

06

Informe sobre la epidemia mundial de SIDA : Resumen de orientación

Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

Fotos : Naciones Unidas/E.Debebe, ONUSIDA/S.Agarwal

ONUSIDA/06.13S (versión española, mayo de 2006)

Versión original en inglés, UNAIDS/06.13E, mayo de 2006:

2006 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary—a UNAIDS 10th anniversary special edition.

Traducción—ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Todos los derechos reservados. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA se pueden obtener del Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA—ya sea con fines comerciales o no— también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax al +41 22 791 4187, o por correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS :

ONUSIDA.

Resumen de orientación : informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006 / ONUSIDA.

“ONUSIDA/06.20S”.

- 1.Infecciones por VIH – epidemiología. 2.Infecciones por VIH – terapia. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología.
- 4.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – terapia. I.Organización Mundial de la Salud. II.Título.

IISBN 92 9 173513 2

(Clasificación NLM : WC 503.4)

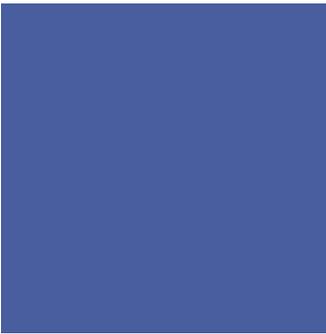
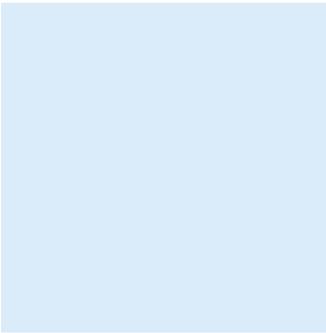
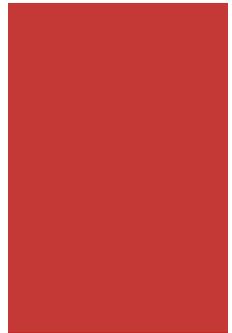
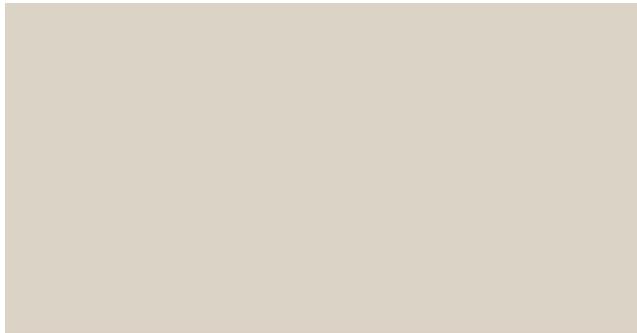
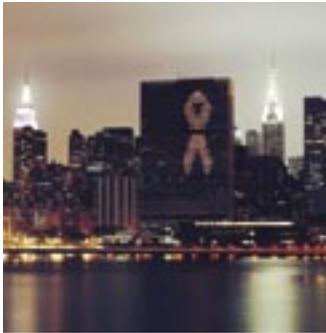
ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

unaids@unaids.org
www.unaids.org

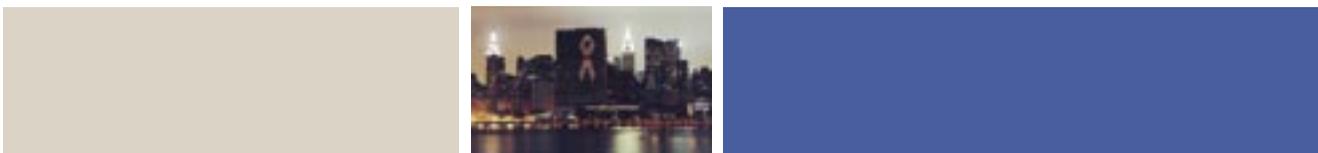
Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006

Edición especial con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA
Resumen de orientación



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

AGNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
GIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



En la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, aprobada en un histórico periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2001, los líderes de los 189 Estados Miembros se comprometieron con una serie de objetivos amplios sujetos a un calendario para proporcionar de forma eficaz los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH que se requieren para contener y empezar a hacer retroceder la epidemia mundial para 2015.

La responsabilización y la transparencia son capitales para alcanzar estos objetivos. La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA dispone que se remitan periódicamente a la Asamblea General informes sobre los progresos realizados a escala mundial, utilizando los indicadores desarrollados por el ONUSIDA, los países individuales y un amplio espectro de asociados. Con el fin de dar cuenta de los progresos realizados a la evaluación de cinco años de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, el ONUSIDA revisó los informes de los países sobre los indicadores básicos del SIDA, con atención especial a los objetivos cuantificables que deberían haberse alcanzado en diciembre de 2005.

El *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* contiene el conjunto de datos más exhaustivo jamás compilado sobre la respuesta de los países a la epidemia de SIDA. En total, 126 países remitieron informes completos, y, por primera vez, la sociedad civil participó activamente en la recopilación, revisión y análisis de estos datos nacionales. Por otro lado, el ONUSIDA recibió más de 30 informes

separados de la sociedad civil, lo que ha permitido una valoración más global del compromiso político, la calidad y equidad de la cobertura de servicios y la eficacia de los esfuerzos para afrontar el estigma y la discriminación.

Entre los principales hallazgos de esta revisión mundial exhaustiva destacan los siguientes:

- Desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001 se han realizado progresos importantes, pero todavía existe una diversidad extraordinaria en la respuesta al VIH entre los países y regiones.
 - Mientras que países seleccionados han alcanzado los hitos y objetivos fundamentales establecidos para 2005, muchos otros no han logrado cumplir las promesas especificadas en la Declaración.
 - Algunos países han realizado avances importantes en la ampliación del acceso al tratamiento, pero han tenido escaso éxito en sus esfuerzos por llevar al nivel necesario los programas

de prevención del VIH ; a la inversa, otros países que están experimentando una reducción en la prevalencia nacional del VIH sólo progresan lentamente hacia el objetivo de asegurar que dispongan de tratamiento todos aquellos que lo necesitan.

- **En la mayoría de los países existe actualmente un fundamento sólido sobre el que construir una respuesta eficaz al SIDA, con un compromiso político creciente y mayor coordinación entre los asociados a nivel de país.**
 - El ritmo de crecimiento de los recursos para el VIH se ha acelerado desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001, con un incremento promedio anual de US\$ 1700 millones entre 2001 y 2004, en comparación con un incremento promedio anual de US\$ 266 millones entre 1996 y 2001. La financiación disponible en 2005 llegó a US\$ 8300 millones.
 - El gasto público interno de los gobiernos también ha aumentado significativamente en los países de África subsahariana de ingresos bajos, aunque ha crecido de forma más moderada en los países de ingresos medianos. En 2005, los recursos internos alcanzaron los US\$ 2500 millones.
 - El acceso al tratamiento se ha ampliado espectacularmente. En los países de ingresos bajos y medianos, el número de personas que reciben terapia antirretrovírica ha pasado de 240 000 en 2001 a 1,3 millones en 2005, y 21 países ya cumplen o superan el objetivo fijado en la iniciativa «Tres millones para 2005» de proporcionar tratamiento como mínimo al 50% de las personas que lo necesitan.
 - En más de 70 países encuestados, el número de personas que utilizaron servicios de asesoramiento y pruebas del VIH se ha cuadruplicado durante los últimos cinco años, de aproximadamente cuatro millones en 2001 a 16,5 millones en 2005.
- En 58 países que aportaron datos, el 74% de las escuelas primarias y el 81% de las escuelas secundarias proporcionan actualmente educación sobre el SIDA.
- En ocho de 11 países subsaharianos estudiados ha disminuido el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años y ha aumentado el uso del preservativo.
- Seis de 11 países africanos fuertemente afectados por el VIH comunicaron un descenso del 25% o superior en la prevalencia del VIH entre individuos de 15-24 años en poblaciones urbanas.
- En algunos países, casi el 60% de las mujeres embarazadas VIH-positivas están recibiendo profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus.
- En la mayoría de los países se analiza sistemáticamente la presencia del VIH en la sangre destinada a transfusiones.
- **Sin embargo, todavía hay deficiencias significativas en la respuesta al VIH.**
 - Los programas de prevención del VIH no están llegando a quienes corren riesgo máximo. Siguen siendo insuficientes los esfuerzos por aumentar el conocimiento sobre el SIDA entre los jóvenes.
 - Aunque la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA aspiraba a que el 90% de los jóvenes estuvieran bien informados sobre el SIDA para 2005, las encuestas indican que menos del 50% de ellos han alcanzado niveles suficientes de conocimiento.
 - Sólo el 9% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones recibió algún tipo de servicio de prevención del VIH en 2005; dichos servicios llegaron a menos del 20% de los consumidores de drogas intravenosas.

