. Solo el 1% de los 118 millones de mujeres a las que estaban destinados esos programas entre junio de 2006 y octubre de 2014 vivía en países de ingresos bajos o medianos bajos.

II La respuesta al sida y la reforma de las Naciones Unidas

46. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida fue establecido por el Consejo Económico y Social en su resolución 1994/24 a fin de guiar e inspirar al mundo para asegurar el acceso universal a la prevención del VIH y al tratamiento, el cuidado y el apoyo de las personas que lo contrajeran en una época en que la respuesta colectiva estaba flaqueando. Más de 20 años después, ONUSIDA coordina la labor de 11 entidades de las Naciones Unidas y trabaja en estrecha colaboración con los Estados Miembros, la sociedad civil, el Fondo Mundial, el PEPFAR, el mundo académico y el sector privado. Estos esfuerzos han unido al mundo en torno al objetivo mundial de poner fin a la epidemia del sida como amenaza para la salud pública antes del fin de 2030.

47. El Programa Conjunto ha evolucionado constantemente en los dos últimos decenios, y los organismos de las Naciones Unidas que lo copatrocinan han aumentado de 6 a 11. Los copatrocinadores y la Secretaría han adoptado una estrategia conjunta de seis años y un marco unificado para la labor relacionada con el VIH que incluye un presupuesto, un plan de trabajo y un marco de rendición de cuentas. Los equipos conjuntos sobre el sida a cargo de directores de ONUSIDA en

los países que actúan en el marco de los equipos de las Naciones Unidas en los países obtienen sistemáticamente buenos resultados. La sociedad civil desempeña un activo papel en la gobernanza de ONUSIDA, y las alianzas dinámicas entre los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas, la sociedad civil y el sector privado son factores que determinan el éxito de las medidas positivas de lucha contra el sida en los países de ingresos bajos y medianos. En el marco de la alianza internacional contra el sida y con el apoyo de ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha desempeñado un papel fundamental para armonizar la financiación para el desarrollo destinada a respaldar las inversiones nacionales en respuestas al sida basadas en datos epidemiológicos y sobre programas y en marcos de resultados claramente definidos.

48. En 2017, ONUSIDA convocó a un grupo de expertos de múltiples partes interesadas con el fin de formular recomendaciones para perfeccionar y reforzar el Programa Conjunto en el contexto de la evolución de la epidemia y de la reforma de las Naciones Unidas. El Grupo formuló recomendaciones concretas sobre el despliegue de recursos humanos y financieros, la revitalización de las actividades conjuntas a nivel de los países y el refuerzo de los sistemas de rendición de cuentas y de los resultados para las poblaciones. Estas recomendaciones se recogieron en un plan de acción aprobado por la Junta de Coordinadora del Programa de ONUSIDA en junio de 2017. Desde entonces, ONUSIDA ha realizado evaluaciones de su capacidad a nivel nacional y ha aplicado en 71 países prioritarios un modelo revisado de distribución de recursos consistente en asignaciones de fondos financieros por países programadas por los equipos conjuntos de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida y acordados por los equipos de las Naciones Unidas. Este perfeccionamiento constante del modelo operativo de ONUSIDA y el reajuste de los recursos de personal y financieros tienen por objeto asegurar que las Naciones Unidas sigan cumpliendo su cometido al apoyar cada fase de la respuesta al sida. El enfoque de ONUSIDA esbozado por el Consejo Económico y Social —sus logros, las lecciones aprendidas y su evolución dinámica— puede aplicarse en la labor que se lleva a cabo en varias de las esferas propuestas para reorientar el sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo a fin de reforzar su apoyo a la consecución de la Agenda 2030. La experiencia del ONUSIDA tiene pertinencia directa para la nueva visión de las Naciones Unidas, cuyo fin es eliminar duplicaciones y llenar lagunas mediante actividades conjuntas basadas en el aprovechamiento de las ventajas comparativas de cada entidad. El modelo de programa conjunto y copatrocinado ha demostrado que el fortalecimiento de las asociaciones en general y un enfoque coherente e integrado a nivel de los países amplía y afianza el apoyo crucial “de todo el sistema” a los países.

