



Asamblea General

Distr. general
3 de abril de 2013
Español
Original: inglés

Sexagésimo séptimo período de sesiones

Tema 11 del programa

Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y las declaraciones políticas sobre el VIH/SIDA

Acelerar la respuesta al SIDA: lograr las metas de la Declaración política de 2011

Informe del Secretario General

Resumen

Existe una oportunidad sin precedentes de sentar las bases para poner finalmente coto a la epidemia del SIDA. Los extraordinarios avances científicos, las medidas concertadas a nivel mundial y los sólidos progresos realizados por los distintos países han permitido al mundo emprender el camino que permitirá controlar totalmente la epidemia del SIDA. De hecho, se ha avanzado considerablemente en la consecución de las ambiciosas metas de la Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, aprobada en 2011 por la Asamblea General.

El número de nuevos infectados por el VIH y de defunciones relacionadas con el SIDA sigue disminuyendo a nivel mundial porque los servicios vitales de tratamiento y prevención están llegando a más gente que nunca. En 25 países de bajos y medianos ingresos, la tasa de nuevas infecciones por el VIH se ha reducido en más de la mitad, también en el África Subsahariana que es la región más afectada por el VIH. Más importancia reviste aún el hecho de que, en los dos últimos años, la reducción mundial en las nuevas infecciones ha correspondido a los recién nacidos, lo que puede allanar el camino para una generación libre del SIDA.

En el período de 24 meses finalizado en diciembre de 2011, el número de personas con acceso al tratamiento aumentó un 63% en todo el mundo. Además, en 2011 hubo más de medio millón de defunciones relacionadas con el SIDA menos que en 2005.



Las reducciones más sustanciales en las defunciones relacionadas con el SIDA se están produciendo en los países más castigados por el VIH. En 2011, Sudáfrica registró 100.000 defunciones menos que en 2005, Zimbabwe casi 90.000 defunciones menos, Kenya 71.000 y Etiopía 60.000. En el África Subsahariana, el número de defunciones relacionadas con el SIDA se ha reducido en una tercera parte en los seis últimos años, mientras que solo en los dos últimos años el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral ha aumentado un 59%.

Los países de bajos y medianos ingresos han invertido en la respuesta al SIDA un porcentaje sin precedentes de sus propios recursos nacionales. Los dirigentes africanos han utilizado el SIDA como medio para reforzar su liderazgo del programa internacional de salud y desarrollo y su implicación en él. Los ministros asiáticos se han unido para tratar de satisfacer las necesidades de mujeres y niñas en relación con el VIH.

Aunque los progresos realizados en la respuesta mundial al SIDA son espectaculares, la epidemia está lejos de estar superada. El SIDA sigue siendo la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en todo el mundo. Es la principal causa de años de vida perdidos en África Meridional y Oriental, la tercera causa principal de defunción en Europa Oriental y la sexta causa principal de defunción en todo el mundo. En diciembre de 2011, más de 17 millones de niños habían perdido uno o ambos progenitores a causa del SIDA.

A fin de aprovechar los logros recientes y encarar los devastadores desafíos humanos y de desarrollo que sigue planteando la epidemia, la comunidad internacional debe cumplir los compromisos adquiridos en la Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA, que exige revisar y adaptar de manera proactiva los enfoques a fin de aprovechar las nuevas oportunidades que surjan. A fin de controlar completamente la epidemia del SIDA, se ha de promover el concepto de responsabilidad compartida y solidaridad mundial. La inversión en la respuesta al SIDA por parte de los países de bajos y medianos ingresos y los donantes internacionales debe seguir aumentando a fin de colmar el déficit de recursos. Los programas sobre el VIH deben ser más estratégicos y centrar la inversión en las intervenciones que tengan las mayores repercusiones y satisfagan las necesidades de los grupos de población más necesitados. Se deben maximizar las sinergias entre los programas sobre el VIH y las iniciativas de desarrollo de carácter más general, como los programas de protección social, a fin de atajar las condiciones sociales, jurídicas y económicas que aumentan la vulnerabilidad al VIH.

I. Introducción

1. La Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, aprobada en 2011, renovó la solidaridad mundial y estableció un conjunto de 10 metas concretas y con plazos precisos que deben alcanzarse en 2015, a más tardar.

2. El presente informe ofrece una descripción de los avances hasta la fecha en la consecución de dichas metas. Se basa fundamentalmente en los amplios informes presentados por 186 países en 2012 sobre los progresos nacionales realizados en la respuesta al SIDA. En 2012 presentaron informes el 96% de los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas, lo que hace que estos informes sobre la respuesta mundial al SIDA tengan las tasas más elevadas de respuesta de cualquier mecanismo internacional de seguimiento de la salud y el desarrollo, lo que representa un claro reflejo de la amplitud y profundidad del compromiso mundial con la respuesta al SIDA. Aunque se centra en los logros obtenidos en la respuesta mundial al SIDA, el presente informe también tiene por objeto inspirar y fortalecer la agenda del desarrollo en general, en particular el evento especial de la Asamblea General para dar seguimiento a las iniciativas emprendidas para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que se celebrará en septiembre de 2013.

3. Los Estados Miembros siguen afrontando problemas considerables en sus intentos por atajar el VIH. Unos 7 millones de personas calificadas carecen de acceso a un tratamiento vital contra el VIH, correspondiendo el acceso más reducido a los niños. Los nuevos infectados por el VIH siguen aumentando en Europa Oriental y Asia Central, así como en el Oriente Medio y África Septentrional. Las mujeres y las niñas siguen viéndose afectadas de manera desproporcionada y los principales grupos de población con la prevalencia más elevada del VIH carecen de un acceso equitativo a los servicios. Además, las trabas jurídicas y normativas siguen socavando las respuestas eficaces a la epidemia en muchas partes del mundo. Las persistentes dificultades económicas mundiales impiden que se lleven a cabo iniciativas para movilizar la inversión esencial para colmar el déficit de financiación en la respuesta mundial a la epidemia del SIDA, mientras que el creciente desfase económico entre ricos y pobres en todo el mundo socava los esfuerzos por organizar una respuesta inclusiva y óptimamente efectiva.

4. Aunque estos problemas son reales, es posible superarlos. El historial de la respuesta al SIDA ha demostrado sistemáticamente que la solidaridad mundial, las iniciativas de base empírica y la activa participación de las personas más afectadas por la epidemia pueden superar los obstáculos a los progresos. Para afrontar los problemas también es preciso ampliar rápidamente los programas con la repercusión más importante, estableciendo sólidos marcos normativos que optimicen la eficacia de los programas y promoviendo las sinergias entre el VIH y otras iniciativas de desarrollo.

II. Situación de la epidemia

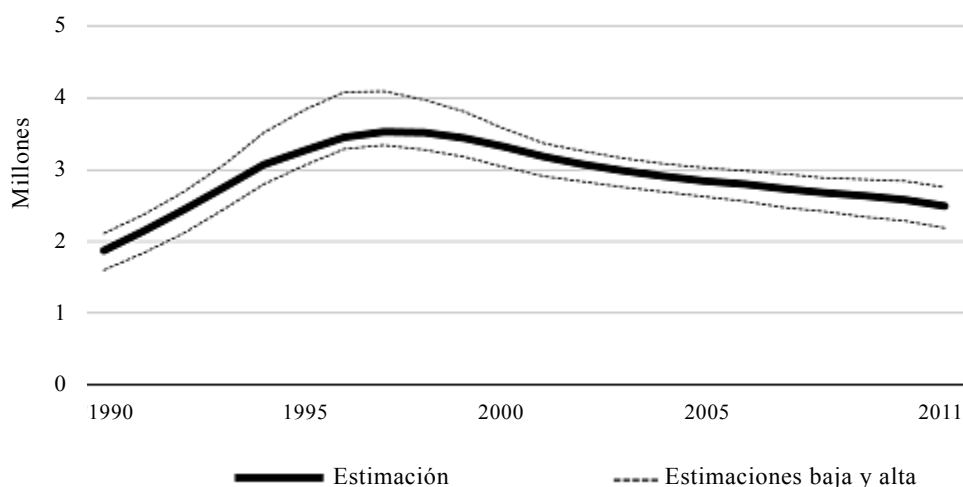
5. A nivel mundial, se estimaba en 34 millones (31,4 millones-35,9 millones) el número de personas que vivían con el VIH a finales de 2011. El África Subsahariana, con casi 1 de cada 20 adultos que viven con el VIH, sigue siendo la región más afectada por la epidemia, representando el 69% de todas las infecciones

a nivel mundial. Fuera del África Subsahariana, el Caribe y Europa Oriental y Asia Central tienen la prevalencia más elevada del VIH entre adultos (1%). Las epidemias nacionales y subnacionales son a menudo complejas, evolucionan rápidamente y presentan múltiples facetas, y las pautas epidemiológicas suelen diferir considerablemente entre los países y dentro de ellos.

6. En 2011, el número de adultos y niños que contrajeron el VIH, se estimó en 2,5 millones (entre 2,2 y 2,8 millones), un 20% menos que en 2001 (véase el gráfico I). En las regiones más afectadas se registraron descensos considerables: el Caribe (42%) y el África Subsahariana (25%). El descenso ha sido especialmente marcado entre los niños en los últimos años, con unos 330.000 (entre 280.000 y 390.000) niños que contrajeron el virus en 2011, un 24% menos que los 430.000 (entre 370.000 y 490.000) infectados en 2009.

