



Asamblea General

Distr. general
6 de abril de 2015
Español
Original: inglés

Sexagésimo noveno período de sesiones

Tema 10 del programa

Aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA y las Declaraciones Políticas sobre el VIH/SIDA

El futuro de la respuesta al SIDA: aprovechar los logros del pasado y acelerar los avances para poner fin a la epidemia del SIDA para 2030

Informe del Secretario General

Resumen

La respuesta mundial al SIDA ha logrado resultados extraordinarios desde el año 2000, y se ha conseguido frenar y empezar a invertir el curso de esta epidemia. En 2015 siguió disminuyendo el número de nuevas infecciones y muertes relacionadas con el SIDA a nivel mundial, mientras que las conductas de riesgo se han reducido en muchos entornos. A través de la promoción de medicamentos más asequibles y de la mayor difusión de programas de tratamiento, ha mejorado de forma radical el acceso a la terapia antirretroviral de supervivencia y las tasas de transmisión manternoinfantil continúan disminuyendo, con lo que se ha reducido el número de niños que contraen el VIH.

Estos importantes avances, reforzados por adelantos históricos en el ámbito científico y por un compromiso, un liderazgo y una movilización extraordinarios (especialmente por parte de la sociedad civil y las personas que viven con el VIH), junto con una inversión conjunta sin precedentes en el ámbito local, han logrado salvar millones de vidas y han permitido que la comunidad internacional pueda afirmar sin titubeos que es posible poner punto final a la epidemia del SIDA como amenaza para la salud pública en los próximos 15 años.

Las deficiencias en cuanto a cobertura, financiación y resultados en la respuesta frente al SIDA hacen que queden atrás a demasiadas personas que viven con el VIH o que corren mayor riesgo de contraerlo. Las desigualdades sociales y económicas y la violencia por razón de género siguen aumentando el riesgo de que mujeres y niñas contraigan la infección, y los adolescentes, los jóvenes y los niños no están



recibiendo en absoluto la atención que merecen en la lucha contra la epidemia. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, los presos, los trabajadores migratorios, las personas con discapacidad, las personas mayores de 50 años y las mujeres embarazadas también están quedando a la zaga en muchas partes del mundo. Del mismo modo, en muchos países están aún muy extendidos el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH o que corren mayor riesgo de contraerlo. Estos problemas, unidos a la falta de recursos, unas infraestructuras sanitarias insuficientes y la existencia de leyes punitivas, están dificultando en determinados lugares el acceso de sectores clave de la población a los servicios en materia de VIH, la protección social y la asistencia jurídica indispensables, así como al empleo y a la educación.

Se precisan mayores esfuerzos para aprovechar los admirables resultados obtenidos en el pasado y asegurar la consecución del objetivo mundial de acabar con el SIDA como amenaza para la salud pública para el año 2030. Las proyecciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) indican que los próximos cinco años ofrecen una oportunidad única de acabar con el SIDA para 2030 acelerando la adopción de medidas y la inversión. Aprovechando esa oportunidad, el ONUSIDA está ayudando a los países a elaborar y aplicar ambiciosas metas “por vía rápida” para 2020. Estas comprenden la ampliación de las pruebas de detección del VIH, de modo que el 90% de la población conozca su estado serológico para 2020 y el establecimiento de un objetivo en materia de tratamiento que eleve al máximo la proporción de personas con el VIH que logran la supresión viral, junto con otras metas sobre prevención y no discriminación. Para alcanzar estas metas harán falta, no solo nuevos recursos e inversiones estratégicas, sustentados por los principios de solidaridad mundial y responsabilidad compartida, sino también un enfoque inclusivo y centrado en las personas para poder llegar a los que hoy se están quedando a la zaga.

Poner fin al SIDA como amenaza para la salud pública para 2030 exigirá medidas que exceden con mucho la esfera de la salud, a fin de integrar la lucha contra el SIDA en todos los objetivos generales de desarrollo sostenible después de 2015. La respuesta al SIDA en los últimos 30 años ha puesto de manifiesto los posibles efectos de las inversiones realizadas en la agenda general para el desarrollo: mejor integración y fortalecimiento de los servicios sanitarios, y promoción del empoderamiento de las mujeres y las niñas. Después de 2015, las lecciones derivadas de la lucha contra el SIDA y los recursos disponibles deberán aprovecharse, no solo para eliminar el SIDA como amenaza contra la salud pública, sino para reforzar y mejorar la salud mundial y las iniciativas globales en materia de desarrollo.