FIGURA 1		Progresos realizados hacia el cumplimiento de los objetivos mundiales acordados para 2005 en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001 (países de ingresos bajos y medianos)	
		Resultados mundiales 2005	Objetivo mundial 2005
Gasto anual total			
US\$ 8 297 000 000 Intervalo estimado: US\$ 7500 millones - US\$ 8500 millones		US\$ 7000 – US\$ 10 000 millones Objetivo mundial alcanzado	
Porcentaje de jóvenes de 15–24 años que identifican correctamente los sistemas para prevenir la transmisión del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH			
Varones : 33% (Intervalo nacional : cobertura del 7% - 44% (n=16)) Mujeres : 20% (Intervalo nacional : cobertura del 8% - 44% (n=16))		Cobertura del 90% Ningún país lo alcanzó	
Porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben profilaxis antirretrovírica			
9% (Intervalo nacional : cobertura del 1%–59% (n=41))		Cobertura del 80% Ningún país lo alcanzó	
Porcentaje de personas con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica			
20% (Intervalo nacional: cobertura del 1%–100%), (n=116) 1 300 000 de personas en tratamiento		Cobertura del 50% 21 países lo alcanzaron 3 millones de personas en tratamiento Objetivo mundial no alcanzado	
Porcentaje de varones y mujeres jóvenes de 15–24 años que están infectados por el VIH			
Varones : 1,4% (Margen de error : 1,1% – 1,8%) (n=54) Mujeres : 3,8% (Margen de error : 3,0% – 4,7%) (n=54) <i>No se dispone de datos mundiales comparables sobre este grupo de edad a partir de 2001. Los progresos realizados hacia el cumplimiento de este objetivo solo pueden medirse en países individuales.</i>		Reducción del 25% en los países más afectados 6 de los países más afectados lo alcanzaron	
Porcentaje estimado de lactantes nacidos de madres VIH-positivas que se infectaron en 2005			
El 26% de los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH también se infectaron (n=33 países más afectados). <i>En 2001, aproximadamente el 30% de los lactantes estaban infectados. Se estima que ha habido una reducción del 10% en la transmisión del VIH entre 2001 y 2005.</i>		Reducción del 20% 11 de los países más afectados lo alcanzaron	

Figura 1 extraída del capítulo 3 del Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006).

- Los servicios para prevenir la infección por el VIH entre lactantes no se han ampliado con la misma rapidez que los programas que proporcionan terapia antirretrovírica, con una cobertura de tan sólo el 9% de las mujeres embarazadas.
- Los informes de la sociedad civil de más de 30 países indican que el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH siguen siendo generalizados.
- La respuesta al SIDA no está suficientemente fundamentada en la promoción, protección y respeto de los derechos humanos. La mitad de los países que remitieron informes al ONUSIDA reconoció la existencia de políticas que interfieren en la accesibilidad y eficacia de las medidas de prevención y atención relacionadas con el VIH.
- Los gobiernos nacionales, asociados internacionales y comunidades no están proporcionando una atención y apoyo adecuados a los 15 millones de huérfanos a causa del SIDA, ni tampoco a otros millones de niños vulnerables como consecuencia de la epidemia.
- Después de un cuarto de siglo de epidemia, la respuesta mundial al

SIDA sigue en una encrucijada. La respuesta al SIDA debe volverse mucho más enérgica, más estratégica y mejor coordinada si el mundo pretende alcanzar los objetivos de la Declaración de compromiso para 2010. Si la respuesta no se intensifica sustancialmente, los países más afectados por el SIDA no lograrán cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la pobreza, el hambre y la mortalidad infantil, y los países cuyo desarrollo ya está socavado por el SIDA continuarán debilitándose, con la consiguiente amenaza para la estabilidad social y la seguridad nacional.

LA EPIDEMIA MUNDIAL, HOY

Se estima que 38,6 millones [33,4–46,0 millones] de personas en todo el mundo estaban viviendo con el VIH a final de 2005; que el pasado año se infectaron 4,1 millones [3,4–6,2 millones] de personas, y que 2,8 millones [2,4–3,3 millones] perdieron la vida como consecuencia del SIDA. Se cree que, en conjunto, la tasa de incidencia del VIH (la proporción de personas que se han infectado por el virus) alcanzó su cota máxima a finales de los años 1990 y que se ha estabilizado desde entonces, a pesar de una incidencia creciente en varios países.

En diversos países, las tendencias favorables en la incidencia se relacionan con los programas de prevención y con cambios de comportamiento. Las variaciones en la incidencia, junto con la mortalidad creciente a causa del SIDA, han provocado una estabilización de la prevalencia mundial del VIH (la proporción de personas que viven con el virus) (véase la Figura 2). Sin embargo, el número de personas que viven con el VIH ha seguido aumentando debido al crecimiento de la población y, en fechas más recientes, a los efectos de la terapia antirretrovírica sobre la esperanza de vida. En África sub-

sahariana, la región que soporta la carga máxima de la epidemia de SIDA, los datos también indican que la tasa de incidencia del VIH ha alcanzado su valor máximo en la mayoría de los países. No obstante, las epidemias en esta región son muy diversas y especialmente graves en África meridional, donde algunas de ellas todavía continúan expandiéndose.

Entre las nuevas tendencias dignas de mención destacan los descensos recientes en la prevalencia nacional del VIH en dos países de África subsahariana (Kenya y Zimbabwe), en zonas urbanas de Burkina Faso y también en Haití, en el Caribe, junto con indicios de un cambio significativo de comportamiento, como el mayor uso del preservativo, menor número de parejas y retraso del inicio de la actividad sexual. En el resto de África subsahariana, la mayoría de las epidemias parece estar estabilizándose, pero a niveles excepcionalmente altos en la mayor parte de África meridional.

La prevalencia del VIH también está disminuyendo en cuatro estados de la India, incluido Tamil Nadu, donde los esfuerzos de prevención se intensificaron a finales de los años 1990. En Camboya y Tailandia persisten descensos continuos y progresivos en la prevalencia del VIH. Ésta, sin embargo, está aumentando en otros países, especialmente China, Indonesia, Papua Nueva Guinea y Viet Nam, y hay signos de brotes del VIH en Bangladesh y el Pakistán.

África sigue siendo el epicentro mundial de la pandemia de SIDA. La epidemia de SIDA de Sudáfrica —una de las peores del mundo— no muestra indicios de retroceso. De acuerdo con su extenso sistema de vigilancia en dispensarios prenatales, los estudios nacionales sobre pruebas del VIH y los datos de mortalidad del registro civil, se estima que 5,5 millones [4,9–6,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2005, lo que significa que esta-

ban infectados el 18,8% [16,8–20,7%] de los adultos de 15–49 años.¹ Casi una de cada tres mujeres embarazadas aten-

didadas en dispensarios prenatales públicos estaba viviendo con el VIH en 2004, y las tendencias a lo largo del tiempo revelan

FIGURA 2² Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos, mundialmente y en África subsahariana, 1985–2005