Gráfico I

Número de nuevas personas infectadas por el VIH en el mundo, 1990-2011



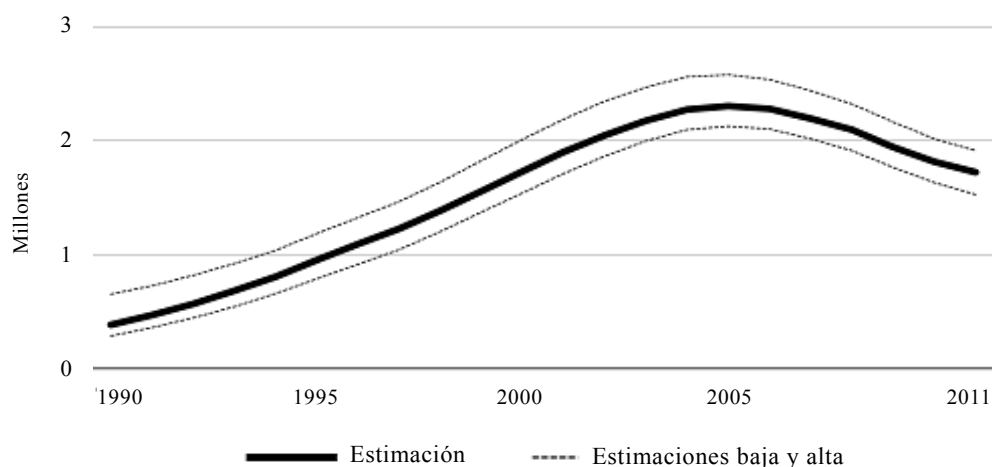
Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

7. Las tendencias en las nuevas infecciones por el VIH no son positivas en todas partes del mundo, registrándose un aumento de las nuevas infecciones en Europa Oriental y en Asia Central y en el Oriente Medio y África Septentrional. Además, aunque muchos países de Asia han conseguido reducir las nuevas infecciones por el VIH, no cabe decir lo mismo de toda la región, aumentando las infecciones en algunos países.

8. El acceso al tratamiento contra el VIH se ha ampliado drásticamente, llegando a más de 8 millones de personas en los países de bajos y medianos ingresos en 2011, lo que supone el 54% de todas las personas calificadas con arreglo a las actuales pautas de tratamiento. La cobertura del tratamiento es considerablemente superior en algunas regiones, como América Latina (68%), el Caribe (67%), Oceanía (69%) y el África Subsahariana (56%), que en Europa Oriental y Asia Central (25%) y el Oriente Medio y África Septentrional (15%).

9. En 2011, 1,7 millones (1,5 millones-1,9 millones) de personas murieron por causas relacionadas con el SIDA, lo que representó un descenso del 24% con respecto a 2005 (véase el gráfico II). No obstante, la mortalidad relacionada con el SIDA ha aumentado en varias regiones, como en Europa Oriental y Asia Central (21%) y en el Oriente Medio y África Septentrional (17%). Desde 2004, las defunciones relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH se han reducido un 25% a nivel mundial y un 28% en el África Subsahariana.

Gráfico II
Defunciones de niños y adultos a causa del SIDA, 1990-2011



Fuente: ONUSIDA.

10. Los jóvenes de 15 a 24 años de edad representan al 14% de todas las personas que viven con el VIH y el 34% de los nuevos infectados. La prevalencia del VIH entre los jóvenes se ha reducido en más del 50% desde mediados de la década de 1990 en el Caribe y África Oriental, aunque la disminución ha sido aproximadamente del 13%.

11. En 2011, las mujeres constituyeron el 49% de todos los adultos que vivían con el VIH en todo el mundo. En dos regiones, más de la mitad de los adultos que viven con el VIH son mujeres: África Subsahariana (58%) y el Caribe (52%). En otras regiones, el porcentaje de mujeres entre los adultos que viven con el VIH varía del 25% (Europa Occidental y Central y América del Norte) al 34% (Asia y el Pacífico). A nivel mundial, una mujer joven contrae el virus cada minuto, mientras que las mujeres jóvenes en el África Subsahariana tienen más del doble de probabilidades de vivir con el VIH que los hombres jóvenes de su propia edad.

12. Los efectos de la epidemia son considerablemente superiores en algunos sectores de la población. Según los estudios, las profesionales del sexo tienen por término medio 13,5 más probabilidades que otras mujeres de estar viviendo con el VIH. La prevalencia es 22 veces superior entre los consumidores de drogas inyectables que en la población en general. Entre los hombres que tienen relaciones homosexuales, la prevalencia es 19 veces superior.

III. Principales metas para 2015: progresos realizados hasta la fecha y obstáculos que es preciso superar

13. En la presente sección se ofrece una descripción de los progresos realizados hasta la fecha en la consecución de las metas enunciadas en la Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA. Las 10 metas forman parte del compromiso más amplio de la comunidad mundial para garantizar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en 2015, a más tardar.

A. Reducir la transmisión sexual en un 50%

14. En muchos países, los cambios en el comportamiento sexual están relacionados con la disminución de las nuevas infecciones por el VIH. En varios países con una epidemia generalizada del VIH, son menos los jóvenes que mantienen relaciones sexuales antes de los 15 años de edad, menor el número de personas sexualmente promiscuas y mayores las tasas de uso de preservativos. Sin embargo, las tendencias favorables no son evidentes en todos los países. Al parecer, el comportamiento sexual de riesgo entre los jóvenes está aumentando en varios países del África Subsahariana. Aunque una educación general sobre la sexualidad permite a los jóvenes adoptar decisiones con conocimiento de causa sobre su comportamiento sexual, el 20% de los países con gran incidencia informan de que la educación sobre el VIH aún no se ha introducido en los planes de estudios de la enseñanza primaria.

15. Los intentos por prevenir la transmisión sexual del VIH siguen viéndose menoscabados por los graves problemas para acceder a los preservativos en los países de bajos y medianos ingresos, en donde la demanda se ha incrementado hasta unos 10.000 millones de preservativos cada año. Sin embargo, solo 3.400 millones de preservativos masculinos y 43,3 millones de preservativos femeninos fueron adquiridos por nueve donantes internacionales para su distribución en los países de bajos y medianos ingresos en 2011. La mayor parte de los países de bajos y medianos ingresos dependen de la ayuda externa para adquirir preservativos, por lo que no es probable que la inversión nacional colmare este desfase en 2011.

16. Sigue avanzando lentamente la circuncisión médica voluntaria, aunque el ritmo se ha acelerado en varios países (véase el cuadro 1). En seis países con una elevada prevalencia del VIH y baja prevalencia de la circuncisión, menos del 5% de la población masculina destinataria había sido circuncidada a finales de 2011. Algunos países, como Botswana, Kenya, Namibia y Swazilandia, han dado prioridad a la programación y el incremento del gasto en relación con la circuncisión médica voluntaria.

Cuadro 1
Porcentaje de las metas nacionales sobre circuncisión fijadas
para 2015 que se habían cumplido en 2011

<i>Menos del 5%</i>	<i>Entre el 5% y el 20%</i>	<i>Más del 20%</i>
Malawi	Botswana	Etiopía
Mozambique	República Unida de Tanzania	Kenya
Namibia	Sudáfrica	Swazilandia
Rwanda	Zambia	
Uganda		
Zimbabwe		

Fuente: ONUSIDA.

17. Aunque el 73% de los países declararon haber puesto en práctica programas de prevención del VIH para los profesionales del sexo, las encuestas realizadas en 58 capitales indican que solo el 56% de los profesionales del sexo tienen acceso a los servicios de prevención.

18. Los programas de prevención del VIH para los hombres que tienen relaciones homosexuales siguen siendo inadecuados, con una cobertura del 55%. El uso de preservativos también sigue siendo bajo. La mayor parte de los hombres que tienen relaciones homosexuales sondeados en 69 países afirmaron que habían utilizado un preservativo en su última relación sexual, pero menos del 75% lo había hecho en 56 de esos países.

19. En la actualidad, los programas destinados a los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones homosexuales constituyen menos del 4% del gasto en los programas básicos. El ONUSIDA advierte que la proporción del gasto asignado a esos grupos de población, en los países más afectados, debería aumentar hasta un 7% en 2015 a fin de maximizar los efectos.

20. A pesar de esos y otros problemas, se han realizado progresos con miras al objetivo de reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015. En 2012 y principios de 2013, se observaron en Sudáfrica y China pruebas contundentes de las ventajas del tratamiento contra el VIH en relación con la prevención entre la población. En la demarcación rural de KwaZulu-Natal (Sudáfrica), las personas seronegativas que vivían en comunidades con elevadas tasas de tratamiento (30%-40% de todos los infectados que recibían tratamientos) tenían un 38% menos de probabilidades de contraer el VIH que aquellas que vivían en comunidades en que la cobertura del tratamiento era escasa (menos del 10% de todos los infectados recibían tratamiento). Entre las parejas serodiscordantes (un miembro de la pareja es seropositivo y el otro seronegativo) en China, las tasas de transmisión eran un 26% más bajas entre las parejas cuyo miembro seropositivo había recibido tratamiento que en las parejas en que dicho miembro no recibía tratamiento. Para materializar todo el potencial de prevención del tratamiento será necesario mejorar los programas de detección, vinculando los que dan positivo en las pruebas con una asistencia sanitaria ininterrumpida, iniciando el tratamiento en el momento

adecuado y garantizando la retención del paciente en centros clínicos. Se están realizando actualmente importantes ensayos clínicos para abordar algunas de las cuestiones en torno al tratamiento como prevención, entre otras cuándo iniciar la terapia, los regímenes óptimos para reducir el riesgo de transmisión y cómo enfocar óptimamente los programas de tratamiento a fin de maximizar su repercusión en la prevención de la transmisión de VIH.