I. Introducción

1. El año 2015 es el año fijado para el cumplimiento de una serie de compromisos mundiales que, durante los últimos 15 años, han catalizado la acción mundial concertada en múltiples sectores contra el VIH y el SIDA.
2. El primer compromiso mundial explícito surgió con la concepción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000, cuando la lucha contra la epidemia del VIH pasó a ocupar un lugar importante en la agenda de desarrollo mundial como sexto Objetivo, que exhortaba a la acción mundial coordinada para detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
3. En 2001 y 2006, la Asamblea General reforzó este compromiso a través de las Declaraciones de Compromiso en la Lucha contra el VIH y el SIDA. Estas declaraciones establecieron un marco general para los avances hacia la consecución del sexto Objetivo, abordando al mismo tiempo la urgente necesidad de lograr el acceso universal a los servicios de tratamiento, atención y apoyo para personas que viven con el VIH.
4. El 10 de junio de 2011, la Asamblea General aprobó la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: Intensificación de Nuestro Esfuerzo para Eliminar el VIH y el SIDA (resolución 65/227 de la Asamblea, anexo) que, partiendo de los compromisos adquiridos anteriormente en la Declaración de 2001 y en la declaración política de 2006, destacaba diez metas y compromisos prioritarios para garantizar el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2015. Las Naciones Unidas han informado anualmente en relación con estas metas desde 2012, haciendo un seguimiento de los avances en la aplicación de los compromisos contenidos en la declaración política, señalando problemas y limitaciones y recomendando medidas para acelerar la consecución de tales metas.
5. El año 2015 es el año fijado para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la mayor parte de las metas establecidas en la Declaración Política de 2011. En el presente informe se analizan los avances realizados en relación con la Declaración Política de 2011, y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y se hace hincapié en las iniciativas necesarias a escala mundial para poner fin a la epidemia del SIDA como amenaza contra la salud pública para 2030.

II. Epidemia mundial del SIDA: situación actual

6. Siguen realizándose grandes avances a escala mundial en la lucha contra el SIDA. Entre 2001 y 2013, las nuevas infecciones se redujeron en un 38% (a 2,1 millones) y entre 2005 (el año en que se registró el mayor número de nuevas infecciones) y 2013, las muertes relacionadas con el SIDA disminuyeron en un 35% [1].
7. Ha mejorado el acceso a la terapia antirretroviral, que en junio de 2014 recibían ya 13,6 millones de personas [2]. De éstas, 12,1 millones procedían de países de ingresos bajos y medianos [3]. En el África Subsahariana, en torno al 86% (entre el 63% y el 99%) de las personas que viven con el VIH y que conocen su estado reciben esa terapia, mientras que alrededor del 76% (entre el 53% y el 89%) de los que siguen el tratamiento han logrado la supresión viral [1]. Tras ampliar la cobertura de la terapia a las mujeres embarazadas que viven con el VIH, se ha

logrado una reducción total del 58% de las nuevas infecciones infantiles entre 2002 (año en que se registró el número más alto) y 2013 [1].

8. A pesar de estos avances, continúan saliendo a la luz carencias preocupantes en la lucha contra el SIDA. Si bien, en términos generales, el número de nuevas infecciones por el VIH está disminuyendo, en algunas regiones y países las nuevas infecciones van en aumento, dándose los mayores incrementos en el Oriente Medio, el Norte de África y algunos países de Europa Oriental. De igual modo, mientras que las tasas de infección por el VIH pueden parecer estables en algunos países, si se analizan a escala nacional se comprueba que están aumentando en determinadas zonas dentro de esos países.

9. El VIH también está afectando de forma desproporcionada a determinados grupos en muchos países. En ciertas regiones, las mujeres y las adolescentes sobrellevan una carga excesiva por lo que respecta al riesgo de transmisión, la prestación de cuidados a las personas que viven con el VIH, la violencia ejercida contra ellas como consecuencia de su estado serológico y la falta de acceso a los servicios vitales de prevención, tratamiento y atención. En el África Subsahariana las mujeres representan el 57% de los adultos (mayores de 15 años) que viven con el VIH, y adquieren el virus entre 5 y 7 años antes que los hombres [1].

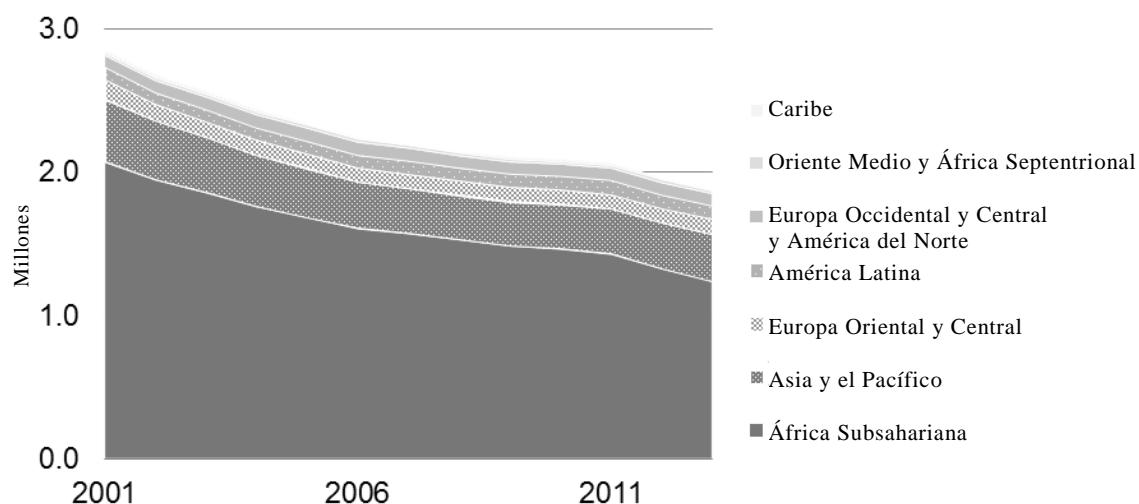
10. Los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas, los trabajadores migratorios, los jóvenes y adolescentes, los presos, las personas desplazadas, las personas con discapacidad, los niños y las embarazadas y las personas mayores de 50 años están ahora más expuestas a contraer el VIH. La respuesta contra el SIDA está dejando especialmente atrás a jóvenes y adolescentes. En 2013, los jóvenes entre 15 y 24 años representaron el 31% del total mundial de nuevas infecciones por el VIH, y el 57% de ese grupo estaba integrado por niñas adolescentes y mujeres jóvenes [1]. Asimismo, persisten las carencias en la cobertura del tratamiento y sigue habiendo un bajo índice de observancia de este y de retención de los pacientes. A pesar de los avances logrados, menos del 50% de las personas que viven con el VIH reciben terapia antirretroviral [1].