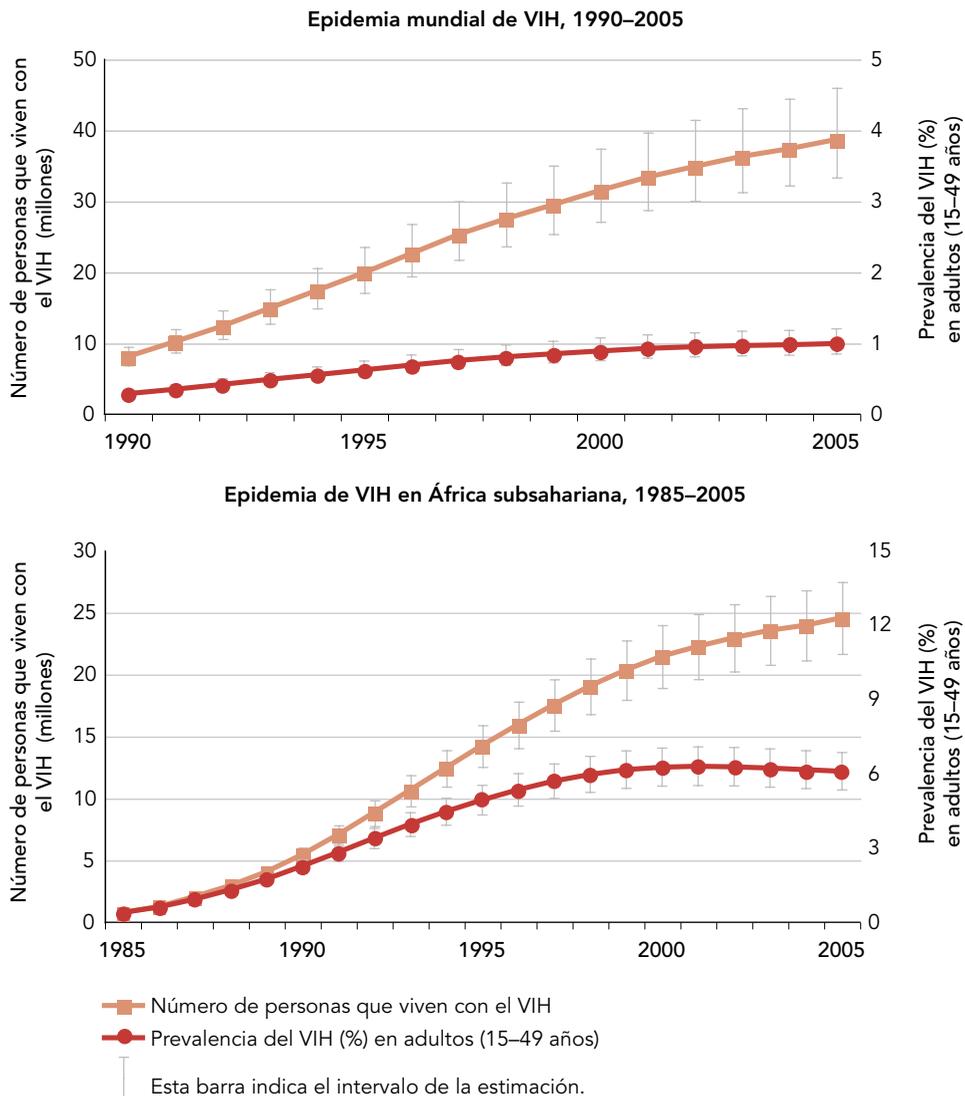


Figura 2 extraída del capítulo 2 del *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* (ONUSIDA, 2006).

¹ Las estimaciones del ONUSIDA sobre la prevalencia del VIH describen el porcentaje de varones y mujeres adultos (15–49 años) que viven con el VIH a nivel nacional. Estas estimaciones incorporan una diversidad de datos sobre el VIH, incluidos los que se recopilan en encuestas por hogares y en dispensarios prenatales. Los datos obtenidos de dispensarios prenatales sólo reflejan la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a centros públicos. Las comparaciones entre estas dos fuentes de datos han demostrado que las estimaciones del VIH basadas en dispensarios prenatales tienden a ser mayores que las basadas en encuestas por hogares.

² Aunque las tasas de prevalencia del VIH se han estabilizado en África subsahariana, el número real de personas infectadas sigue aumentando debido al crecimiento de la población. La aplicación de la misma tasa de prevalencia a una población creciente produce un mayor número de personas que viven con el VIH.

MEJORES DATOS DE VIGILANCIA DEL VIH

Las últimas estimaciones del ONUSIDA y la OMS son más bajas que las publicadas en *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2005*, aunque las nuevas estimaciones del número de adultos que viven con el VIH presentadas en este informe incluyen a todos los adultos de «15 años y más», no sólo a los adultos en el grupo de edad de 15-49 años.

Mientras que el ONUSIDA y la OMS limitaron anteriormente sus estimaciones a este grupo de edad con el fin de asegurar la comparabilidad entre países, resulta evidente ahora que una proporción sustancial de las personas que viven con el VIH tiene 50 años o más. En consecuencia, el ONUSIDA y la OMS presentan actualmente estimaciones de adultos que viven con el VIH, nuevas infecciones en adultos y fallecimientos por SIDA en adultos para todos los individuos de «15 años y más». Asimismo, seguimos proporcionando estimaciones de la prevalencia del VIH en adultos de «15-49 años» para permitir comparaciones continuadas entre países.

Las estimaciones del ONUSIDA y la OMS sobre la epidemia de VIH muestran una revisión a la baja en el informe actual en comparación con las estimaciones publicadas en *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2005*. Estas estimaciones más bajas son debidas en parte a descensos reales en la prevalencia del VIH en varios países, tal como se discute en otras secciones del informe.

Sin embargo, el grueso de las diferencias es consecuencia de la mayor disponibilidad de datos fidedignos, que incluyen un número creciente de encuestas de población sobre la prevalencia del VIH en África subsahariana, más y mejores datos de vigilancia del VIH a nivel mundial y técnicas de análisis más precisas en los países, aparte de una mayor calidad y cobertura de la vigilancia centinela en muchos países y la expansión de tal vigilancia hacia las zonas rurales, donde se sabe que la prevalencia es menor.

un incremento gradual en la prevalencia del VIH. No hay signos claros de que la prevalencia del VIH esté disminuyendo en otras partes de África meridional, como Botswana, Namibia y Swazilandia, donde persisten niveles de infección excepcionalmente altos. En Swazilandia se estima que la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 33,4% [21,2-45,3%]. La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales aumentó del 4% en 1992 al 43% en 2004. La epidemia de Botswana es igualmente grave, con una prevalencia nacional estimada del VIH en adultos del 24,1% [23,0-32,0%] en 2005. La epidemia de Lesotho parece mantenerse relativamente estable a niveles muy elevados, con estimaciones que cifran en el 23,2% [21,7-24,8%] la prevalencia nacional del VIH en adultos. En la franja costera oriental hay en curso una epidemia dinámica en Mozambique, donde, según

las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en adultos es del 16,1% [12,5-20,0%]. El VIH se está propagando con mayor rapidez en las provincias por las que discurren las principales rutas de transporte hacia Malawi, Sudáfrica y Zimbabwe.

Las últimas estimaciones indican que unos 8,3 millones [5,7-12,5 millones] de personas estaban viviendo con el VIH en Asia a final de 2005. De ellas, 2,4 millones [1,5-3,8 millones] eran mujeres adultas, y más de las dos terceras partes de todos los casos correspondían a un solo país: la India. En Asia está recibiendo tratamiento antirretrovírico aproximadamente una de cada seis personas (16%) que lo necesitan. Mientras que el avance es máximo en Tailandia, la cobertura sigue situándose muy por debajo del 10% en la India (que tiene más del 70% de las necesidades totales de tratamiento en la región). La

vigilancia ampliada del VIH y los mejores métodos de estimación están ofreciendo una panorámica más clara de la epidemia de SIDA en China. En ese país, alrededor de 650 000 [390 000–1,1 millones] personas vivían con el VIH en 2005³. Los consumidores de drogas intravenosas (de los cuales hay como mínimo un millón de registrados en el país) representan casi la mitad (44%) de todas las infecciones. Los riesgos solapados de consumo de drogas intravenosas y relaciones sexuales sin protección también son característicos de otras epidemias en Asia⁴. Un ejemplo es Viet Nam, donde el VIH se ha propagado a la totalidad de sus 59 provincias y a todas las ciudades. En 2005 se estima que 360 000 [200 000–570 000] adultos y niños estaban viviendo con el VIH en Myanmar, cuya prevalencia nacional del VIH en adultos se ha mantenido en torno al 1,3% [0,7–2,0%]. Las epidemias de VIH siguen siendo relativamente limitadas en Bangladesh, Filipinas, Indonesia y Pakistán, aunque cada uno de estos países se arriesga a una epidemia más grave si no mejoran los métodos de prevención. Una situación especialmente preocupante ha emergido en la provincia más oriental de Papua (que limita con Papua Nueva Guinea), donde se está consolidando una grave epidemia de VIH.

Las epidemias en Europa oriental y Asia central continúan expandiéndose. Unas 220 000 [150 000–650 000] personas se infectaron por el VIH en 2005, lo que eleva a unos 1,5 millones [1,0–2,3 millones] el número de personas que viven con el VIH, un incremento de veinte veces en menos de una década. La tasa de mortalidad a causa de la epidemia también está aumentando abruptamente. Se estima que en 2005 el SIDA se cobró la vida de 53 000 [36 000–75 000] adultos y niños, casi el doble que en 2003. El VIH está

infectando a un número cada vez mayor de mujeres. La mayoría de las personas con el VIH en Europa oriental y Asia central vive en dos países: Ucrania, donde sigue creciendo el número anual de nuevos diagnósticos de VIH, y la Federación de Rusia, que tiene la mayor epidemia de SIDA en toda Europa.

Las epidemias del Caribe —y las respuestas de los países al SIDA— varían considerablemente en cuanto a alcance e intensidad. Los niveles de infección por el VIH han disminuido en zonas urbanas de Haití y en las Bahamas, mientras que han permanecido estables en las vecinas República Dominicana y Barbados. Asimismo, el mayor acceso a tratamiento antirretrovírico en las Bahamas y Barbados parece estar reduciendo la mortalidad por SIDA. Sin embargo, estos progresos no han sido suficientes para que el Caribe deje de ser la segunda región más afectada del mundo. Se estima que el SIDA, la principal causa de mortalidad entre los adultos (15–44 años), se cobró unas 27 000 [18 000–37 000] vidas en 2005. En conjunto, en 2005 estaba recibiendo terapia antirretrovírica menos de una de cada cuatro (23%) personas que la necesitaban⁵. La prevalencia nacional del VIH en adultos supera el 2% en Trinidad y Tabago y el 3% en las Bahamas y Haití.