21. Los programas de apoyo social que abordan la vulnerabilidad económica de los niños y los jóvenes han demostrado que reducen las nuevas infecciones por el VIH. Un creciente número de países están poniendo en práctica dichos programas. En 2012, un programa nacional a gran escala realizado en Kenya reveló que una transferencia de efectivo sin condiciones a los hogares muy pobres y con niños vulnerables reducía la precoz iniciación sexual un 30%, así como las relaciones sexuales sin protección.

22. En el horizonte se vislumbran nuevos instrumentos de prevención del VIH. La investigación realizada en América del Norte, América Latina, el África Subsahariana y Asia y el Pacífico sobre la profilaxis antirretroviral previa a la exposición ha revelado su eficacia cuando se utiliza correctamente, lo que ofrece nuevas esperanzas para una prevención del VIH controlada por la mujer.

23. Para alcanzar el objetivo de reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, son precisas combinaciones estratégicas de enfoques biomédicos, estructurales y de comportamiento que se correspondan debidamente con las necesidades nacionales y locales. Esas combinaciones programáticas han de ser sustentadas con iniciativas concertadas para promover la igualdad entre los géneros, suprimir los marcos jurídicos punitivos, eliminar el estigma y la discriminación, proteger los derechos humanos y reforzar la protección social. Se están llevando a cabo seis importantes ensayos clínicos en cinco continentes a fin de evaluar diversos paquetes de prevención que combinan múltiples intervenciones a fin de determinar lo que resulta óptimo para prevenir las nuevas infecciones y mejorar los resultados sanitarios para las personas que viven con el VIH.

B. Reducir un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables

24. Desde hace años se sabe cómo prevenir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. La reducción de los daños es un enfoque de base empírica y bien definido de intervenciones esenciales, entre ellas el acceso a agujas y jeringuillas estériles, la terapia sustitutiva de opiáceos, el asesoramiento y la detección, el tratamiento contra el VIH y otros servicios sanitarios adaptados a las necesidades de las personas que consumen drogas inyectables. Los países que han puesto en práctica programas de reducción de los daños a una escala suficiente han visto acusadas reducciones en la incidencia del VIH vinculada al consumo de drogas, llegando algunos de ellos, como Australia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, casi a eliminar la transmisión del VIH relacionada con las drogas.

25. Aunque algunos países han adoptado medidas en los últimos años para ampliar el acceso a los programas de reducción de los daños, la cobertura del servicio sigue siendo extremadamente inadecuada. En 2010, solo dos jeringuillas fueron distribuidas mensualmente por cada consumidor de drogas inyectables. Se calcula

que las jeringuillas estériles solo se utilizan en el 5% de las inyecciones de droga en todo el mundo. De los 70 países que cuentan con programas de agujas y jeringuillas, solo 8 están poniendo en práctica esos programas en las prisiones y los que existen suelen ser de escala reducida.

26. Otros servicios de prevención del VIH que son recomendados por las Naciones Unidas entre los consumidores de drogas inyectables siguen siendo limitados en su cobertura e intensidad. En 32 países de bajos y medianos ingresos, solo el 2,4% de la población que consume drogas inyectables tenía acceso a la terapia sustitutiva de opiáceos en 2010. Se estima que solo el 40% de los consumidores de drogas inyectables habían utilizado un preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales. En los países en que la epidemia está causada en buena medida por la transmisión relacionada con las drogas, el tratamiento contra el VIH tiene una cobertura desproporcionadamente baja entre los consumidores de drogas inyectables. Lo mismo cabe decir del tratamiento contra la hepatitis B y C, que es otro problema sanitario fundamental para los consumidores de drogas inyectables.

27. Las mujeres que consumen drogas inyectables corren mayor riesgo. Son más vulnerables a la violencia dentro de la pareja, por parte de la policía y, si son profesionales del sexo, de sus clientes. Las mujeres seropositivas que consumen drogas inyectables y se quedan embarazadas tienen muchas menos probabilidades que otras mujeres que viven con el VIH a tener acceso a los servicios que previenen la transmisión de la madre al niño.

28. A fin de prestar servicios esenciales de reducción de los daños y proteger a los consumidores de drogas inyectables de la infección por el VIH, los países deben propiciar marcos legislativos y normativos que defiendan los derechos humanos, eviten los enfoques punitivos, como el tratamiento obligatorio, y presten apoyo al funcionamiento de los programas de reducción de los daños. Varios países, entre otros la India, Indonesia, Papua Nueva Guinea y Tailandia, han puesto en práctica encomiables programas para evitar que las prácticas del cumplimiento de la ley impidan el acceso a los servicios para sectores clave de la población. El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, que será organizado a principios de 2016, ofrece una oportunidad para vincular la prevención del VIH con un marco jurídico y normativo más amplio en lo que respecta al consumo de drogas ilícitas.

29. Los donantes internacionales aportan el 92% de todo el gasto en los programas de tratamiento y prevención del VIH entre los consumidores de drogas inyectables, lo que indica que son contados los países que han actuado para dar prioridad a nivel nacional a los servicios sanitarios esenciales para este grupo de población. Aunque el consumo de drogas inyectables sigue siendo la principal modalidad de transmisión del VIH en Europa Oriental y Asia Central, la financiación nacional aporta únicamente el 15% de los recursos de prevención del VIH para los consumidores de drogas inyectables en dicha región.

C. Eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños y reducir considerablemente las defunciones maternas relacionadas con el SIDA

30. Uno de los grandes éxitos recientes de la respuesta mundial al SIDA ha sido la contención de las nuevas infecciones por el VIH entre los niños. La comunidad mundial ha emprendido una tarea histórica para lograr una reducción del 90% en el número de nuevos niños infectados entre 2009 y 2015, pero es preciso un avance más concentrado en los principales países para alcanzar esta meta (véase el cuadro 2).

Cuadro 2

Cambios sobrevenidos entre 2009 y 2011 en el número de niños (0 a 14 años de edad) que contraen el VIH en países con una epidemia generalizada

<i>Aumento</i>	<i>Disminución entre el 1% y el 19%</i>	<i>Disminución entre el 20% y el 39%</i>	<i>Disminución entre el 40% y el 59%</i>
Angola	Benin	Botswana	Burundi
Congo	Burkina Faso	Camerún	Kenya
Guinea-Bissau	Chad	Côte d'Ivoire	Namibia
Guinea Ecuatorial	Djibouti	Etiopía	Sudáfrica
	Eritrea	Ghana	Togo
	Gabón	Guinea	Zambia
	Mozambique	Haití	
	Nigeria	Lesotho	
	República Centrafricana	Liberia	
	República Unida de Tanzania	Malawi	
	Sudán del Sur	Papua Nueva Guinea	
		Rwanda	
		Sierra Leona	
		Swazilandia	
		Uganda	
		Zimbabwe	

Fuente: ONUSIDA.

Nota: El cuadro utiliza el año 2009 como referencia, por lo que no capta los considerables progresos realizados en muchos países (por ejemplo, Botswana) en la reducción del número de nuevas infecciones entre los niños antes de 2009.

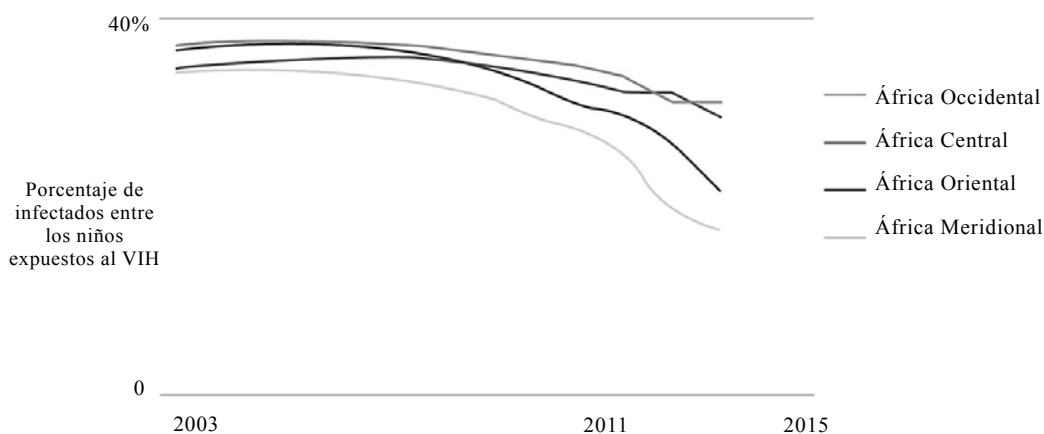
31. Puesto en marcha en la reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA, en 2011 el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y mantener con vida sus madres: 2011-2015, incluye cuatro medidas principales: fortalecer los servicios primarios de prevención del VIH para las mujeres en edad

reproductiva y sus parejas; atender las necesidades insatisfechas de planificación familiar entre las mujeres que viven con el VIH; prestar servicios oportunos de detección del VIH, asesoramiento y terapia antirretroviral a las mujeres embarazadas que viven con el VIH para prevenir la transmisión a sus hijos, y ofrecer atención, tratamiento y apoyo en relación con el VIH a las mujeres y los niños que viven con el VIH y sus familias. Para poner en práctica este enfoque de cuatro vertientes, es esencial establecer adecuados sistemas y estructuras que presten un apoyo esencial a las mujeres embarazadas seropositivas y sus familias en todos los entornos.