II. Valoración de los progresos realizados hacia las metas y objetivos fijados para 2015

A. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015

Gráfico I

Nuevas infecciones por el VIH entre los mayores de 15 años, por regiones



Fuente: ONUSIDA, estimaciones para 2013.

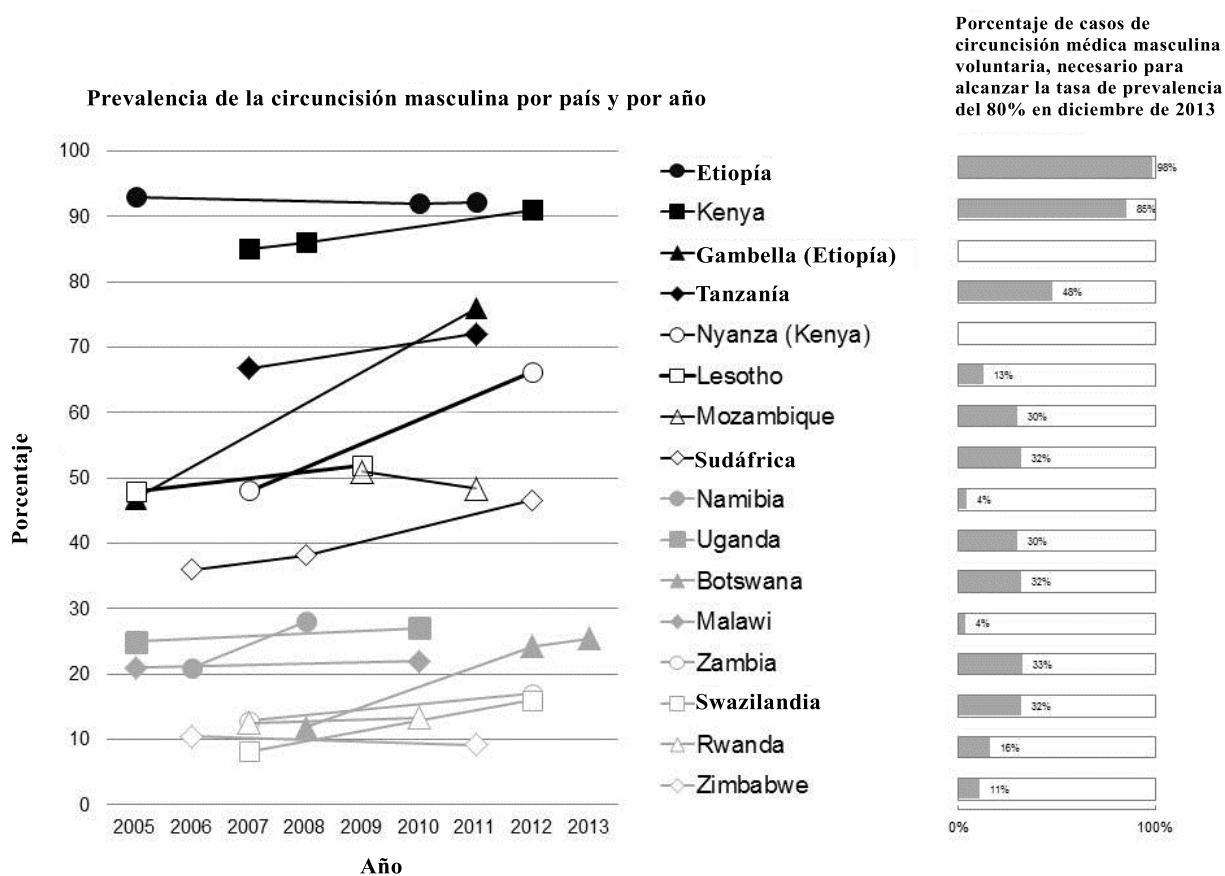
11. El número de adultos que empieza a vivir con el virus sigue disminuyendo en la mayor parte del planeta. Al finalizar 2013, el número de nuevas infecciones en todo el mundo era de 2,1 millones (entre 1,9 y 2,4 millones), un 38% menos que en 2001 [1].

12. Gracias a que ha aumentado la realización voluntaria de las pruebas para detectar el VIH, son más los portadores del virus que están al corriente de su situación (el 48% en 2013), especialmente en los países donde la infección por el VIH está más extendida [1]. Los que conocen su situación tienen cada vez mayor acceso al tratamiento, y la terapia antirretroviral está demostrando ser una herramienta poderosa para reducir las tasas de transmisión por vía sexual. El tratamiento preventivo y la profilaxis anterior a la exposición son métodos de terapia antirretroviral de probada eficacia, que han dado lugar a reducciones estimadas en las tasas de adquisición y transmisión del VIH de hasta el 96% [4] y el 86% [5], respectivamente.