En América Latina, el VIH infectó a unas 140 000 [100 000–420 000] personas durante 2005, lo que eleva a 1,6 millones [1,2–2,4 millones] el número total de personas que viven con el virus. Las mayores epidemias de la región corresponden a los países más populosos, especialmente el Brasil, que alberga a más de un tercio de todas las personas que viven con el VIH en América Latina. Sin embargo, las epidemias más intensas se están desarrollando en

³ Ministerio de Salud de China (2006). *2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China*. Beijing, Ministerio de Salud de China, ONUSIDA y OMS.

⁴ Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2005). *Drug injection and HIV/AIDS in Asia—MAP Report 2005*. Julio. Ginebra, MAP.

⁵ OMS/ONUSIDA (2006). *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on "3 by 5" and beyond*. Ginebra.

países pequeños como Belice y Honduras, en cada uno de los cuales el 1,5% o más de los adultos vivían con el VIH en 2005. Mientras que en países como la Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela se han conseguido avances notables en el acceso al tratamiento del VIH, los países más pobres de América central y los de la región andina del sur del continente siguen esforzándose por ampliar el acceso al tratamiento y superar los obstáculos de accesibilidad financiera⁶.

Excepto en el Sudán, la prevalencia nacional del VIH en adultos en los países de Oriente Medio y África del Norte es muy baja y no supera el 0,1%. Sin embargo, los datos disponibles señalan la existencia de epidemias crecientes en varios países, incluidos Argelia, República Islámica del Irán, Jamahiriya Árabe Libia y Marruecos. En el conjunto de la región, se estima que 64 000 [38 000–210 000] personas se infectaron por el VIH en 2005, lo que eleva a 440 000 [250 000–720 000] el número total de personas que viven con el virus. Unas 350 000 [170 000–580 000] de ellas corresponden al Sudán.

Aunque los niveles de infección por el VIH siguen siendo bajos en toda Oceanía, no se está logrando reducir la epidemia de SIDA que afecta desde hace mucho tiempo Australia. Al mismo tiempo, la epidemia de Papua Nueva Guinea, relativamente joven pero ya importante, representa más del 90% de todas las infecciones por el VIH comunicadas hasta ahora en Oceanía, aparte de Australia y Nueva Zelanda.

Mientras tanto, en los Estados Unidos de América y en algunos países europeos siguen apareciendo indicios de epidemias resurgentes entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, y hay

epidemias esencialmente ocultas entre sus homólogos de América Latina y Asia.

LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA: PROGRESOS REALIZADOS DESDE 2001

Liderazgo

En general, el liderazgo y la acción política relacionados con el SIDA han aumentado significativamente desde 2001.

- A nivel internacional, en 2005, la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas, los países industrializados del G-8⁷ y la Unión Africana refrendaron el objetivo de acceso universal al tratamiento, mientras que el Grupo de los 77 se comprometió a priorizar una mayor cooperación Sur-Sur por lo que respecta a prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH. Esta creciente colaboración regional queda patente en los esfuerzos de la Asociación Pancaribeña contra el VIH/SIDA; el Foro de Liderazgo de Asia-Pacífico sobre VIH/SIDA y Desarrollo; la atención de la Unión Europea y la Comunidad de Estados Independientes en una acción intensificada contra el SIDA en Europa oriental, y los esfuerzos de colaboración de los países de América Latina para negociar reducciones de precios en los fármacos antirretrovíricos.
- El 90% de los países informantes posee actualmente una estrategia nacional sobre el SIDA; el 85% tiene un único organismo nacional para coordinar los esfuerzos sobre el SIDA, y el 50% dispone de un marco y un plan de vigilancia y evaluación a nivel nacional.

⁶ OPS (2005). Care fact sheets. Washington, Organización Panamericana de la Salud.

⁷ En el comunicado final de la Cumbre de Gleneagles de 2005, los países del G-8 se comprometieron a «trabajar con la OMS, el ONUSIDA y otros organismos internacionales para desarrollar y aplicar un conjunto de medidas de prevención, tratamiento y atención del VIH, con el objetivo de alcanzar lo máximo posible el acceso universal al tratamiento para todos los que lo necesitan en 2010».

- Sin embargo, los sistemas para poner en práctica estos planes siguen siendo incongruentes, como lo es la participación de la sociedad civil y, más concretamente, la de las personas que viven con el VIH.

Prevención del VIH

Aunque algunos países han aumentado significativamente su cobertura, los programas de prevención sólo llegan por ahora a una pequeña minoría de quienes los necesitan, y no se están cumpliendo diversos objetivos de prevención.

- Los análisis indican uniformemente que las intervenciones para cambiar el comportamiento reducen la frecuencia de las relaciones sexuales de riesgo. Los países en los que ha descendido la incidencia del VIH se han beneficiado de la aparición de nuevos patrones de comportamiento sexual: menos transacciones sexuales comerciales en Camboya y Tailandia; retraso en el inicio de la actividad sexual en Zimbabue; énfasis creciente en la monogamia en Uganda, y mayor uso del preservativo en general.
- Sin embargo, la mayoría de los países parece haber olvidado el objetivo de la Declaración de compromiso de asegurar que para 2005 el 90% de los jóvenes tenga acceso a servicios esenciales de prevención del VIH, incluidos los servicios que les permitan desarrollar las aptitudes para la vida que necesitan con miras a reducir su vulnerabilidad al VIH. Así, entre 2001 y 2005 se efectuaron Encuestas Demográficas y de Salud/ Encuestas sobre indicadores del SIDA a jóvenes de 18 países, y en ninguno de los estudios se registraron niveles de conocimiento superiores al 50%.
- El UNFPA, el mayor comprador de preservativos masculinos del sector público, estima que el suministro mundial de preservativos por parte del

sector público cubre menos del 50% de las necesidades y que la financiación actual para la adquisición y distribución de preservativos debería triplicarse.

- Más de 340 millones de personas contraen cada año una infección de transmisión sexual curable, y las mujeres son más vulnerables a este tipo de infecciones que los varones. A pesar de que las infecciones de transmisión sexual no tratadas aumentan el riesgo de transmisión del VIH en varios órdenes de magnitud, persiste una coordinación mínima entre diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH.
- También se observan signos preocupantes de que en algunas regiones puede estar disminuyendo el apoyo dirigido a la prevención del VIH. Esto supone una oportunidad perdida lamentable, ya que, según las estimaciones, la ampliación de las estrategias de prevención disponibles en 125 países de ingresos bajos y medianos evitaría unos 28 millones de nuevas infecciones por el VIH entre 2005 y 2015 —más de la mitad de las que está previsto que se produzcan durante este periodo— y ahorraría unos US\$ 24 000 millones.
- Las inyecciones peligrosas y las transfusiones de sangre contaminada en centros sanitarios todavía son motivo de preocupación. Los programas nacionales de prevención del VIH deberían fomentar la observancia de prácticas formales de control de infecciones en los centros sanitarios.

Atención, apoyo y tratamiento

En los últimos años, el SIDA ha contribuido a impulsar una revolución mundial por lo que respecta al suministro de terapias complejas en contextos con recursos limitados. La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001 estableció que el acceso equitativo a la atención y

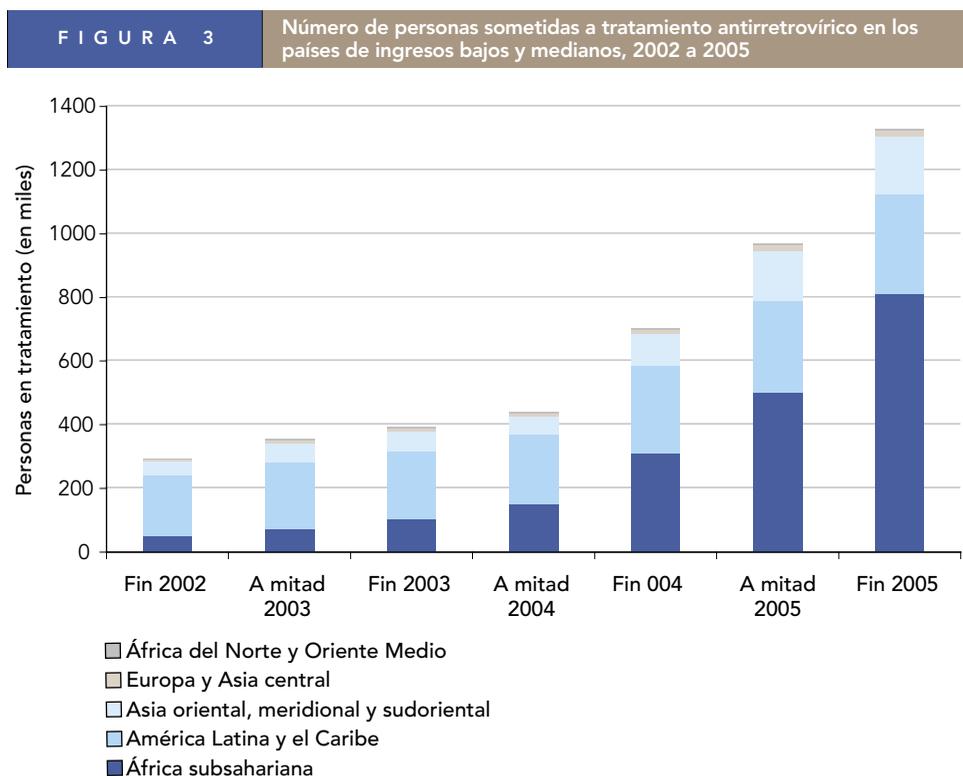


Figura 3 extraída del capítulo 7 del Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006 (ONUSIDA, 2006).

tratamiento era un elemento fundamental para una respuesta mundial eficaz al SIDA. Desde entonces, la iniciativa «Tres millones para 2005»; el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA; el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, e iniciativas tales como programas de empleadores han demostrado definitivamente la viabilidad de proporcionar tratamiento para el VIH en contextos con recursos limitados.