32. Se han logrado rápidos progresos en la ampliación del uso de la profilaxis antirretroviral para prevenir las nuevas infecciones por el VIH entre los niños. En 2011, alrededor del 57% (entre el 51% y 64%) de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH en todo el mundo, y el 59% (entre el 53% y 66%) en el África Subsahariana, recibían eficaces regímenes antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño. La cobertura es sustancialmente inferior en Asia Meridional y Sudoriental (18% [entre el 13% y 23%]) y el Oriente Medio y África Septentrional (7% [entre el 6% y 9%]). Los datos confirman que, desde 2009, ha aumentado la proporción de mujeres que viven con el VIH y sus hijos que reciben profilaxis durante la lactancia, aunque muchos países aún tienen que aplicar medidas rigurosas para hacer un seguimiento de la cobertura antirretroviral entre las mujeres lactantes. Los programas para prevenir la transmisión de la madre al niño han sido ampliados en los contextos humanitarios, pero solo el 39% de las operaciones han logrado el 100% de cobertura (véase el gráfico III).

Gráfico III

Tendencias en las tasas de transmisión de la madre al niño por subregión en el África Subsahariana, 2000-2011



Fuente: ONUSIDA.

33. Los intentos por eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños para 2015 están siendo obstaculizados por los insuficientes progresos realizados en otras prioridades del Plan Mundial. El número de nuevas infecciones por el VIH sigue siendo elevado entre las mujeres en edad reproductiva en los 22 países prioritarios. Con excepción de un contado número de países, ha sido limitado el

avance para reducir la necesidad insatisfecha de planificación familiar. En algunos entornos, la transición a regímenes antirretrovirales más eficaces ha sido demasiado lenta.

34. Dispensar un tratamiento vital a las mujeres que viven con el VIH redonda en beneficio tanto de las mujeres como de sus hijos, dado que los niños cuyas madres mueren tienen mayor riesgo de morir con independencia de su seropositividad. En muchos países está creciendo el interés en dispensar un tratamiento de por vida a las mujeres embarazadas seropositivas recurriendo a un régimen simplificado una vez al día (conocido como “opción B+”).

35. En lo que respecta a la tuberculosis, la prestación de servicios de prevención, detección, tratamiento y control de la infección es esencial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños y mantener vivas a sus madres. Las mujeres embarazadas que viven con el VIH tienen 10 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis que otras mujeres embarazadas. La tuberculosis también duplica con creces el riesgo de transmisión de la madre al niño. Además, los programas deberían reforzar el diagnóstico de tuberculosis pediátrica y aumentar el acceso al tratamiento para los niños necesitados.

36. Es deplorable que el acceso de los niños al tratamiento contra el VIH siga yendo muy a la zaga del correspondiente a los adultos. Los niños menores de 2 años de edad que viven con el VIH requieren un acceso inmediato al tratamiento, pero en 2010 solo el 28% de los niños nacidos de madres seropositivas fueron sometidos a pruebas de detección del VIH en los dos meses posteriores al nacimiento. En 2011, solo el 28% (entre el 25% y 31%) de los niños de 0 a 14 años de edad que eran aptos para la terapia antirretroviral de conformidad con las directrices actuales la estaban recibiendo. Para reforzar el acceso al tratamiento contra el VIH de los niños, los países deben aplicar sistemas bien concebidos para hacer un seguimiento de madres e hijos y vincular a los lactantes con los servicios de diagnóstico precoz. Es precisa una normalización urgente de las formulaciones antirretrovirales para los niños.

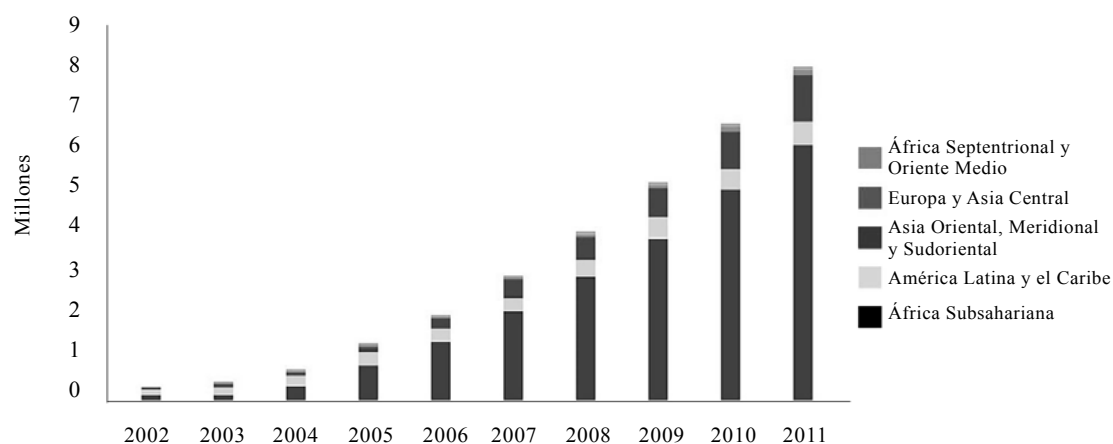
37. Pese a estas dificultades, los progresos recientes indican que para 2015 se puede alcanzar el objetivo de eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños y mantener a sus madres vivas. Para ello se deberá mejorar el rendimiento programático, abordar factores sistémicos que entorpecen los progresos e intensificar las iniciativas encaminadas a adaptar los programas nacionales a las recomendaciones internacionales. Los programas destinados a las mujeres y los niños deben respetar la autonomía de la mujer, tomar como base la participación y el liderazgo de las mujeres que viven con el VIH y adoptar medidas activas para implicar a los hombres y los niños.

D. Dispensar tratamiento antirretroviral a 15 millones de personas que viven con el VIH

38. La expansión del acceso al tratamiento contra el VIH en los países de bajos y medianos ingresos en los últimos años es uno de los logros más extraordinarios en la historia de la salud mundial. La terapia antirretroviral reduce la morbilidad y la mortalidad, previniendo a la vez nuevas infecciones por el VIH. Desde 1995, la terapia antirretroviral ha permitido sumar 14 millones de años de vida en los países de bajos y medianos ingresos, incluidos 9 millones de años de vida en el África Subsahariana.

39. El número de países de bajos y medianos ingresos con una cobertura superior al 80% en el tratamiento contra el VIH pasó de 7 en 2009 a 10 en 2011, mientras que el número de países con menos del 20% de cobertura cayó de 28 a 10. Las mejoras no han sido universalmente compartidas, empero (véase el gráfico IV). La cobertura del tratamiento sistemáticamente inferior a la media en África Occidental y Central, Europa Oriental y Asia Central y el Oriente Medio y África Septentrional subraya la necesidad de intensificar las iniciativas para ampliar el acceso al tratamiento en las regiones con una cobertura insuficiente. En los países de bajos y medianos ingresos los hombres tienen una cobertura muy inferior (47%) al de las mujeres (68%), debido en parte a las diferencias en las pautas de recurso a los servicios de salud.

Gráfico IV
Número de personas que reciben terapia antirretroviral en países de bajos y medianos ingresos, por región, 2002-2011



Fuente: ONUSIDA.

40. En los 12 últimos meses ha aumentado el porcentaje de adultos sometidos a pruebas del VIH, según los estudios realizados entre 2004 y 2011 en 14 países del África Subsahariana. La acelerada utilización de los servicios de detección y asesoramiento del VIH ha sido facilitada por las mejoras tecnológicas y sistémicas, entre otras las pruebas rápidas simplificadas, las pruebas practicadas a instancias del personal profesional en centros de salud, la aplicación de estrategias de detección en el hogar, la descentralización de la prestación de servicios, la creciente integración de la detección del VIH en otros servicios sanitarios y el creciente uso de personal no profesional para realizar las pruebas rápidas. Las campañas de base comunitaria que se centran en los servicios de educación y diagnóstico de múltiples enfermedades se han revelado eficaces para ampliar el acceso a los servicios de detección. Pese a estos logros, muchas personas siguen siendo diagnosticadas en una fase tardía de la infección, lo que impide iniciar oportunamente el tratamiento.

41. A medida que continúa ampliándose el acceso, los programas de tratamiento son cada vez más eficaces, reduciéndose los costos unitarios y mejorando los resultados sanitarios, lo que permite a los limitados presupuestos sanitarios llegar a un mayor número de personas. Los regímenes terapéuticos simplificados y el

desarrollo de instrumentos de diagnóstico durante la asistencia han contribuido a las recientes mejoras en la eficacia. Para que las personas reciban los regímenes más efectivos, los países están tratando en la actualidad de suprimir progresivamente el medicamento retroviral Stavudin debido a sus efectos secundarios y su toxicidad a largo plazo.

42. A fin de maximizar los beneficios sanitarios de la terapia antirretroviral, se deben colmar las lagunas a lo largo del proceso de tratamiento. El diagnóstico debe ocurrir en una fase temprana de la infección, debería haber sistemas para que las personas que den positivo en las pruebas reciban asistencia médica inmediata, el seguimiento continuo debería garantizar el oportuno inicio de la terapia y los servicios de apoyo a la continuación del tratamiento deberían adaptarse a las necesidades individuales. Son precisos esfuerzos particulares para superar los obstáculos al acceso al tratamiento que sufren los adolescentes, los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones homosexuales, las personas transgénero, los consumidores de drogas inyectables, los migrantes, las personas en entornos humanitarios, los internos de las prisiones y otros entornos de confinamiento y otros grupos con acceso reducido a la asistencia sanitaria.