III. Recomendaciones

49. La erradicación del sida como amenaza para la salud pública a más tardar en 2030, como se pide en la Agenda 2030, es una meta que está a nuestro alcance. No obstante, la lentitud del progreso para reducir las nuevas infecciones pone de manifiesto deficiencias y problemas que debemos abordar para alcanzar nuestro objetivo último. A pesar de las múltiples opciones, basadas en datos empíricos, que existen para prevenir las infecciones por el VIH, pocos son los países que han establecido sólidos programas que combinan métodos de prevención y realizado las inversiones necesarias para asegurar su aplicación. Las leyes y políticas nacionales no protegen a los miembros más vulnerables de la sociedad. Millones de mujeres, niños, recién nacidos y adolescentes mueren cada año, en su mayoría por causas prevenibles. El riesgo de infección por el VIH que corren las mujeres jóvenes en entornos de alta prevalencia es inaceptablemente elevado; y en ningún continente se

han desplegado esfuerzos suficientes para atender a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección, a los migrantes y a las personas en situaciones humanitarias y prestarles los servicios necesarios para prevenir, diagnosticar y tratar el VIH.

50. El sida no ha sido eliminado, pero puede serlo. El logro de todos los objetivos de acción rápida para 2020 exige que todos los Estados Miembros adopten un enfoque centrado en el lugar, la población y el ciclo de vida que asegure que toda persona sepa que tiene acceso a múltiples opciones de prevención, detección y tratamiento del VIH y que establezca las protecciones jurídicas requeridas para que todas las personas necesitadas puedan utilizar esos servicios.

Recomendación 1

Emprender una campaña para ampliar la detección del VIH y alcanzar los objetivos 90-90-90

51. Las lagunas en el proceso de detección y tratamiento del VIH se han reducido. No obstante, si se las considera en conjunto, se constata que en el porcentaje de personas que vivían con el VIH y habían logrado la supresión de la carga viral se había reducido al 44% [entre el 32% y el 53%] en 2016 —que era muy inferior al 73% necesario para alcanzar plenamente los objetivos 90-90-90. La principal laguna se observa en el primer paso del proceso: el conocimiento del estado serológico con respecto al VIH. Un porcentaje inaceptablemente alto de personas que viven con el VIH, especialmente jóvenes, hombres y poblaciones clave, no son conscientes de su estado serológico y no pueden obtener tratamiento y proteger a sus parejas contra la infección por el VIH. Como resultado de ello, el porcentaje de pacientes que reciben un diagnóstico varios años después de contraer el VIH y se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad cuando empiezan a recibir tratamiento sigue siendo alarmantemente alto en muchos países.

52. Se insta a los Estados Miembros a plegarse a una campaña que permita ampliar al máximo la detección del VIH y que garantizará el logro de los objetivos 90-90-90 antes de 2020. La ampliación de las pruebas de diagnóstico en los primeros años de vida y la aceleración del desarrollo y utilización de fórmulas antirretrovirales pediátricas es fundamental para lograr el objetivo mundial —que 1,6 millones de niños que viven con el VIH tengan acceso a la terapia antirretroviral antes del fin de 2018. Los mecanismos para el diagnóstico precoz en los menores de 1 año en el lugar de consulta son particularmente prometedores, como lo son los esfuerzos para garantizar que la prueba del VIH se ofrezca a todos los adultos para sus hijos, así como a todos los niños que vayan a ser vacunados o reciban cuidados por malnutrición y tratamiento para la tuberculosis. Los Estados Miembros deben velar por que las personas y los lugares más necesitados tengan acceso a las últimas innovaciones en materia de detección del VIH. Estos nuevos métodos incluyen la realización de pruebas a nivel de la comunidad, los autoanálisis y asistencia para que las personas infectadas informen a sus parejas.

Recomendación 2

Intensificar los esfuerzos para poner fin a la tuberculosis y otras infecciones asociadas y a la comorbilidad