13. El mayor suministro de preservativos tanto masculinos como femeninos también ha dado resultados muy positivos en lo que respecta a la transmisión por vía sexual, aunque aún hay mucho margen de mejora. Los informes sobre los avances en la lucha contra el SIDA presentados por los países en 2014 han revelado incrementos alentadores en las tasas de utilización de preservativos entre hombres, y también entre mujeres, en el Congo, Malawi, Mozambique y la República Unida de Tanzania. Sin embargo, en Sudáfrica, donde investigaciones anteriores vincularon la menor incidencia del VIH en el país al aumento del uso de preservativos [6], la última encuesta nacional indica que dicho uso ha disminuido de forma preocupante.

14. En los dos últimos años se han producido avances importantes en la promoción de la circuncisión masculina médica voluntaria, intervención que, por sí sola, se estima que podría evitar entre una y cinco nuevas infecciones en los países prioritarios (véase el gráfico II) [2]. Aproximadamente un millón de hombres fueron circuncidados en 2013 y casi seis millones se habían sometido a la circuncisión masculina médica voluntaria en 14 países prioritarios al final de 2013 [2]. Aunque se han intensificado las iniciativas en todos los países prioritarios, el grado y el ritmo de los avances realizados varían mucho de un país a otro. Los mayores avances hacia el objetivo del 80% de circuncisión masculina se han producido en Etiopía y Kenya, donde la acción se ha centrado en provincias concretas. Sin embargo, los avances están desacelerándose en otros países prioritarios. Por ejemplo, en Malawi y Namibia los logros en relación con los objetivos fijados son inferiores al 5%.

Gráfico II
Prevalencia de la circuncisión masculina en 14 países prioritarios, 2005-2013, y proporción del objetivo de cobertura del 80% alcanzado en 2013



Fuente: Análisis ONUSIDA, basado en los informes sobre los avances en la lucha contra el SIDA y las encuestas nacionales de 2014.

Nota: No se dispone de datos de Sudán del Sur ni de la República Centroafricana.

15. A pesar de los avances generales en la reducción de la transmisión del VIH por vía sexual, no todos los países y regiones reflejan ese progreso, y es más que probable que no se alcance el objetivo de reducir en un 50% la transmisión por esta vía. En Asia Central y en Europa Oriental, las nuevas infecciones aumentaron en un 5% entre 2005 y 2013, y en el Oriente Medio y en África Septentrional las nuevas infecciones entre los adultos aumentaron en un 31% [2].

16. Las tasas de infección entre los grupos clave de población son elevadas en casi todo el mundo. En efecto, alrededor del 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH entre adultos en todo el mundo pueden producirse entre personas pertenecientes a estos grupos y sus parejas [7]. Debido a los obstáculos sociales y estructurales que impiden el acceso a los servicios de prevención, realización de pruebas, tratamiento y atención, las mujeres padecen tasas de transmisión del VIH superiores a los hombres en muchos países. Además, los regímenes jurídicos adversos están contribuyendo a alienar a determinados grupos, pues dificultan el acceso a los servicios relacionados con el VIH y menoscaban los derechos sexuales y de salud reproductiva, por lo que incrementan la transmisión entre grupos claves de la población.

17. Es urgente acelerar la disponibilidad y el acceso a programas de prevención del VIH (incluidas las respuestas de índole biológica, conductual, estructural y social) orientados a grupos clave de la población, que ahora están siendo relegados en la lucha contra el SIDA, y redirigir los esfuerzos hacia zonas clave en las que los avances son lentos. Los resultados de las evaluaciones relativas a los programas de protección social indican que las transferencias de efectivo ayudan a prevenir el VIH, al reducir los comportamientos sexuales de riesgo, en particular entre mujeres y niñas [8]. En Malawi, por ejemplo, se comprobó que un plan de transferencias de 10 dólares de los Estados Unidos al mes a favor de las chicas solteras y mujeres jóvenes (entre 13 y 22 años) había reducido en un 60% el riesgo de contraer el VIH [9]. También es necesario promover los enfoques tradicionales de modificación de las conductas, como la educación entre pares en el seno de la comunidad, que debe reforzarse con mensajes emitidos por los medios de comunicación, una educación sexual integral y la aplicación de medidas preventivas, incluido el suministro de preservativos.

B. Reducir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables en un 50% para 2015

18. Se estima que en el mundo existen unos 12,7 millones de personas que se inyectan drogas, y es un hecho que esta clase de consumo se da en casi todos los países [10]. Aproximadamente 1,7 millones, es decir el 13% de la cifra total, viven con el VIH [1]. En 30 países estudiados en 2013, la prevalencia del VIH entre quienes consumen drogas por vía intravenosa es mayor entre las mujeres que entre los hombres: 13% frente al 9% [11].

19. La prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas es hoy 28 veces superior [1] que entre el resto de la población adulta, lo que las convierte en un grupo de alto riesgo para el cual es muy necesario adoptar medidas específicas y coordinadas que aceleren los progresos.