43. En algunos países del África Subsahariana, al menos una tercera parte de todas las personas que inician el tratamiento no lo reciben ya después de cinco años. Los países están poniendo a prueba medidas innovadoras para mejorar la retención de los pacientes. En Mozambique, un satisfactorio programa permitió que la retención de las personas en programas de tratamiento clínico durante dos años pasara del 70% al 98%.

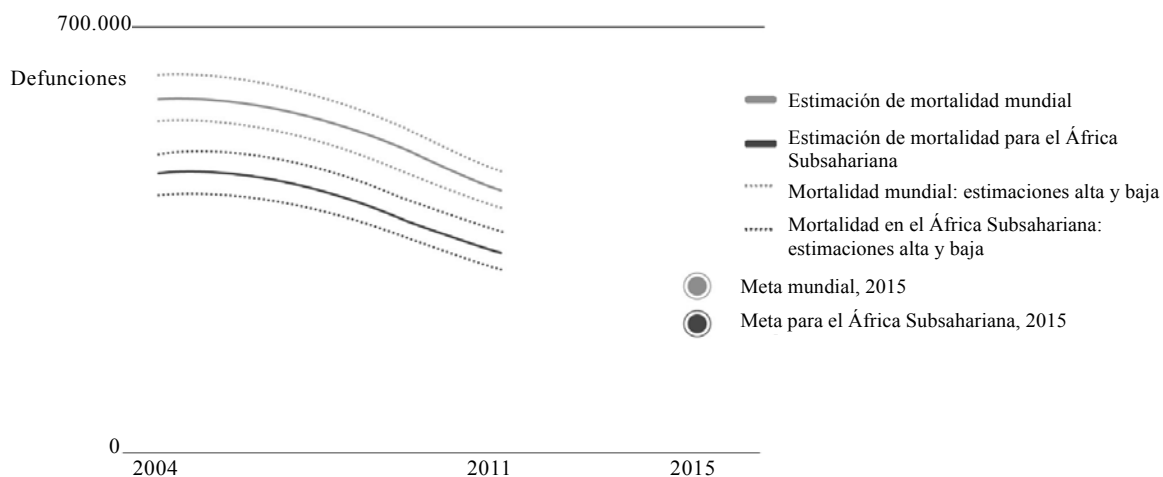
44. Aunque el costo del tratamiento ha seguido disminuyendo, son fundamentales nuevas reducciones del costo para acelerar la utilización y mantener el acceso al tratamiento de por vida. Las reducciones del costo son especialmente fundamentales para los medicamentos antirretrovirales de segunda y de tercera línea, que siguen siendo considerablemente más caros que los medicamentos de primera línea pero cobrarán creciente importancia en los próximos años conforme aumente la resistencia a los regímenes de primera línea. A medida que los países refuerzan su capacidad para supervisar la carga vírica de los pacientes, aumentará sin duda la demanda de los regímenes de segunda y de tercera línea. Una reducción adicional de los costos de los medicamentos requerirá hacer un uso eficaz de la flexibilidad que permiten las disposiciones internacionales en materia de propiedad intelectual, preservar la disponibilidad de alternativas genéricas a los medicamentos de marca y reforzar la capacidad de los países de bajos y medianos ingresos, especialmente en África, para formular y fabricar medicamentos esenciales. Todas las partes implicadas en la negociación de nuevos acuerdos de libre comercio deberían evitar proponer o acordar disposiciones que puedan mermar la capacidad de los países de bajos y medianos ingresos para obtener un suministro fiable de medicamentos asequibles.

E. Reducir un 50% las defunciones por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH

45. Han disminuido las defunciones causadas por la tuberculosis relacionada con el VIH, estimándose que la aplicación nacional de las actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH ha permitido salvar 1,3 millones de vidas de 2005

a 2011 (véase el gráfico V). La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muerte para las personas que viven con el VIH, sin embargo, representando una de cada cuatro de esas defunciones en 2011.

Gráfico V
Número estimado de defunciones relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, 2004-2011



Fuente: ONUSIDA.

46. Los países se han ceñido al enfoque recomendado: intensificación de la detección de casos, terapia preventiva de isoniazida para las personas seropositivas que no tienen tuberculosis activa y eficaz control de la infección. La ampliación del tratamiento contra el VIH también ha permitido reducir la mortalidad por tuberculosis relacionada con el VIH, dado que la terapia antirretroviral reduce considerablemente el riesgo de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH.

47. Se han realizado progresos considerables en la prestación de servicios de detección del VIH a los pacientes de tuberculosis. En 2011, el 69% de todas las personas con tuberculosis en el África Subsahariana fueron sometidas a pruebas del VIH, si bien las tasas mundiales de detección fueron muy inferiores (40%). Entre las personas que viven con el VIH, 3,2 millones de ellas fueron sometidas a pruebas de tuberculosis en 2011, recibiendo 446.000 personas terapia preventiva de isoniazida. La experiencia muestra que los esfuerzos concentrados pueden incrementar el acceso a servicios esenciales. En Sudáfrica, la detección de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH casi se duplicó en 2011, mientras que casi se triplicó el número de personas que viven con el VIH que recibieron terapia preventiva.

48. El diagnóstico precoz de la tuberculosis también ha desempeñado una función fundamental para reducir las defunciones relacionadas con ella entre las personas que viven con el VIH. La Organización Mundial de la Salud recomienda en la actualidad una nueva y rápida prueba de diagnóstico molecular, Xpert MTB/RIF, para un diagnóstico inicial de la tuberculosis en las personas que viven con el VIH.

49. Se recomienda que todos los pacientes de tuberculosis que viven con el VIH reciban lo antes posible tratamiento contra el VIH, con independencia de su recuento de CD4. En 2011, solo el 48% de las personas con tuberculosis y con una seropositividad documentada recibieron tratamiento contra el VIH. En Europa Oriental y Asia Central, en donde están aumentando las nuevas infecciones por el VIH, un incremento de la tuberculosis polifarmaco-resistente subraya la necesidad de reforzar los programas de detección y tratamiento y de garantizar una respuesta integrada a las epidemias asociadas del VIH y la tuberculosis. El hecho de que muchas personas doblemente infectadas, incluidos los internos de las prisiones y otros entornos de confinamiento, tengan dificultades para completar la terapia prescrita pone de relieve la crítica necesidad de intervenciones de apoyo a la continuación del tratamiento.

50. Para acelerar los progresos, es fundamental que las mujeres tengan acceso a servicios esenciales de tuberculosis y al tratamiento contra el VIH. En África, las mujeres tienen cerca de un 20% más de probabilidades que los hombres de morir a causa de la tuberculosis.

51. En marzo de 2013, los dirigentes de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo se sumaron a los asociados mundiales para poner en marcha una iniciativa de medidas aceleradas contra la tuberculosis y el VIH en los próximos 1.000 días (es decir, hasta la fecha límite para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio). El ONUSIDA abogó por una tolerancia cero de sistemas paralelos para prestar servicios de tuberculosis y el VIH. Para reducir rápidamente el número de defunciones por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH, los servicios relativos a la tuberculosis y el VIH deberían integrarse, en la medida de lo posible, y ser prestados en el mismo lugar a fin de centrarlos en el paciente. El tratamiento contra el VIH debería intensificarse haciendo uso de redes de servicios descentralizadas. La alimentación, el apoyo nutricional y otras intervenciones con una mejora demostrada de los resultados de la tuberculosis deberían integrarse en los programas destinados a las personas doblemente infectadas de tuberculosis y VIH. Las actividades de colaboración en materia de tuberculosis y VIH también deberían integrarse en servicios tales como los programas de salud materna e infantil, los programas para evitar la transmisión del VIH de la madre al niño, los programas de reducción de los daños y de tratamiento de la drogadicción y los servicios sanitarios penitenciarios.

F. Colmar el déficit de recursos del SIDA a nivel mundial

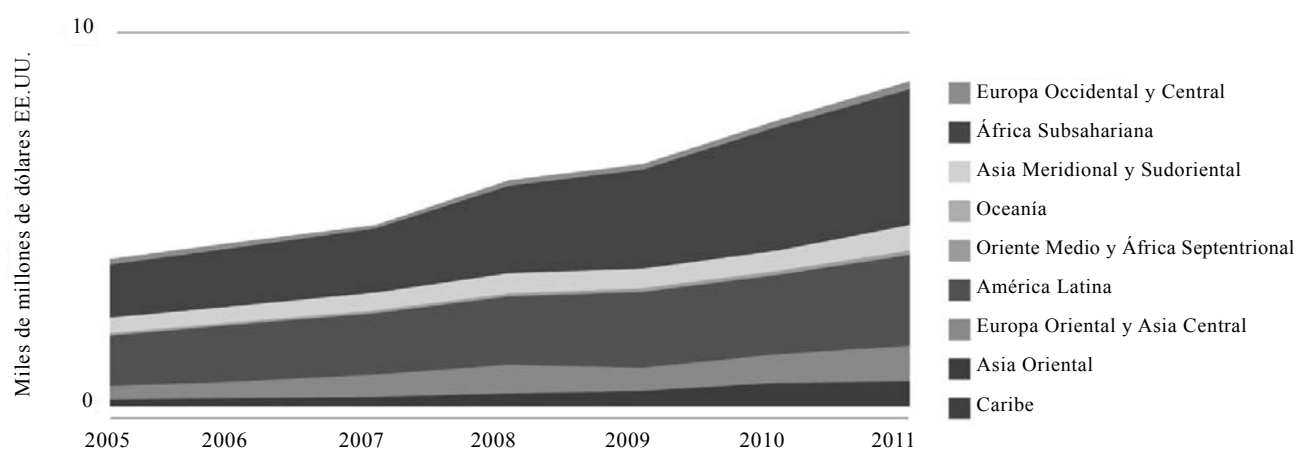
52. Para 2015 se necesitarán recursos anuales por un valor total de 22.000 millones a 24.000 millones de dólares a fin de sentar las bases que permitan poner fin a la epidemia. El ONUSIDA recomienda a todos los asociados adoptar un enfoque de inversión, concentrando la financiación en estrategias de gran efecto que respondan a las necesidades documentadas.