- Entre 2001 y 2005, el número de personas tratadas con antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos aumentó de 240 000 hasta aproximadamente 1,3 millones.
- El número de centros que proporcionaban tratamiento antirretrovírico aumentó de unos 500 en 2004 a más de 5000 a final de 2005.
- A finales del pasado año, 21 países cumplían el objetivo de la iniciativa «Tres millones para 2005» de proporcionar tratamiento como mínimo a la mitad de las personas que lo necesitan.
- Se estima que el acceso ampliado al tratamiento ha evitado 250 000–350 000 fallecimientos por SIDA entre 2003 y 2005.
- A nivel mundial, sin embargo, los fármacos antirretrovíricos sólo llegan a una de cada cinco personas que los necesitan.
- Algunos obstáculos persistentes para ampliar el acceso al tratamiento son los gastos corrientes reembolsables para los pacientes, la concentración de centros de tratamiento en las zonas urbanas y los esfuerzos insuficientes para abordar las necesidades de las poblaciones vulnerables, incluidos los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones

sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas, los presos y los refugiados.

- Como muchos fármacos antirretrovíricos de segunda línea siguen resultando demasiado costosos para un gran número de países, es probable que se requieran mayores reducciones de precios para sostener y ampliar las iniciativas de acceso al tratamiento.
- Mantener y potenciar el impulso en la ampliación del tratamiento hacia el objetivo del acceso universal requerirá mayor liderazgo con el fin de superar obstáculos fundamentales mediante esfuerzos para:
 - **Aumentar el conocimiento individual del estado serológico del VIH** acrecentando drásticamente el uso de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH.
 - **Reducir el estigma asociado al VIH**, lo que significa acabar con el miedo, la desinformación y la discriminación contra las personas que viven con el VIH o que presuntamente corren riesgo de contraerlo, tanto entre los profesionales sanitarios como entre el público general.
 - **Generar capacidad humana** para sostener el tratamiento mediante formación y mejor uso de los recursos humanos existentes. Las herramientas de formación de la OMS para el Tratamiento Integrado de las Enfermedades en Adolescentes y Adultos y el Tratamiento Integrado de las Enfermedades Infantiles han permitido formar a más de 15 000 proveedores de servicios relacionados con el SIDA y capacitarlos en un enfoque que engloba terapia antirretrovírica, atención y prevención.
 - **Mejorar la gestión de suministros** para minimizar demoras en la adquisición y dispensación de fármacos antirretrovíricos, acrecentando la capacidad para prever futuras demandas de tales

medicamentos y aplicar sistemas fiables de abastecimiento, distribución y suministro.

- **Integrar la atención para el VIH** con otros servicios de salud a fin de aumentar la aceptación de la terapia antirretrovírica y ofrecer una atención más integral y de mejor calidad; por ejemplo, conectando la atención para el VIH con el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis y con los cuidados de salud reproductiva y prenatal.

Derechos humanos

A pesar de algunos progresos entre 2003 y 2005, la respuesta global al SIDA en muchos países todavía no está suficientemente fundamentada en los derechos humanos.

- En 18 de 21 países encuestados de África subsahariana, la región de Asia-Pacífico, Europa oriental y occidental y África del Norte, los informes de país citaron avances en las políticas, leyes y normativas para promover y proteger los derechos humanos.
- Aunque seis de cada 10 países encuestados comunicaron la existencia de leyes y normativas para proteger contra la discriminación a las personas que viven con el VIH, muchos indicaron que esta legislación nacional todavía no se había aplicado o ejecutado plenamente, a menudo por falta de asignaciones presupuestarias.
- La mitad de los países informantes también reconoció la existencia de políticas que interfieren en la accesibilidad y eficacia de las medidas de prevención y atención del VIH, como leyes que penalizan las relaciones sexuales consensuadas entre varones, impiden el acceso de los reclusos a preservativos y agujas o utilizan la condición de residencia para restringir el acceso a los servicios de prevención y tratamiento.

FIGURA 4

Porcentaje de personas que siguen tratamiento antirretrovírico en África subsahariana del total de las que lo necesitan, 2002–2005

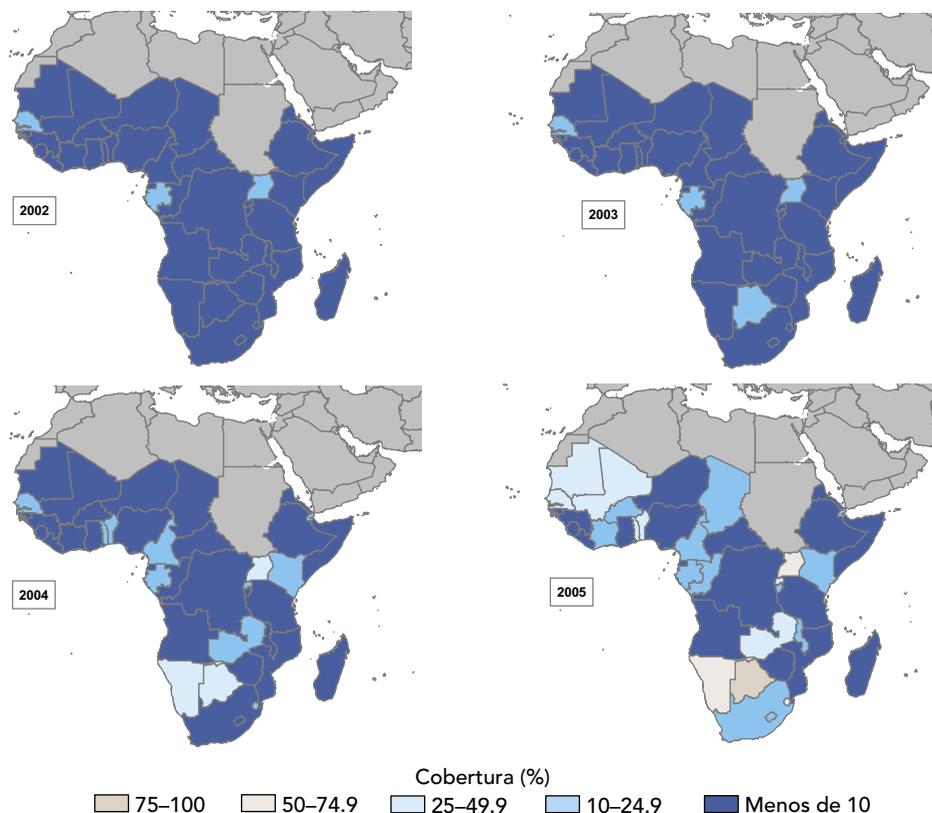


Figura 4 extraída del capítulo 7 del *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* (ONUSIDA, 2006).

Reducir la vulnerabilidad

A pesar de que la financiación para programas sobre el VIH ha aumentado en los últimos años, muchos países no son capaces de destinar estos recursos financieros a actividades que aborden las necesidades de prevención de las poblaciones de alto riesgo, y optan, en cambio, por priorizar esfuerzos de prevención más generales que son menos rentables y tienen menores probabilidades de ejercer un impacto sobre la epidemia.

- Las pruebas obtenidas en Uganda indican que un niño que abandona la escuela tiene una probabilidad tres veces mayor de ser VIH-positivo a los

20–30 años que un niño que completa la educación básica. Las tres cuartas partes de los países encuestados tienen estructuras establecidas para coordinar las respuestas del Ministerio de Educación a la epidemia. Sin embargo, sólo el 59% de esos ministerios en todos los países y el 70% en los países de prevalencia alta disponen de un presupuesto asignado para este cometido.

- En África subsahariana, 21 de 25 países notificaron que habían reducido o eliminado las matrículas escolares para los niños vulnerables y que estaban llevando a cabo programas comunitarios para apoyar a los huérfanos y otros niños vulnerables.

- Algunos países están adoptando enfoques más progresivos para reducir la vulnerabilidad entre los consumidores de drogas intravenosas.

- A pesar de un fuerte compromiso con el tratamiento obligatorio de la dependencia de drogas y los programas basados en la abstinencia, Malasia decidió recientemente introducir programas para la reducción de daños.