20. La disminución de las nuevas infecciones entre las personas que se inyectan drogas es, en el mejor de los casos, discreta, con una reducción general del 10%

entre 2010 y 2013 [1]. Tailandia, Ucrania y Viet Nam han notificado el descenso más pronunciado en esos años de las nuevas infecciones por VIH entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa, mientras que en algunos países de Asia y el Pacífico, Asia Central y Europa Oriental se ha pasado de un avance lento pero positivo a una aparente prevalencia del VIH dentro de este grupo: entre el 18% y el 31% [1].

21. A pesar de la probada eficacia, desde el punto de vista científico, de los programas de reducción de daños, incluidos los programas de distribución de agujas y jeringuillas y la terapia sustitutiva de opiáceos, para prevenir la infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas, en muchos países sigue siendo difícil conseguir el compromiso necesario y obtener fondos suficientes (en especial de procedencia nacional). Ochenta entre 192 países han comunicado que ofrecen la terapia sustitutiva de opiáceos, aunque solo el 33% dice proporcionar una alta cobertura [12]. Esto significa que únicamente 26 países de todo el mundo facilitan esta terapia en la medida necesaria para causar un impacto en la transmisión del VIH entre las personas que consumen drogas inyectables [13].

22. En términos generales, la cobertura de agujas y jeringuillas estériles no llega al 20% en todas las regiones, y el promedio mundial es de dos agujas y jeringuillas limpias distribuidas a cada consumidor. Las necesidades actuales ascienden a 100 veces esa cifra, es decir, a 200 agujas limpias anuales por persona consumidora de drogas inyectables [14].

23. Debido a la penalización de la posesión de drogas en la mayoría de los países del mundo, las políticas de lucha contra las drogas se inscriben invariablemente en el ámbito del orden público, más que en el de la salud. Esto actúa a menudo como factor disuasorio para los consumidores de drogas inyectables e incluso puede llegar a impedirles el acceso a los servicios sanitarios de prevención, realización de pruebas, tratamiento y atención relacionados con el VIH, y privarles de sus correspondientes derechos sexuales y de salud reproductiva. Según un análisis realizado por el Banco Mundial, solo 1 de cada 10 personas que viven con el VIH y consumen drogas inyectables recibe terapia antirretroviral [1]. También se ha comprobado que la penalización de estas conductas ha dado pie al abuso contra los derechos humanos en muchos países. En Camboya, China, Malasia y Viet Nam, muchos consumidores de drogas reciben tratamiento forzoso en las cárceles o en los centros de detención habilitados para ellos. A su vez, el confinamiento incrementa aún más el riesgo de transmisión del VIH. En algunos entornos, la prevalencia del VIH entre los presos puede ser 50 veces superior al de la población en general [14], y los internos, con escaso o nulo acceso a preservativos, agujas y jeringuillas estériles o terapia sustitutiva de opiáceos, a menudo tienen relaciones sexuales sin protección o se inyectan sin tomar las mínimas precauciones. El temor a la acción policial también hace que los consumidores de drogas eviten recurrir a medidas de prevención de riesgos que podrían levantar sospechas o revelar sus actividades.

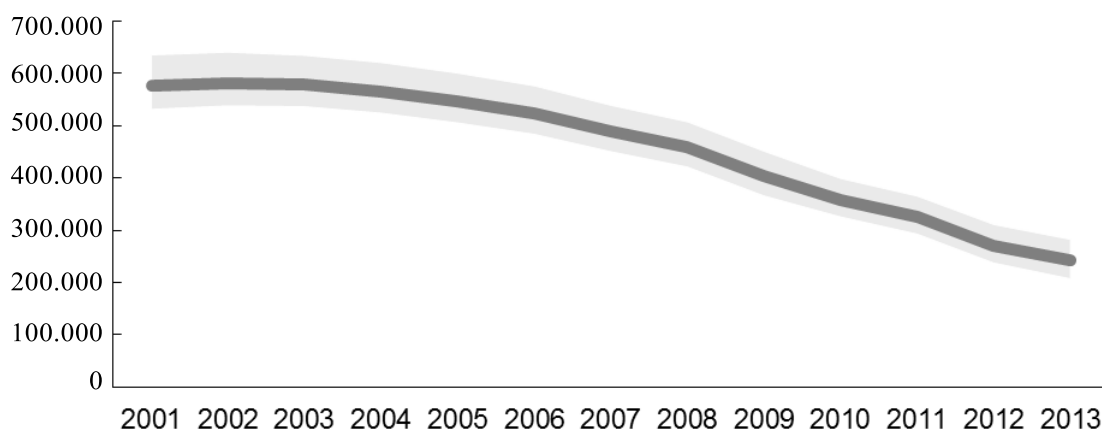
24. Todos estos factores son la causa de que, en 2015, siga siendo lento el avance hacia la meta de reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Es urgente subsanar, en las comunidades y en los centros penitenciarios, la falta de unos servicios accesibles, receptivos y de alta calidad para reducir los daños que amenazan a las personas que se inyectan drogas. Esto requiere un mayor compromiso en materia de inversión, y también la participación de los propios consumidores en la concepción y prestación de servicios para reducir los

daños, a fin de garantizar que respondan a las necesidades de esas personas. El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, que se celebrará en 2016, brindará una oportunidad decisiva para alcanzar el consenso acerca de las políticas que mejor respondan a las necesidades de las personas que consumen drogas por vía intravenosa. Es también urgente ampliar considerablemente los programas de distribución de agujas y jeringuillas, la terapia sustitutiva de opiáceos y otros tratamientos científicamente comprobados contra la dependencia, así como las pruebas, el asesoramiento y la terapia antirretroviral para las personas que se inyectan drogas. Dentro de este grupo, se recomienda prestar especial atención a las mujeres, con objeto de hacer frente a factores de vulnerabilidad como el estigma, el abuso y la violencia (por ejemplo, la ejercida por la propia pareja).