53. En 2011, 16.800 millones de dólares fueron invertidos en actividades relacionadas con el VIH en todo el mundo, cantidad que es inferior en más de 5.000 millones de dólares a la cantidad mínima que será necesaria en 2015. Por primera vez, los países de bajos y medianos ingresos coparon la mayoría del gasto relacionado con el VIH en 2011, aportando 8.600 millones de dólares, lo que representa más del doble de su inversión en 2005 (véase el gráfico VI). Hay un

margen considerable de mejora, sin embargo, dado que la mayoría de los países africanos deben alcanzar aún la meta establecida por la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas de asignar al menos el 15% de su presupuesto nacional a programas sanitarios. Tomando en consideración el crecimiento económico previsto, el ONUSIDA prevé que solo los países africanos podrían movilizar 5.000 millones de dólares adicionales para la respuesta al SIDA en 2015, mediante la consecución de esa meta y la adecuación de la inversión nacional en el VIH a la proporción de la carga sanitaria nacional causada por la epidemia.

Gráfico VI
Recursos nacionales de carácter público y privado disponibles para el VIH en los países de bajos y medianos ingresos, 2005-2011

(En miles de millones de dólares de los Estados Unidos)



Fuente: ONUSIDA

54. A pesar del incremento de la inversión nacional, los donantes internacionales deben seguir desempeñando una función fundamental en la financiación de la respuesta. Un total de 23 Estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos aumentaron un 10% sus desembolsos relacionados con el VIH en 2011. En 2012, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, puesto en marcha en 2003, presentó un proyecto de actuación estratégica para realizar progresos en la consecución de una generación exenta de SIDA. En 2013, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria estableció un nuevo modelo de financiación que dará prioridad a la asistencia para los países más afectados y concentrará la financiación en las intervenciones que tengan los mayores efectos sanitarios.

55. En 2012, el ONUSIDA colaboró con 49 países para evaluar el gasto nacional en el VIH con el propósito de adecuar las pautas del gasto a los principios de inversión. Camboya, por ejemplo, ha adoptado un nuevo enfoque conocido como “Camboya 3.0”, que trata de hacer más y mejor con menos impulsando las intervenciones prioritarias, adoptando estrategias innovadoras (como la prestación de servicios de base comunitaria) para incrementar el alcance y la eficacia de los programas y utilizando la información estratégica para mejorar la calidad, eficiencia y efectividad de las intervenciones.

56. Se deben corregir las desigualdades en la financiación, intensificando a la vez los esfuerzos de movilización de recursos. Los programas destinados a sectores claves de la población de mayor riesgo siguen siendo objeto de una financiación muy insuficiente y de una dependencia excesiva de la financiación internacional. Del gasto relacionado con el VIH específico de las mujeres, el 71% se centra en la prevención de las nuevas infecciones en los niños, quedando escasos recursos para la prevención primaria del VIH centrada en la mujer, en los programas para prevenir la violencia de género o en las iniciativas destinadas a aliviar las desproporcionadas responsabilidades que asumen las mujeres en calidad de cuidadoras.

57. Colmar el déficit de recursos es una responsabilidad compartida por toda la comunidad mundial. Para ello, se alienta a los países de bajos y medianos ingresos a que sigan aumentando su inversión nacional y a los donantes internacionales a que mantengan su compromiso con la solidaridad mundial. Además, se deben formular agresivos mecanismos innovadores de financiación. Un evento decisivo se celebrará en septiembre de 2013, con la reunión de donantes públicos y privados para reponer los fondos del Fondo Mundial para el período 2014-2016. Además, es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar la eficiencia y efectividad de los programas, abordar los obstáculos que actúan sobre la demanda, como la inseguridad alimentaria y de los medios de vida, que impiden que la gente acceda a los servicios de salud y siga recibéndolos, y racionalizar y eliminar los sistemas paralelos de administración y presentación de informes.

G. Satisfacer las necesidades específicas de las mujeres y las niñas y eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia basados en el género

58. Las desiguales normas de género exacerbaban la vulnerabilidad de las mujeres limitando su acceso a la educación y el empleo, socavando la capacidad de reducir su riesgo de transmisión sexual del VIH y exponiéndolas al riesgo de violencia u ostracismo social. Las mujeres también corren mayor riesgo de infección por el VIH mediante las relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones homosexuales, consumidores de drogas inyectables o clientes de los profesionales del sexo. Según un estudio, unos 50 millones de mujeres en Asia corren el riesgo de ser infectadas por sus parejas. Las normas de género también perjudican a los hombres, alentando un comportamiento de alto riesgo y desalentando el recurso a servicios sanitarios esenciales. Las normas de género imperantes también aumentan la vulnerabilidad de las personas transgénero e impiden su acceso a los servicios relacionados con el VIH, así como a unos medios de vida seguros.

59. De conformidad con el Programa de acción quinquenal del Secretario General, la Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad entre los géneros y el VIH, emprendida por el ONUSIDA, aboga por concentrar los esfuerzos en el apoyo a los países para que atiendan las necesidades y los derechos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH. Ha fomentado el compromiso político y la adopción de medidas aceleradas, habiendo sido utilizado por el 60% de los países para reforzar la igualdad entre los géneros dentro de las respuestas al SIDA.

60. Lamentablemente, se está prestando insuficiente atención a la desigualdad entre los géneros y su repercusión en las necesidades de la mujer en relación con el VIH. En 2011, solo una tercera parte de los países habían ampliado el alcance de la programación relacionada con los preservativos femeninos, solo una tercera parte declaró haber integrado los servicios de salud sexual y reproductiva y del VIH y solo 1 de cada 10 implicó efectivamente a hombres y muchachos en las iniciativas de respuesta.

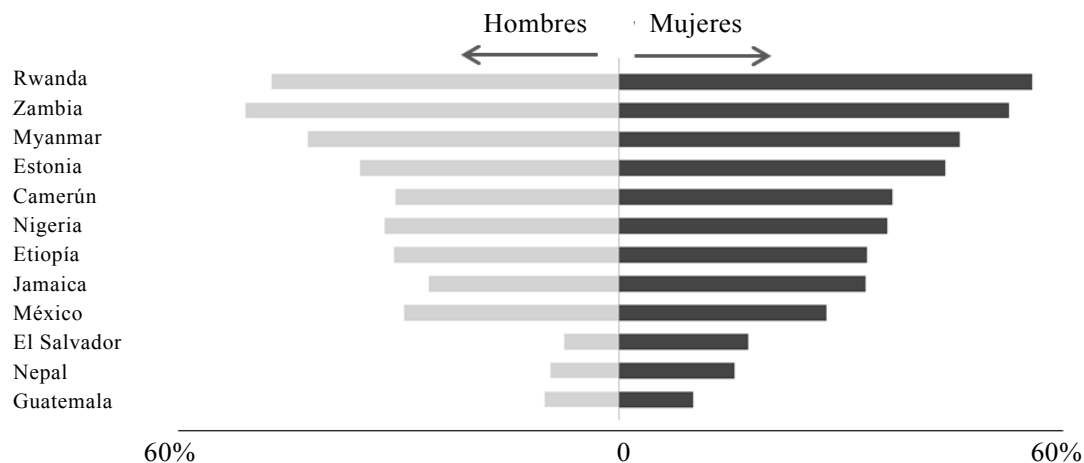
61. La prevalencia de la violencia dentro de la pareja en los 12 últimos meses varía del 5% al 69% entre los países sondeados. “Unidos por las niñas” es una coalición internacional de organismos de las Naciones Unidas y asociados gubernamentales y del sector privado que colaboran en apoyo de las encuestas nacionales, las medidas de base empírica, la promoción mundial y la sensibilización pública a fin de hacer frente a la epidemia de violencia sexual contra las mujeres y las niñas.

H. Eliminar la estigmatización y la discriminación de las personas que viven con el VIH y están afectadas por él

62. Más de tres decenios después de la aparición de los primeros casos de SIDA, la estigmatización y discriminación de las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por él siguen socavando la efectividad de la respuesta. Los datos recabados gracias al índice de estigmatización de las personas que viven con el VIH indican que grandes porcentajes de la población que vive con el VIH ha sufrido abusos físicos o verbales, ostracismo social y trastornos emocionales. Según estudios realizados en nueve países, el porcentaje de población que vive con el VIH que declaró sufrir discriminación en el lugar de trabajo varió del 8% en Estonia al 54% en Malasia.