- En 2005, un juez de la República Islámica del Irán sentenció que los individuos que consumen drogas ilícitas dejen de ser objeto de represión penal y sean tratados como pacientes por el sistema de salud pública.

- En Asia central, el Gobierno de Kirguistán apoya programas de intercambio de agujas y jeringas en tres ciudades y en centros penitenciarios del país.

- En conjunto, sin embargo, menos del 20% de las personas que se inyectan drogas recibieron servicios de prevención del VIH. Así, la cobertura sigue siendo inferior al 10% en Europa oriental y Asia central, donde el consumo de drogas es un factor impulsor importante de sus epidemias en rápida expansión.

En otros países, leyes y políticas contra-productivas continúan prohibiendo la terapia de sustitución con buprenorfina o metadona, productos que en 2005 se añadieron a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.

- Sólo 10 de 24 países que aportaron datos sobre profesionales del sexo lograron como mínimo una cobertura de servicios preventivos del 50% para esa población.
- Por lo que respecta a los varones que tienen relaciones sexuales con varones, las autoridades de salud pública les están dedicando menos recursos de los que las pruebas epidemiológicas sugieren que son necesarios, una política insensata si

se tiene en cuenta que en muchos países la prevalencia del VIH está aumentando entre ese grupo de población.

Investigación y desarrollo

La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA insta a realizar esfuerzos enérgicos y sostenidos de investigación para desarrollar una vacuna profiláctica y otros nuevos mecanismos de prevención. También establece que un comité de revisión deontológica evalúe todos los protocolos de investigación en los que participen seres humanos.

- Desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001 se aprecia un dinamismo creciente en el campo de la investigación y desarrollo de microbicidas vaginales para prevenir la transmisión del VIH.

- La inversión en investigación y desarrollo de microbicidas por parte de los sectores público y filantrópico se ha más que duplicado, con un incremento de US\$ 65 millones en 2001 hasta una cifra estimada de US\$ 163 millones en 2005.

- A principios de 2006 se han iniciado ensayos a gran escala en seres humanos para valorar la eficacia preventiva de diversos microbicidas, el diafragma femenino y la circuncisión de varones adultos.

- La financiación para el desarrollo de vacunas preventivas prácticamente se ha duplicado, desde US\$ 327 millones en 2000 hasta casi US\$ 630 millones en 2005.

- Cerca de las tres cuartas partes (73%) de los países comunicaron la existencia de políticas que disponen que un comité de revisión deontológica apruebe todos los protocolos de investigación en los que participen seres humanos. Esto refleja el *status quo* en comparación con 2003.

- Por lo que se refiere a la inclusión de personas que viven con el VIH y sus cuidadores en la revisión de los protocolos de investigación, el 71% de los países otorgó a los esfuerzos nacionales una puntuación promedio o inferior, mientras que el 31% los valoró como sumamente insuficientes.

El SIDA en regiones con conflictos armados o catástrofes naturales

Reconociendo el potencial de los conflictos armados y las catástrofes naturales para aumentar la vulnerabilidad y contribuir a la propagación del VIH, la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA insta a los países a integrar las actividades relacionadas con el VIH en programas y planes de acción para situaciones de emergencia. También pide a las organizaciones internacionales y no gubernamentales que inviertan en actividades de sensibilización sobre el VIH y formen a personal para que se incorpore a las operaciones de los servicios uniformados nacionales y las fuerzas internacionales de mantenimiento de la paz.

- Según el ACNUR, en 2004 sólo el 65% de los planes estratégicos nacionales mencionaba a los refugiados, y únicamente el 43% articulaba actividades específicas relacionadas con ellos⁸.
- En 2005, el 86% de los países tenía una estrategia formal para abordar el VIH dentro de los servicios uniformados, en comparación con el 78% en 2003.
- La Secretaría del ONUSIDA y el Departamento de las Naciones Unidas de Operaciones de Mantenimiento de la Paz han integrado plenamente el VIH en las intervenciones autorizadas de este último. En la actualidad, todas las misiones de mantenimiento de la paz cuentan con asesores sobre el VIH a jornada completa o a tiempo parcial.

Recursos

La movilización de recursos es uno de los pocos objetivos especificados para 2005 que la comunidad mundial ha sido capaz de alcanzar. Desde 2001 han aumentado significativamente los recursos financieros para el SIDA, incluido el gasto público interno de los gobiernos.

- En los últimos años se han producido avances significativos por lo que respecta a la financiación mundial para el SIDA. Los fondos dedicados a responder a la epidemia en los países de ingresos bajos y medianos en 2005 (US\$ 8300 millones [US\$ 7500-8500 millones]) concuerdan aceptablemente con el intervalo de valores de US\$ 7000-10 000 millones fijado en 2001 para 2005.
- En diciembre de 2002, el mecanismo mundial de financiación propuesto en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA se plasmó en el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Según las estimaciones, el 20% de toda la financiación internacional para el VIH se distribuye actualmente a través del Fondo Mundial, que desembolsó unos US\$ 1100 millones en 2005. Hasta ahora, el Fondo Mundial ha aprobado un total de 350 subvenciones a gobiernos, asociados de la sociedad civil y otros beneficiarios en 128 países.
- El Banco Mundial también ha proporcionado un apoyo significativo a la financiación para el VIH en los países de ingresos bajos y medianos. A final de 2005, el Banco Mundial había comprometido un total acumulado de más de US\$ 2500 millones para programas sobre el VIH.
- El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA también ha supuesto una adición

⁸ ONUSIDA/ACNUR (2005). Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. Ginebra, ONUSIDA y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

sustancial en el campo de la financiación para el SIDA, proporcionando atención intensiva a 15 países prioritarios y apoyo a otros 100. En 2004 desembolsó US\$ 570,2 millones para la respuesta al SIDA y prometió la aportación de otros US\$ 915,6 millones para 2005.

- A pesar de que la financiación de los donantes para el SIDA ha aumentado de forma exponencial con los años, el desfase entre necesidades de recursos y recursos disponibles sigue constituyendo un enorme desafío. Se estima que la necesidad de recursos en 2007 se elevará a US\$ 18 100 millones, mientras que los recursos que cabe prever para ese mismo año sólo serán de US\$ 10 000 millones.
- La planificación de la respuesta a largo plazo al SIDA exige mecanismos cada vez más predecibles y vinculantes para asegurar las contribuciones financieras tanto de los donantes bilaterales y multilaterales como de los gobiernos nacionales.
- Durante los últimos años se han realizado avances importantes en cuanto a recopilación de datos y seguimiento de recursos para comprender mejor de dónde viene y adónde va el apoyo para el SIDA. Pero persisten los retos de resolver la discrepancia entre necesidades de recursos y recursos disponibles y de reformar los mecanismos de financiación.

EL CAMINO POR RECORRER: DE LA GESTIÓN DE LA CRISIS A LA RESPUESTA ESTRATÉGICA

Durante el último cuarto de siglo, el VIH ha infectado a cerca de 65 millones de personas, y se estima que 25 millones han fallecido por enfermedades relacionadas con el SIDA. Se calcula que, en el momento actual, cerca de 40 millones de personas viven con el VIH. Sin embargo, la inmensa mayoría no es consciente de su estado.

El SIDA es excepcional, y la respuesta al SIDA debe ser igualmente excepcional. El SIDA requiere liderazgo continuado tanto a nivel nacional como internacional. Después de 25 años de epidemia, la respuesta mundial al SIDA tiene que pasar de un planteamiento de gestión de crisis episódica a una respuesta estratégica que reconozca la necesidad de generación de capacidad y compromiso a largo plazo, utilizando estrategias basadas en pruebas que aborden los factores estructurales que impulsan la epidemia.

A pesar de los considerables avances llevados a cabo desde 2001, todavía no se aprecia el liderazgo consecuente que se requiere para ralentizar, contener y hacer retroceder la epidemia. Aunque el Informe del Secretario General a la Asamblea General de las Naciones Unidas destaca numerosos progresos en la respuesta mundial al SIDA desde 2001, también indica claramente que la acción global ha sido insuficiente, con éxitos desiguales entre los países y regiones y dentro de ellos mismos.

El *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* realiza las siguientes recomendaciones estratégicas para que los países puedan cumplir las promesas hechas en 2001. La aplicación satisfactoria de esas recomendaciones es crucial para contener y hacer retroceder la epidemia.

Sostener y aumentar el compromiso y liderazgo

La Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA insta al desarrollo y aplicación de estrategias multisectoriales nacionales sólidas sobre el SIDA que integren la respuesta a la epidemia dentro de la planificación general para el desarrollo, con participación plena y activa de la sociedad civil y el sector privado. Como el SIDA es una cuestión de extrema importancia nacional, el liderazgo activo y visible de los



Figura 5 extraída del capítulo 3 del *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* (ONUSIDA, 2006).

jefes de Estado y gobierno será determinante para el éxito de los esfuerzos.