C. Acabar con las infecciones por el VIH entre los niños y reducir las muertes maternas

Gráfico III

Nueva tendencia de las infecciones infantiles, 2001-2013



Fuente: ONUSIDA, estimaciones para 2013.

25. Se han realizado avances importantes para alcanzar la meta de poner fin a las nuevas infecciones por el VIH entre los niños y reducir las muertes maternas relacionadas con el SIDA, tras la puesta en práctica de las recomendaciones del Plan Mundial para Eliminar las Nuevas Infecciones por VIH en los Niños para el 2015 y para Mantener con Vida a sus Madres (véase el gráfico III) [14]. Entre otras cosas, se han ampliado los servicios generales para: a) prevenir nuevas infecciones por el VIH entre las mujeres en edad reproductiva; b) prevenir los embarazos no deseados entre las mujeres que viven con el VIH; c) prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y d) dar tratamiento, atención y apoyo continuos a las mujeres que viven con el VIH y a sus hijos y familiares.

26. En 2013, el 67% de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH estaba recibiendo terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del virus a sus hijos, y esa proporción se incrementó en un 13% en el primer semestre de 2014 [2]. Como

consecuencia de ello, el número de nuevas infecciones infantiles por el VIH disminuyó un 58% en todo el mundo entre 2002 y 2013 [1]. Se calcula que, gracias a la ampliación de la terapia antirretroviral, se evitaron más de 900.000 nuevas infecciones infantiles entre 2009 y 2013 [1].

27. No obstante, los avances han sido irregulares y siguen existiendo carencias importantes en la prevención primaria del VIH ofrecida a las mujeres, como por ejemplo, unos servicios de planificación familiar insuficientes para las mujeres en edad reproductiva y las que viven con el VIH, especialmente en los países más afectados por esta epidemia. Además, no todas las mujeres embarazadas tienen acceso a la terapia antirretroviral, y en muchos países no a todas ellas se les ofrece la prueba del VIH.

28. Es preciso mejorar la prestación continuada de la terapia antirretroviral a las madres en el período posnatal de lactancia. Según estimaciones del ONUSIDA, más de la mitad de los casos de transmisión del VIH a los lactantes en 2013 se produjo durante el amamantamiento, al que ahora se atribuyen más casos de transmisión maternoinfantil del virus que al embarazo y al parto. La administración de terapia antirretroviral durante el período de lactancia puede reducir el riesgo de transmisión del VIH a los lactantes durante el amamantamiento. Es necesario adaptar rápida y progresivamente las políticas más eficaces, incluida la oferta de una terapia antirretroviral de por vida y el apoyo a las madres para retenerlas como pacientes, a fin de garantizar la lactancia segura de los hijos de madres que viven con el VIH y una vida saludable para estas.

29. Los niños expuestos al VIH o que viven con el virus no están recibiendo los servicios que necesitan. En 2013, solo el 42% de los niños expuestos al VIH recibieron un diagnóstico temprano en los dos meses posteriores al parto, y el número de diagnosticados que recibió los resultados de las pruebas no rebasó la mitad [11]. Los niños que viven con el VIH tampoco reciben tratamiento, ya que el acceso a la terapia antirretroviral pediátrica es mucho más limitado que en el caso de los adultos. Solo el 24% de los niños de todo el mundo que viven con el VIH (762.921 en total) tienen acceso al tratamiento, frente al 38% de los adultos [1]. El diseño de regímenes de terapia antirretroviral sigue planteando algunos problemas, como el de establecer la dosis adecuada o encontrar un buen sabor. Al abordar estos problemas durante su 35ª reunión, celebrada en diciembre de 2014, la Junta Coordinadora del ONUSIDA pidió al Programa Conjunto que colaborase con los socios pertinentes para establecer una plataforma mundial con el fin de coordinar las diversas iniciativas de tratamiento pediátrico y así aumentar al máximo su coherencia y sus efectos.