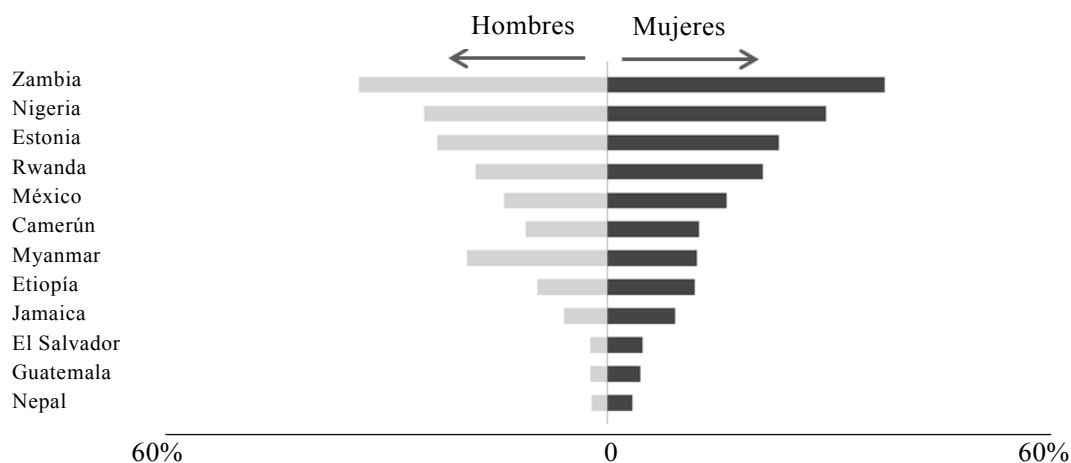
63. Las mujeres que viven con el VIH suelen sufrir niveles más elevados de estigmatización y discriminación. Los hombres y las mujeres que viven con el VIH son víctimas de la violencia verbal (véase el gráfico VII) y la violencia física (véase el gráfico VIII), sufriendo más las mujeres. Según las encuestas nacionales, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de sufrir insultos verbales o agresiones físicas, perder el empleo y sentir vergüenza. La esterilización involuntaria de las mujeres que viven con el VIH ha sido denunciada en varios países.

Gráfico VII
Porcentaje de hombres y mujeres que viven con el VIH víctimas de violencia verbal en los países con datos desglosados por sexo disponibles



Fuente: ONUSIDA.

Gráfico VIII
Porcentaje de hombres y mujeres que viven con el VIH víctimas de violencia física en los países con datos desglosados por sexo disponibles



Fuente: ONUSIDA.

64. El Programa de acción quinquenal aboga por un marco normativo que proteja de las conculcaciones de los derechos humanos y propicie la responsabilidad de proteger a la población. Un número demasiado reducido de países ha puesto en práctica marcos normativos en relación con el VIH que apoyan un enfoque de derechos humanos. En 2012, 4 de cada 10 países afirmaron carecer de disposiciones jurídicas concretas para prevenir o afrontar la discriminación a causa del VIH. La

proporción de países con servicios jurídicos relacionados con el VIH pasó del 45% en 2008 al 55% en 2012, pero muchos países no han adoptado medidas para hacer cumplir esos derechos.

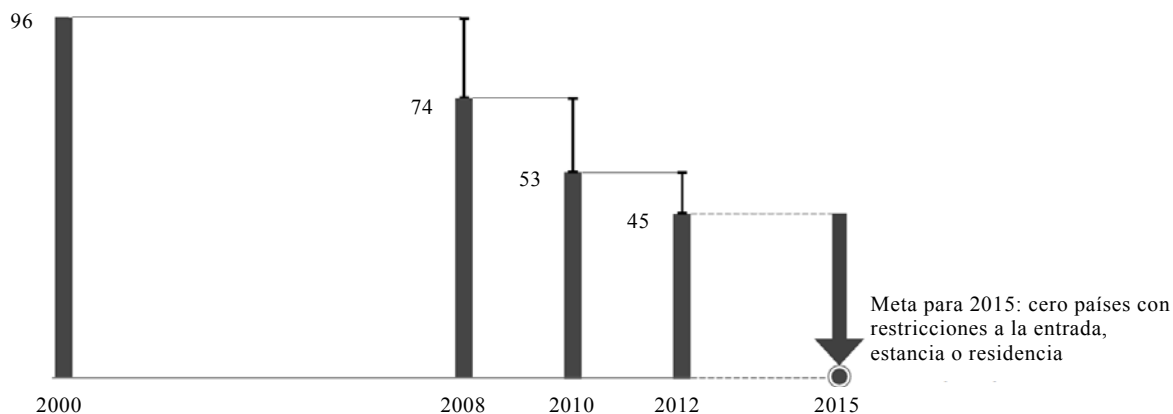
65. Al menos el 60% de los países dieron cuenta de leyes, reglamentos y políticas que presentaban obstáculos a unos servicios eficaces de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Además, el 43% de los países con refugiados no disponen de legislación que proteja los derechos de los solicitantes de asilo que viven con el VIH. Unos 60 países han promulgado leyes que tipifican específicamente como delito la transmisión del VIH, más del 40% de los países han tipificado como delito las relaciones homosexuales y la mayor parte de los países cuentan con leyes que estiman ilegal algún aspecto del trabajo sexual. Según un examen internacional, los enfoques punitivos en el consumo de drogas, entre otros la criminalización de las personas que son drogadictas, el mantenimiento de centros de detención obligatorios para los consumidores de drogas o prohibiciones de componentes programáticos de la reducción de los daños, son generalizados y socavan el acceso a los servicios relacionados con el VIH.

66. La Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley ha recomendado a los países que prohíban explícitamente la discriminación relacionada con el VIH; eviten la tipificación de la exposición al VIH, la omisión de su declaración o su transmisión; promulguen legislación que proteja específicamente a las mujeres y las niñas; utilicen medidas jurídicas para garantizar el acceso al tratamiento; y eliminen las leyes y políticas punitivas o discriminatorias en relación con los principales sectores de la población y los grupos vulnerables. Todos los asociados deben redoblar los esfuerzos para garantizar el cumplimiento de esas recomendaciones, que son decisivas para gestionar, controlar y eliminar la propagación del VIH.

I. Eliminar las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia relacionadas con el VIH

67. Se observa una clara tendencia internacional en contra de las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia relacionadas con el VIH, habiendo rechazado esas medidas discriminatorias la abrumadora mayoría de los países y territorios (véase el gráfico IX). De 2000 a 2012, el número de países, territorios y zonas con restricciones de viaje relacionadas con el VIH se redujo más de la mitad, pasando de 96 a 45. Desde 2010, nueve países (Armenia, China, los Estados Unidos, Fiji, Mongolia, Namibia, la República de Corea, la República de Moldova y Ucrania) han derogado sus restricciones nacionales.

Gráfico IX
Número de países con restricciones a la entrada, estancia y residencia para las personas que viven con el VIH, 2000-2012 y meta para 2015



Fuente: ONUSIDA.

68. Las restricciones a la entrada, estancia y residencia no se pueden justificar con consideraciones de salud pública, pese a lo cual esas medidas siguen estando vigentes e imponiendo pesadas cargas a las personas que viven con el VIH y sus familias. Cinco países mantienen una prohibición general a la entrada de personas que viven con el VIH. Otros cinco países exigen a las personas que soliciten una estancia por períodos breves (entre 10 y 90 días) que justifiquen que no son seropositivas. Veinte países autorizan la deportación de las personas seropositivas.

69. Además del daño directo causado a las personas que viven con el VIH, existe asimismo un creciente reconocimiento de los costos económicos de las restricciones de viaje en una época en que las empresas necesitan tener la capacidad para enviar a sus recursos humanos, al igual que el capital y los productos básicos, allí donde más se necesiten. En 2012, unos 40 directores generales de empresa, en representación de casi 2 millones de empleados en todo el mundo, pidieron la supresión de todas las restricciones a la entrada, la estancia y la residencia relacionadas con el VIH.

J. Eliminar los sistemas paralelos de los servicios relacionados con el VIH a fin de reforzar la integración de la respuesta al SIDA

70. En la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, se hizo un llamamiento en favor de iniciativas concertadas para vincular más estrechamente la respuesta al SIDA con la agenda más general del desarrollo y los derechos humanos. El hincapié que se hace en la respuesta integrada reconoce las numerosas maneras en que la contención y reducción de la epidemia depende de los progresos que se realicen en el conjunto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el programa general de desarrollo, además de las maneras en que los progresos sobre el SIDA favorezcan los avances en otras metas sanitarias mundiales. Un enfoque que vincule integralmente el VIH y otras iniciativas de salud y desarrollo también apoya la sostenibilidad, de conformidad con el Programa de acción quinquenal.

71. El mundo tiene mucho que aprender de la respuesta al SIDA. Los notables resultados logrados hasta la fecha demuestran el poder de una respuesta centrada en las personas. La respuesta al SIDA ha sido pionera en los enfoques innovadores en materia de gobernanza sanitaria mundial mediante los principios de inclusión, rendición de cuentas, responsabilidad compartida y solidaridad mundial. Tomando como base ese avance con objeto de sentar sólidas bases para el fin definitivo del SIDA, es posible demostrar al mundo lo que se puede lograr mediante el empoderamiento y la movilización de las comunidades y un empeño internacional unificado. El éxito será fuente de inspiración para una renovada determinación de atajar otros difíciles problemas de salud y desarrollo.

72. La respuesta al SIDA está contribuyendo a reforzar los sistemas sanitarios nacionales. Un amplio examen de los datos sanitarios en los países que reciben asistencia del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA ha revelado que la programación del SIDA aumenta la esperanza de vida y reduce la incidencia de la tuberculosis y la mortalidad conexas, además de fomentar la estructura sanitaria nacional. Numerosos países han adoptado medidas para integrar la prestación de servicios sobre el VIH y la tuberculosis, mientras que los servicios para prevenir el VIH en los niños han sido integrados en los servicios de salud materna e infantil en todos los países con gran incidencia de casos. La experiencia adquirida en la respuesta al SIDA está sirviendo ahora de base al tratamiento clínico de la diabetes en Etiopía, mientras que Sudáfrica ha puesto en marcha una campaña integrada de detección centrada en el VIH, la tensión alta y la diabetes. El Instituto George W. Bush, el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, Susan G. Komen for the Cure y el ONUSIDA han puesto conjuntamente en marcha una nueva iniciativa para ampliar la detección y el tratamiento del VIH, y del cáncer de mama y de cuello uterino para las mujeres en el África Subsahariana y América Latina.