53. La Conferencia Ministerial Mundial de la OMS para poner fin a la tuberculosis en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, celebrada en Moscú en noviembre de 2017, concluyó con el compromiso colectivo de actuar con rapidez para lograr la cobertura sanitaria universal, en particular mediante la ampliación de servicios de lucha contra la tuberculosis y el VIH integrados y centrados en las personas mediante actividades de colaboración. La reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la tuberculosis —la primera en los anales de la Asamblea—

que se celebrará en septiembre de 2018 ofrece una oportunidad histórica para impulsar ese compromiso en una declaración de la Asamblea General que sirva de plataforma para acelerar la respuesta a la tuberculosis, incluida la asociada al VIH, y encaminar firmemente a los países y a todo el mundo hacia el objetivo de poner fin a las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. Para ello será necesario cubrir un déficit de 2.300 millones de dólares con fondos procedentes de fuentes nacionales (especialmente en los países de ingresos medianos) y de donantes internacionales (especialmente en los países de bajos ingresos). La tercera reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles es otra oportunidad de lograr progresos en materia de salud mundial, que tendrá un efecto positivo en la respuesta al VIH. Estas dos reuniones, así como la reunión de alto nivel de 2019 sobre la atención sanitaria universal, ofrecen la posibilidad de establecer enlaces en la agenda mundial sobre la salud, armonizar la programación y la financiación para aumentar la eficiencia y a la vez promover en esa esfera enfoques más eficaces en los que participe todo el sistema.

54. Aparte de la tuberculosis, las medidas concretas para hacer frente a las infecciones asociadas y la comorbilidad consisten en la continua ampliación del tratamiento de la hepatitis B y C mediante, entre otras cosas, la adquisición de medicamentos genéricos de alta calidad, el desarrollo de nuevas técnicas de laboratorio para efectuar pruebas de detección de distintas dolencias utilizando una plataforma común para las pruebas de determinadas enfermedades, por ejemplo, el VIH y la sífilis, y la ampliación de las campañas de vacunación y las actividades de educación, diagnóstico inicial y tratamiento del VPH. Al mejorar el acceso a la atención primaria de la salud se acelerará la acción contra enfermedades específicas. Las medidas de lucha contra la pobreza tendrán un impacto similar. Para reducir el aislamiento del sida es preciso acelerar los esfuerzos hacia el objetivo mundial de la cobertura sanitaria universal para 2030 y las iniciativas más amplias para llevar a la práctica la Agenda 2030. Una vez más, la reunión de alto nivel de 2019 sobre la atención sanitaria universal ofrece a los Estados Miembros la oportunidad de situar el VIH y el sida directamente en el centro del debate, como tema que promoverá la atención de la salud para todos y a la vez se beneficiará de ella.

Recomendación 3

Utilizar la guía de prevención del VIH para acelerar la reducción de nuevas infecciones

55. Se insta a todos los países de ingresos bajos y medianos, en particular los 25 países donde ocurrió casi el 75% de las nuevas infecciones por el VIH en 2016, a utilizar la guía de prevención del VIH para adoptar de inmediato medidas concretas a fin de acelerar el progreso para cumplir los compromisos sobre la prevención del VIH para 2020, utilizando enfoques basados en datos empíricos, centrados en las personas y basados en los derechos humanos. El plan de diez puntos que contiene esa guía orienta a los países para a) realizar una evaluación estratégica de las principales necesidades en materia de prevención y determinar los obstáculos normativos y programáticos que impiden el progreso; b) establecer objetivos nacionales y guías para la prevención del VIH o revisar los existentes; c) introducir cambios institucionales para mejorar la conducción, supervisión y gestión de las actividades de prevención del VIH; d) introducir los cambios jurídicos y normativos necesarios para crear un entorno propicio a los programas de prevención; e) elaborar directrices nacionales y medidas de intervención, determinar plataformas para la prestación de servicios y actualizar los planes operacionales; f) elaborar un plan consolidado de desarrollo de la capacidad y asistencia técnica con respecto a la prevención; g) establecer mecanismos de contrato social para las entidades de la sociedad civil encargadas de la ejecución de programas o fortalecer los existentes, y ampliar las respuestas basadas en la comunidad; h) determinar los recursos

disponibles para actividades de prevención y elaborar una estrategia para subsanar las deficiencias de financiación; i) establecer sistemas de vigilancia para los programas de prevención o fortalecer los existentes; y j) fortalecer la rendición de cuentas a nivel nacional e internacional para la prevención. Las medidas programáticas clave son, entre otras, la ampliación con carácter más urgente, de los programas de distribución de preservativos, la mitigación de los daños, la circuncisión masculina médica voluntaria y la terapia PrEP. Los cambios jurídicos y normativos deben centrarse en lo siguiente: eliminar las barreras estructurales y normativas que obstaculizan el acceso a los servicios para los grupos más vulnerables y expuestos a mayores riesgos, incluidos los escolares y los niños y adolescentes que no asisten a la escuela y las poblaciones clave; reducir el estigma y la discriminación y proporcionar a esos grupos un acceso equitativo a fin de asegurar la realización progresiva de sus derechos humanos.