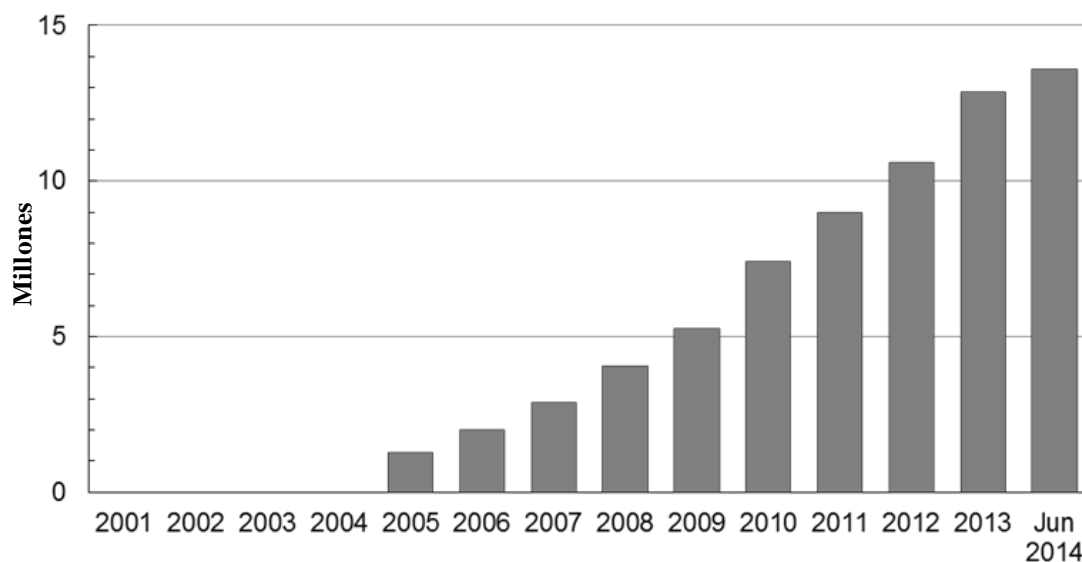
30. Solo se conseguirá reducir el número de casos de nuevas infecciones por el VIH en los niños si se intensifican los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones entre las mujeres en edad de procrear y se subsanan las carencias en materia de planificación familiar entre las mujeres que viven con el virus. La adopción urgente de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 2013, sobre la prevención y el tratamiento de las infecciones por el VIH entre las mujeres embarazadas, las madres y los niños, unida a un aumento drástico de la cobertura para prevenir la transmisión maternoinfantil, ayudaría a reducir considerablemente el riesgo de transmisión del virus a los lactantes, incluso por debajo del 5% [15], a la vez que mejoraría la supervivencia materna. Estas medidas deberían complementarse con un mayor acceso al diagnóstico pediátrico e infantil temprano,

lo que exigirá unos sistemas y unos mecanismos sanitarios más robustos que permitan realizar el seguimiento de madre e hijo y garantizar que ni uno ni otro quedan relegados en la asistencia posnatal.

D. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH reciban tratamiento vital antirretroviral para 2015

Gráfico IV

Personas que han recibido terapia antirretroviral en todos los países, 2005-junio de 2014



Fuente: ONUSIDA, informes sobre los avances en la lucha contra el SIDA, mediados de 2014.

31. Desde 1995, la terapia antirretroviral ha evitado 7,6 millones de muertes en todo el mundo y, gracias a ella, se han ganado aproximadamente 40,2 millones de años de vida desde el comienzo de la epidemia [1]. Tras una labor intensiva para aprovechar las ventajas terapéuticas y preventivas de la terapia antirretroviral, el número de personas que ahora tienen acceso a esta terapia de supervivencia ha aumentado de forma considerable. A finales de junio de 2014, un total de 13,6 millones de personas estaba recibiendo terapia antirretroviral en todo el mundo (véase el gráfico IV), lo que significa que el mundo vuelve a tener a su alcance la meta de 15 millones fijada para finales de 2015. El aumento de la cobertura de la terapia antirretroviral ha sido especialmente notable en las regiones más necesitadas, como el África Subsahariana, donde viven las tres cuartas partes de las personas que en la actualidad reciben tratamiento contra el VIH.

32. Si bien la meta de los 15 millones está al alcance de la mano, los avances no han sido homogéneos en todo el mundo, y persisten algunas lagunas importantes. Un total de 22 millones de personas, es decir, 3 de cada 5 portadores del virus, no tienen acceso a la terapia antirretroviral [3]. A pesar de que las cifras están mejorando, la asistencia prestada a niños y adolescentes es muy insuficiente, ya que 3 de cada 4 niños que viven con el virus no reciben tratamiento alguno.

Determinados sectores clave de la población, como las mujeres, tampoco tienen acceso al tratamiento, o bien no lo observan, debido a las dificultades que plantean el alcance insuficiente de los servicios, la legislación punitiva, la tipificación de ciertas conductas, la desigualdad por razón de género, la pobreza, el miedo, el estigma y la discriminación.

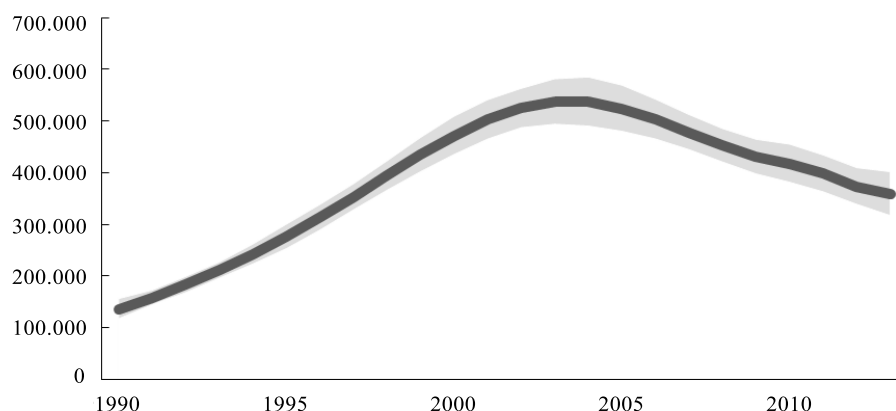
33. El coste (en especial del tratamiento pediátrico), la adquisición y el suministro suficiente y continuo de una terapia antirretroviral asequible y de buena calidad, así como la dificultad para sortear los obstáculos en el ámbito social, jurídico y de los derechos humanos, son factores que limitan el acceso a la terapia de las personas que viven con el VIH. Tampoco se están aprovechando debidamente los servicios de diagnóstico. El 52% de las personas que viven con el virus no conocen su estado [1] y los que han obtenido un diagnóstico seropositivo no tienen necesariamente acceso a la tecnología apropiada para medir la carga viral [11].