- La autoridades nacionales del SIDA, en colaboración con todos los asociados y partes interesadas, deben desarrollar o adaptar planes priorizados y presupuestados sobre el SIDA que sean ambiciosos, factibles y estén en consonancia con los planes nacionales de desarrollo.
- La sociedad civil tiene que participar plenamente en el desarrollo y ejecución de los planes nacionales. La Secretaría del ONUSIDA, el PNUD y el Banco Mundial facilitarán un proceso participativo que proporcione criterios para el desarrollo y supervisión de tales planes.
- Los países deberían asegurar la responsabilización de todos los asociados mediante mecanismos transparentes de revisión inter pares que permitan la vigilancia pública de los objetivos y la elaboración periódica de informes sobre los progresos nacionales y regionales realizados.

Sostener y aumentar la financiación

La financiación mundial para el SIDA ha aumentado enormemente, pero, aun así, los fondos disponibles en la actualidad son tan sólo un tercio de lo que se

requerirá para responder al crecimiento de la epidemia en los próximos años. Cabe esperar que los fondos disponibles para la respuesta al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos totalicen US\$ 8900 millones en 2006 y US\$ 10 000 millones en 2007, cifras que quedan muy lejos de las necesidades estimadas de US\$ 14 900 millones en 2006, US\$ 18 100 millones en 2007 y US\$ 22 100 millones en 2008. El ONUSIDA y sus asociados en la investigación calculan que, en 2008, se necesitarán US\$ 11 400 millones sólo para actividades de prevención del VIH, con el fin de asegurar que el mundo continúe trabajando para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de contener y empezar a hacer retroceder la epidemia mundial de SIDA para 2015.

- Los gobiernos nacionales y donantes internacionales deberían aumentar de forma significativa la financiación para el SIDA reforzando y cumpliendo los compromisos existentes, apoyando plenamente al Fondo Mundial y respaldando otros mecanismos innovadores de financiación. Deben continuar los esfuerzos actuales para obtener una parte sustancial de esta financiación a partir de los presupuestos nacionales, sobre todo en los países de ingresos medianos.

- Tan importantes como mantener y acrecentar el flujo de recursos son los esfuerzos para asegurar que el dinero funcione eficazmente para las personas que lo necesitan. Los principios de los «Tres unos» —que exigen la coordinación de la respuesta nacional al SIDA en torno a un marco acordado de acción sobre el SIDA, una autoridad nacional de coordinación y un sistema acordado de vigilancia y evaluación a nivel de país— están concebidos para aumentar la eficacia al priorizar actividades y destinar recursos con miras a obtener el beneficio máximo para las personas necesitadas.
- Es necesario examinar seriamente enfoques innovadores que aseguren una financiación sostenible a largo plazo para la respuesta al SIDA, lo que incluye propuestas para nuevos mecanismos internacionales de financiación y cualesquiera otras iniciativas que ayuden a estabilizar la financiación para una respuesta sustancialmente ampliada a la epidemia.

Afrontar enérgicamente el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA

Acabar con la pandemia de SIDA dependerá en gran medida de cambiar las normas, actitudes y comportamientos sociales que contribuyen a su expansión. La acción contra el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA debe contar con el apoyo del liderazgo supremo y de todos los sectores de la sociedad, y ha de afrontar cuestiones tales como la capacitación de las mujeres, la homofobia, las actitudes hacia los profesionales del sexo y consumidores de drogas intravenosas, y las normas sociales que afectan al comportamiento sexual, incluidas las que favorecen la condición inferior y la impotencia de las mujeres y niñas.

- Es necesario promulgar, divulgar y aplicar leyes y políticas que protejan a las mujeres y niñas contra la violencia sexual, el desheredamiento y cualquier tipo de discriminación por razón del sexo, incluidas ciertas prácticas tradicionales perjudiciales y la violencia sexual dentro y fuera del matrimonio.
- Las mujeres deben estar representadas adecuadamente en la formulación de políticas y la toma de decisiones sobre el SIDA. Una valoración del ONUSIDA realizada en 2004 constató que la participación de las mujeres en el desarrollo y revisión de los marcos nacionales sobre el SIDA era inexistente en más del 10% de 79 países e insuficiente en más del 80%⁹.
- También son esenciales leyes y políticas que afronten directamente las desigualdades entre los sexos y los prejuicios contra las personas a las que se atribuye presuntamente un mayor riesgo de VIH, como los profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Los cambios en leyes y políticas deben acompañarse de campañas de movilización social convenientemente financiadas, en la planificación y ejecución de las cuales deberían participar redes y organizaciones de personas que viven con el VIH, junto con todos los demás estamentos de la sociedad civil.
- A fin de reducir el VIH y el estigma asociado al virus, también es fundamental un plan totalmente financiado para lograr el acceso universal a la educación y superar o eliminar obstáculos tales como las matrículas escolares, el uso obligatorio de uniformes y los gastos en libros de texto.

⁹ ONUSIDA (2006). *From advocacy to action: A progress report on UNAIDS at country-level*. ONUSIDA, Ginebra, 2006.

EL MOVIMIENTO HACIA EL ACCESO UNIVERSAL

En la reunión de 2005 de los países del G-8 y en la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas de septiembre de 2005, líderes de todo el mundo se comprometieron a ampliar en gran escala la prevención, tratamiento y atención del VIH, con miras a acercarse lo más posible al objetivo de acceso universal al tratamiento para todos los que lo necesitan para 2010. Convertir estas intenciones en realidad exigirá compromiso y acción en cada una de las siguientes áreas fundamentales:

Reforzar la prevención del SIDA

Es imperativo un énfasis renovado en la prevención del VIH para evitar millones de nuevas infecciones cada año.

- La educación y los servicios de prevención del VIH deben enfocarse en los grupos más vulnerables, como los profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones y presos. Es necesario ampliar significativamente el acceso a los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH con objeto de reducir una carga inaceptable y esencialmente evitable de neonatos infectados.
- El acceso a información clara y objetiva sobre prevención y pruebas del VIH debería constituir un derecho. Los países tienen que promover la idea de que cada persona conozca su estado del VIH y ofrecer acceso a información, asesoramiento y servicios relacionados con el SIDA, en un entorno que asegure la confidencialidad de las pruebas y la revelación voluntaria del estado serológico.
- Aun cuando las pruebas disponibles indican que la cobertura de los programas de prevención es mayor entre los

profesionales del sexo —en comparación con los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas—, es esencial redoblar los esfuerzos para asegurar una cobertura adecuada en estos tres grupos.

- Como nota positiva, entre 2000 y 2005 disminuyó el porcentaje de jóvenes que tenían relaciones sexuales antes de los 15 años y aumentó el uso del preservativo en nueve de 13 países subsaharianos estudiados. Sin embargo, los esfuerzos de prevención del VIH siguen siendo especialmente insuficientes para los jóvenes, a los que corresponde más del 40% de todas las nuevas infecciones. Es fundamental invertir en programas de prevención dirigidos a los jóvenes.

Impulsar el acceso al tratamiento

Continuar y potenciar la ampliación rápida del acceso al tratamiento del VIH exigirá:

- ampliar y diversificar los centros de acceso al tratamiento, que en la actualidad se concentran principalmente en las zonas urbanas, junto con esfuerzos para asegurar la equidad en el acceso entre todas las poblaciones afectadas, incluidos los niños;
- redoblar los esfuerzos para aumentar el acceso a fármacos que previenen infecciones oportunistas comunes, como el antibiótico cotrimoxazol;
- ampliar el acceso a pruebas del VIH confidenciales y voluntarias para fomentar el conocimiento del propio estado serológico;
- multiplicar los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH; generar capacidad de recursos humanos en el contexto de los sistemas de salud, y mejorar la gestión de suministro; y

- ampliar las iniciativas de promoción y educación con miras a acrecentar el conocimiento sobre los servicios de tratamiento, sus beneficios y cómo utilizarlos.

Reforzar los recursos humanos y los sistemas

La escasez de trabajadores cualificados en muchos países en desarrollo da lugar a una planificación, administración y vigilancia epidemiológica de mala calidad; atascos en la distribución de fondos; deficiencias en la ejecución, vigilancia y evaluación de las actividades, y prestación insuficiente de servicios. Eliminar estas limitaciones en materia de recursos humanos requerirá:

- acelerar la contratación y formación de trabajadores de salud a todos los niveles, y mejorar las condiciones laborales, la remuneración y otros incentivos para animar a los profesionales sanitarios cualificados a que trabajen en sus países de origen en vez de migrar a países industrializados;
- la acción de los gobiernos nacionales y los donantes internacionales para aumentar la financiación destinada a centros de formación y acreditación en países que se enfrenten a déficit importantes de recursos humanos;
- la adopción, cuando sea necesario, de modelos de dispensación alternativos y simplificados con objeto de potenciar la prestación de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH a nivel comunitario; y
- una mayor integración de las intervenciones sobre el SIDA en los programas de atención primaria de salud, salud maternoinfantil, salud sexual y reproductiva, y diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, paludismo y enfermedades de transmisión sexual.