Recomendación 4

Salvaguardar los derechos humanos y promover la igualdad entre los géneros utilizando modelos de prestación de servicios centrados en las personas y marcos jurídicos y normativos de apoyo

56. La respuesta al sida se forjó con el activismo, ante la necesidad de atender a la demanda de servicios de las personas que viven con el VIH con un enfoque basado en los derechos humanos. Un nutrido conjunto de datos muestra que los modelos de prestación de servicios centrados en las personas, los marcos jurídicos y normativos de apoyo, los mecanismos de supervisión y ejecución y la capacitación para concienciar a los trabajadores de atención de la salud y otros responsables pueden promover la inclusión y lograr la igualdad de acceso a los servicios de salud. La igualdad entre los géneros, que requiere entre otras cosas mantener a las niñas en la escuela y abordar el problema de la violencia contra la mujer, es fundamental para empoderar a las mujeres y las niñas para que se protejan de las infecciones por el VIH. Es necesario suprimir el requisito del consentimiento para acelerar el acceso de los jóvenes a los servicios, y la eliminación de las leyes y políticas discriminatorias y la promoción de la igualdad de acceso a la asistencia letrada son esenciales para proteger los derechos de las poblaciones clave y de las personas que viven con el VIH. Se insta a los Estados Miembros a promover y proteger todos los derechos humanos y libertades fundamentales y a redoblar sus esfuerzos para cumplir los compromisos asumidos en la Declaración Política de 2016 a fin de lograr la igualdad entre los géneros; intensificar las iniciativas nacionales encaminadas a crear marcos jurídicos, sociales y normativos que promuevan un acceso no discriminatorio a los servicios relacionados con el VIH y a la educación, la atención de la salud, el empleo y los servicios sociales y otorgar protección jurídica a las personas que viven con el VIH, corren riesgo de contraerlo y se ven afectadas por el virus.

Recomendación 5

Utilizar el Programa Conjunto del ONUSIDA y la Iniciativa Salud 6 como aceleradores de la salud mundial e incubadoras para la reforma de las Naciones Unidas

57. El enfoque conjunto de las Naciones Unidas con respecto al VIH/sida es más relevante que nunca, ahora que las Naciones Unidas entran en una etapa crítica de la reforma en un entorno caracterizado por amenazas cambiantes a la seguridad mundial, emergencias humanitarias, retos al desarrollo y el cambio climático. Tanto las instituciones humanitarias como las de desarrollo deben consolidar los logros alcanzados hasta la fecha en la respuesta al VIH y, al mismo tiempo, adaptarse a la evolución de las condiciones políticas, económicas y epidemiológicas. El pleno apoyo de los Estados Miembros al plan de acción del Programa Conjunto de ONUSIDA y el plan de movilización de recursos estratégicos para el período 2018-

2021 es fundamental para garantizar que ONUSIDA siga a la vanguardia del proceso de reforma de las Naciones Unidas.

58. El hecho de que ONUSIDA presida la Iniciativa Salud 6 brinda la oportunidad de aprovechar la experiencia del Programa Conjunto y acelerar la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo. Muchas de las prioridades del programa de reforma de las Naciones Unidas —las actividades conjuntas, la reducción de la fragmentación y la duplicación, la producción de información estratégica, la prestación de asesoramiento sobre políticas integradas y el fortalecimiento de la rendición de cuentas— son elementos esenciales de ONUSIDA y del modelo de la Iniciativa Salud 6. Al igual que en el enfoque de acción rápida en la lucha contra el sida, inspirado en la estrategia de seis años de ONUSIDA y la Declaración Política de 2016, la Iniciativa Salud 6 puede conducir a metas más ambiciosas y a un compromiso político más firme en favor de la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, por un lado, y, por otro, concentrar las actividades conjuntas de las Naciones Unidas en torno a resultados claramente definidos y acelerar el progreso en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se insta a los Estados Miembros a apoyar la Iniciativa Salud 6 para que sirva de acelerador de la salud mundial y de incubadora de la reforma del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo.