73. Las intervenciones centradas en el VIH se están integrando en sistemas más amplios de protección social. Según un estudio reciente del Banco Mundial, algunos tipos de inversión en protección social que abordan las vulnerabilidades económicas y sociales de los más necesitados están llegando efectivamente a las familias con huérfanos y los niños vulnerables y con elevadas tasas de dependencia.

74. El VIH también ha sido ampliamente integrado en las operaciones humanitarias. En 2012, un grupo multidisciplinar de expertos publicó orientaciones para la investigación y la práctica con respecto a la armonización de los servicios de prevención del VIH y la violencia de género en las situaciones de conflicto y posteriores a este.

75. Son precisas iniciativas concertadas para aprovechar las posibilidades adicionales de integración. Los servicios relacionados con el VIH deben estar integrados de manera más general en los servicios de salud sexual y reproductiva. El contexto del VIH debe tenerse en cuenta en las políticas y los programas para prevenir la violencia por razón de género. Los servicios clínicos específicos del VIH también deben vincularse con las iniciativas encaminadas a tratar las enfermedades no transmisibles, dado que estas enfermedades están aumentando en los países de bajos y medianos ingresos. La respuesta al SIDA puede servir de base para el movimiento internacional en favor de la cobertura sanitaria universal y beneficiarse de él.

IV. Centrarse en la rendición de cuentas por la obtención de resultados: acelerar los progresos hacia las metas de 2015

76. Ahora que la fecha límite de las metas mundiales para 2015 se está aproximando rápidamente, todas las partes interesadas deben hacer un renovado hincapié en la rendición de cuentas por la obtención de resultados. Para acelerar los progresos y aumentar la responsabilidad y la transparencia, los informes del ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA serán publicados cada año, en lugar de cada dos años, a partir de 2013. La presentación anual de informes permitirá una evaluación más oportuna de los progresos y las deficiencias, subrayando la urgencia de adoptar medidas inmediatas para lograr resultados.

77. Los dirigentes y las comunidades de todo el mundo han asumido su propia responsabilidad en las iniciativas de respuesta. Citando las metas de 2015 en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, los ministros de salud de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental se reunieron en 2012 para contraer el compromiso de adoptar medidas selectivas y especializadas en toda la región a fin de reducir el VIH entre las mujeres y las niñas.

78. La hoja de ruta de la Unión Africana sobre responsabilidad compartida y solidaridad mundial para la respuesta al SIDA, la tuberculosis y la malaria en África refleja el compromiso y la determinación de los dirigentes africanos para realizar inversiones estratégicas en una respuesta sostenible que aporte resultados. Tiene tres pilares básicos: modelos de financiación más diversificados, equilibrados y sostenibles; acceso a los medicamentos, entre otras cosas mediante la producción local y la armonización reglamentaria; y el liderazgo, la gobernanza y la supervisión de la sostenibilidad.

79. Para alcanzar las metas de 2015, los avances de la investigación de los últimos años deberán plasmarse en programas eficaces. Es fundamental evitar el desfase histórico entre la aparición de nuevos instrumentos sanitarios y su introducción efectiva en entornos de recursos limitados. Con la rápida evolución de la base de conocimientos sobre el VIH, los planificadores y ejecutores de los programas deberán mantenerse al tanto de los adelantos de la investigación y adaptar sus planteamientos a medida que se disponga de nuevos conocimientos. La información estratégica debe utilizarse con mayor eficacia para centrar los programas en las esferas en que son más necesarios. Un mayor compromiso con un oportuno seguimiento de los programas también es decisivo para que los programas puedan basarse en los éxitos y superar los obstáculos que surjan.

80. Son fundamentales un compromiso y una solidaridad renovados para poder alcanzar las metas de 2015. Los logros de los últimos años deberían servir de inspiración para que este proceso se prolongue hasta su final y no sea una excusa para disminuir el compromiso mundial con una de las más graves amenazas sanitarias para la humanidad. El SIDA no está superado. De hecho, la epidemia sigue expandiéndose en muchas partes del mundo. En cuanto Objetivo de Desarrollo del Milenio no concluido, la respuesta al SIDA debe ocupar un lugar prominente en el programa de desarrollo posterior a 2015. A tal fin, el ONUSIDA y *The Lancet* han establecido una nueva comisión, “Del SIDA a la salud sostenible”.

V. Conclusiones y recomendaciones

81. Para aprovechar la oportunidad histórica de sentar las bases para una generación libre del SIDA, las siguientes recomendaciones requieren un cumplimiento inmediato:

a) **Se deben adoptar inmediatamente medidas específicas para colmar el déficit de recursos del SIDA.** Los países de bajos y medianos ingresos, los donantes internacionales, los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros asociados deberían unir sus fuerzas en un empeño común para movilizar fondos por un valor mínimo de 22.000 millones a 24.000 millones de dólares anuales para las actividades relacionadas con el VIH. Emulando las medidas adoptadas por China, Sudáfrica y otros países que han aumentado la inversión nacional, todos los países de medianos y bajos ingresos deberían reevaluar las prioridades del gasto nacional. Los donantes internacionales deberían sustentar y aumentar su inversión en los programas relacionados con el VIH, haciendo especiales esfuerzos al respecto los países de altos ingresos cuyas contribuciones no se correspondan con su porcentaje en la economía mundial. Es preciso prestar urgente atención a una sólida reposición del Fondo Mundial, que seguirá siendo una fuente de financiación determinante para la respuesta al SIDA en los años futuros;

b) **La asignación de los escasos recursos del SIDA debe ser más estratégica.** Con la asistencia de los asociados técnicos, todos los países deben evaluar y revisar sus prioridades de inversión para maximizar los efectos y promover una respuesta sostenible. Los recursos concentrados deben acelerar la expansión de las actividades programáticas. Esas actividades deben ser complementadas con una inversión estratégica en políticas y programas decisivos que permitan generar una demanda y minimizar los incentivos de los servicios, así como con sinérgicas intervenciones de desarrollo que reduzcan la vulnerabilidad y mitiguen la repercusión socioeconómica del SIDA en las familias vulnerables (por ejemplo, educación y protección en sociedad);

c) **Con el apoyo de los asociados técnicos, todos los países deben llevar a cabo actividades estratégicas para determinar y captar sinergias dentro de sus sistemas de protección social.** Los servicios del VIH y la tuberculosis deben estar plenamente integrados; los servicios destinados a eliminar la transmisión de la madre al niño deben estar más integrados en la prestación de servicios antes del parto; los servicios deberían estar estrechamente vinculados con los servicios de salud sexual y reproductiva; y el VIH debe estar integrado en la prestación de servicios de tratamiento, atención y apoyo de las enfermedades no transmisibles, sirviendo también de base para dicha prestación. Todos los países deben aspirar a una cobertura sanitaria, garantizando la satisfacción de las necesidades de las personas que viven con el VIH. Es preciso intensificar las iniciativas encaminadas a expandir las transferencias de efectivo y otros programas de protección social, en particular para niños huérfanos y vulnerables a causa del VIH, ya que sin la socialización, educación y cuidado de los padres, los niños pueden quedar desprotegidos y correr mayor riesgo de exposición al VIH;

d) **Todos los interesados deben colaborar para eliminar las desigualdades del acceso a los servicios relacionados con el VIH.** Se necesitan recursos concentrados para atender las necesidades de las mujeres en relación con el VIH adicionales a los programas actuales y para eliminar las nuevas infecciones

entre los niños. También son urgentes medidas para prestar a los hombres servicios de detección, asesoramiento, tratamiento y atención. Como componente de la reevaluación estratégica de la inversión relacionada con el VIH, los países deben aumentar los recursos disponibles para programas de base empírica y basados en los derechos a fin de atender las necesidades de los hombres que tienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los profesionales del sexo y sus clientes y demás grupos vulnerables de la población, incluidas sus parejas. Los países deben examinar sus marcos jurídicos y normativos para suprimir las leyes punitivas y otras medidas que impiden los servicios esenciales y establecer medidas concretas para prohibir la discriminación y garantizar el acceso a los servicios jurídicos para grupos clave de la población y las personas que viven con el VIH;

e) **Son necesarios nuevos enfoques centrados en las personas en lo que respecta a la forja y la movilización del liderazgo. El liderazgo regional emergente sobre el SIDA debe ser apoyado y alentado, haciendo especial hincapié en las iniciativas regionales para promover una mayor rendición de cuentas en la respuesta.** Las economías emergentes deben dar un paso adelante para contribuir a liderar la respuesta mundial. Se debería hacer uso de los nuevos poderosos instrumentos de comunicación y movilización, como las redes sociales, para transmitir el mensaje a las generaciones actuales y futuras de jóvenes;

f) **El programa internacional de desarrollo posterior a 2015 debería propugnar la ausencia de nuevas infecciones por el VIH, la ausencia de discriminación y la ausencia de defunciones relacionadas con el SIDA.** El SIDA seguirá siendo un gran reto mundial mucho después de 2015. El programa internacional de desarrollo posterior a 2015 debería reflejar claramente la función de una eficaz respuesta al SIDA como pilar esencial de las futuras iniciativas en materia de salud y desarrollo.