Asegurar la disponibilidad de productos para la prevención y tratamiento del VIH a precios razonables

Una acción potenciada para asegurar la disponibilidad de productos de prevención y tratamiento, desde preservativos hasta fármacos antirretrovíricos, a precios razonables requerirá lo siguiente:

- Los gobiernos nacionales deberían eliminar los obstáculos existentes en cuanto a fijación de precios, aranceles y políticas comerciales y de reglamentación sobre los medicamentos y pruebas diagnósticas. También es necesario reducir o suprimir los honorarios que pagan los usuarios por la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el SIDA. Hay que eliminar igualmente los obstáculos jurídicos o normativos que bloquean el acceso a intervenciones eficaces de prevención del VIH, productos básicos como los preservativos, servicios de reducción de daños y otras medidas preventivas.
- Para acelerar el flujo de tratamiento, los gobiernos deberían permitir que los medicamentos preseleccionados por la OMS obtengan un permiso provisional de comercialización antes de que sean registrados definitivamente por las autoridades nacionales de reglamentación de medicamentos.
- Existen graves deficiencias en el acceso a las pocas formulaciones pediátricas de fármacos antirretrovíricos y a medicamentos para prevenir infecciones oportunistas. Los líderes deberían revisar y aprobar las recomendaciones del «llamamiento a la acción» que hicieron el UNICEF y el ONUSIDA en 2005 para asegurar que la terapia antirretrovírica o la profilaxis antibiótica, o ambas, lleguen al 80% de los niños que las necesitan para 2010.

- Asegurar la disponibilidad y accesibilidad financiera de medicamentos vitalmente necesarios, incluidos los fármacos de segunda, tercera y cuarta generación, significa abordar el tema complejo, delicado y conflictivo de las patentes farmacéuticas. En caso necesario, los países deberían aprovechar las flexibilidades del Acuerdo de la OMC sobre Derechos de Propiedad Relacionados con el Comercio para asegurar el acceso a suministros sostenibles de medicamentos y tecnologías de salud para el VIH a precios razonables, incluida la producción local cuando sea factible.

Invertir en investigación y desarrollo de fármacos, microbicidas y vacunas

Es vital la innovación tecnológica constante para el desarrollo de microbicidas, nuevas generaciones de fármacos y una vacuna preventiva.

- Debe mobilizarse una financiación sustancialmente mayor para investigación, en especial por parte de las industrias farmacéutica y biomédica.
- Los planes de investigación han desatendido en gran medida las necesidades de los niños que viven con el VIH. Las compañías farmacéuticas, los donantes internacionales, las organizaciones multilaterales y otras partes interesadas deberían establecer asociaciones público-privadas para promover el desarrollo más rápido de nuevas formulaciones farmacológicas pediátricas.
- Los ensayos clínicos sobre prevención del VIH generan a menudo controversia, lo que subraya la necesidad de que los investigadores involucren a una amplia gama de partes interesadas a nivel nacional y comunitario en la planificación y ejecución de tales ensayos.
- Es necesario que líderes del gobierno, la sociedad civil y el sector privado establezcan sistemas y alcancen acuerdos

que garanticen un acceso generalizado y equitativo a microbicidas, nuevas generaciones de fármacos y vacunas contra el VIH y las ETS. También se requieren mejores tratamientos para enfermedades como la tuberculosis, que actualmente es la principal causa de mortalidad relacionada con el SIDA en todo el mundo.

Contrarrestar el impacto del SIDA

El SIDA exacerba todos los demás retos para el desarrollo humano, desde el mantenimiento de los servicios públicos hasta la seguridad alimentaria y la evitación de conflictos. Los esfuerzos para afrontar la epidemia deben enfocarse simultáneamente en la prevención de nuevas infecciones, el cuidado de las personas ya infectadas y la mitigación de los impactos económicos, institucionales y sociales del SIDA.

- Los esfuerzos para mitigar el impacto del SIDA tienen que centrarse ante todo en los individuos y familias afectados mediante intervenciones como acceso a tratamiento, atención nutricional y tratamiento de infecciones oportunistas y otros problemas de salud.
- Las necesidades de los niños que han perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA —que son aproximadamente el 9% de los niños menores de 15 años en África subsahariana— deberían ocupar un lugar destacado en los planes y estrategias nacionales sobre el SIDA.
- La planificación y los servicios para el SIDA deberían incluir medidas de protección social para preservar el sustento de las personas afectadas por el VIH. Esto supone establecer programas de bienestar social, apoyo a los niños y huérfanos, obras públicas para generar empleo y sistemas estatales de pensiones y microfinanciación.
- Los líderes de los países que acogen a refugiados o personas desplazadas deben

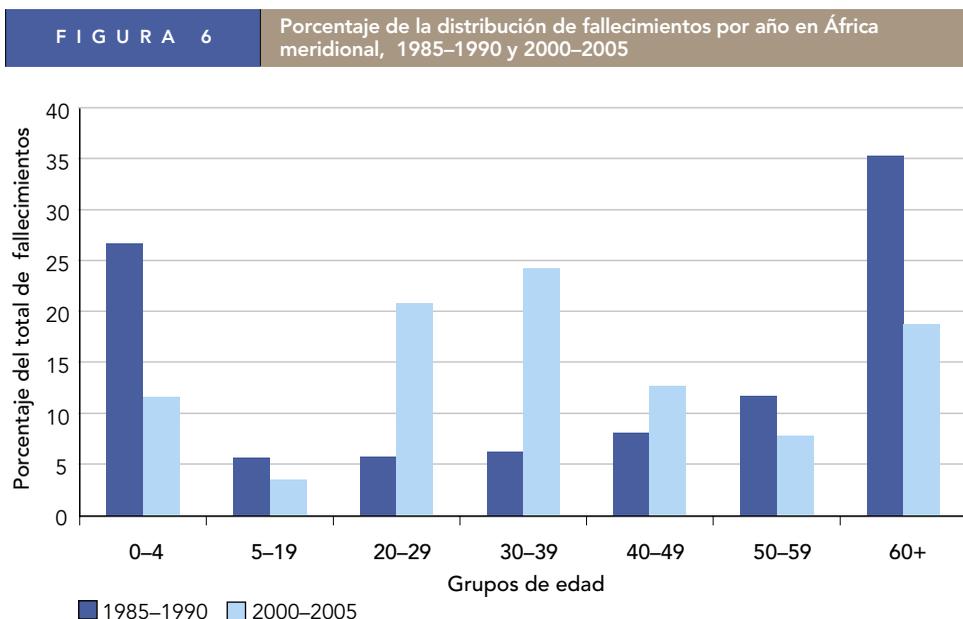


Figura 6 extraída del capítulo 4 del *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* (ONUSIDA, 2006).

incorporar estas poblaciones, numerosas y vulnerables, en sus planes de prevención, atención y tratamiento.

- El programa «Cuatro Servicios Gratis y Una Ayuda» de China, que ofrece de forma gratuita terapia antirretrovírica, asesoramiento y pruebas voluntarias, fármacos para la prevención de la transmisión materno-infantil y escolarización de los niños huérfanos, además de atención y apoyo económico a los hogares afectados, puede erigirse en un modelo para el apoyo de otros países a familias y sociedades afectadas por el SIDA.

Cuando refrendaron la Declaración de compromiso que surgió de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, los 189 países signatarios reconocieron —en un insólito consenso internacional unánime— que el SIDA figura entre las peores crisis de desarrollo de la historia humana. Cada país se comprometió a actuar a nivel nacional e internacional para contener la epidemia.

El Informe del Secretario General acerca de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA Cinco Años Después afirma lo siguiente: «Después de un cuarto de siglo de epidemia, la respuesta mundial al SIDA sigue en una encrucijada. Por primera vez en la historia, el mundo posee los medios para empezar a invertir el curso de la epidemia. Pero el éxito requerirá una voluntad sin precedentes por parte de todos los actores en la respuesta mundial para que desplieguen todo su potencial, adopten nuevas formas de trabajar conjuntamente y... sostengan la respuesta a largo plazo.»

Sabemos con certeza creciente qué catástrofe nos espera si la respuesta al SIDA continúa siendo insuficiente. También sabemos cómo potenciar esta respuesta de forma que ahorre millones de vidas y miles de millones de dólares. Este plan es viable, pero sólo con un liderazgo sólido a todos los niveles de la sociedad. Sabemos lo que hay que hacer para detener el SIDA. Lo que necesitamos ahora es la voluntad para conseguirlo.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para la respuesta mundial al SIDA. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 75 países de todo el mundo.

Uniendo el mundo contra el SIDA

El presente resumen de orientación del *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006* proporciona información sobre las últimas tendencias de la epidemia de SIDA y sobre la respuesta a esta enfermedad. La edición especial del informe con motivo del décimo aniversario del ONUSIDA presenta perfiles de los países y estimaciones sobre el alcance de la epidemia y el número de vidas que se ha cobrado.



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 41 87

WWW.UNAIDS.ORG