34. En los próximos cinco años se necesita una rápida expansión del tratamiento continuado para acelerar el fin de la epidemia del SIDA, especialmente por lo que respecta a las niñas y mujeres (en particular, las que están en período de lactancia), los niños y adolescentes, las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores sexuales. Con ese propósito, en la vigésima Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en 2014, se fijaron nuevas metas para el tratamiento del VIH después de 2015. El nuevo objetivo “90-90-90” establece que, para 2020, el 90% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, el 90% de las personas con infección por el VIH diagnosticada reciban terapia antirretroviral continua y el 90% de las personas que reciben esa terapia presenten supresión del virus. Para alcanzar estos objetivos se deben reforzar los sistemas sanitarios, realizar inversiones racionales centradas en las intervenciones de mayor impacto, y promover el acceso de los que se están quedando a la zaga a servicios concebidos especialmente para ellos.

E. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para 2015

Gráfico V

Mortalidad entre las personas con VIH/tuberculosis, 1990-2012



Fuente: OMS, Informe Mundial sobre la Tuberculosis, 2014.

35. El número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH sigue disminuyendo en todo el mundo, y en 2013 se contaron entre este grupo 360.000 fallecimientos, lo que supone una reducción del 36% [1] desde 2004 (véase el gráfico V), año en el que se registró un máximo. No obstante, parece improbable que se logre alcanzar el objetivo de reducir a la mitad el número de muertes en el mundo para 2015.

36. En 2013, 2,9 millones de personas que vivían con la tuberculosis obtuvieron una prueba documentada del VIH, lo que indica que la cobertura de las pruebas se multiplicó por 15, con respecto al año 2004. La cobertura de la prueba de la tuberculosis para las personas que viven con el VIH varía considerablemente entre los distintos países y regiones, ya que oscila entre el 2% en Indonesia y el 98% en Rwanda. Entre 2012 y 2013 se desaceleraron los progresos mundiales en la cobertura de las pruebas de detección del VIH para las personas que viven con tuberculosis [16].

37. Las personas que viven con el VIH siguen corriendo un riesgo mucho más alto de contraer simultáneamente la tuberculosis y tienen una probabilidad 29 veces mayor de desarrollar esa enfermedad que el resto de la población mundial adulta. En 2013, de los 9 millones de personas que se calcula que desarrollaron la tuberculosis en todo el mundo, 1,1 millón (el 13%) eran personas que vivían con el VIH. De ellos, solo el 32% empezaron a recibir la terapia antirretroviral de supervivencia, lo que significa que es preciso promover las pruebas y el tratamiento [16].

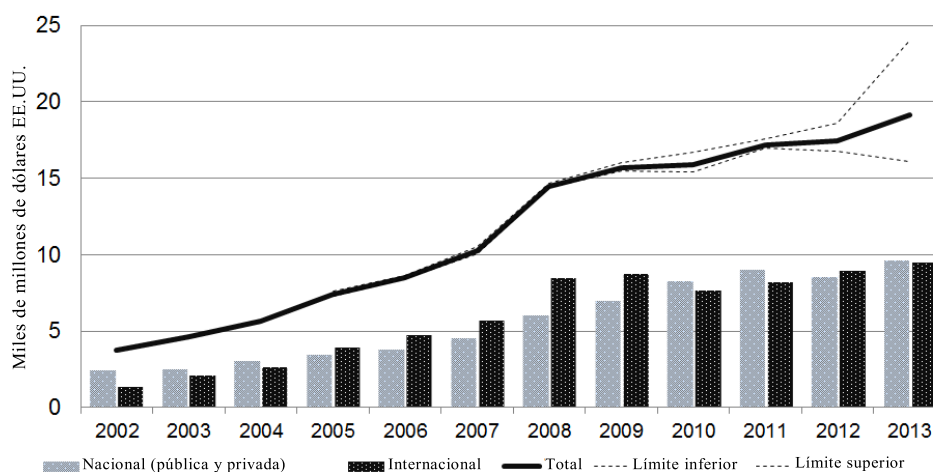
38. Es urgente aplicar un enfoque innovador para reforzar la lucha contra las dos epidemias parejas de tuberculosis y VIH, y mejorar el alcance, la oportunidad y la eficacia de los programas de diagnóstico inicial y tratamiento de las personas que viven con el VIH. Los sistemas sanitarios deben atender las recomendaciones de la OMS relativas a la prestación de servicios integrados contra la tuberculosis y el

VIH, mediante la administración de terapia antirretroviral y terapia preventiva con trimoxazol a todas las personas que viven con VIH y tuberculosis y la prestación de servicios de prevención del VIH a las personas que viven con tuberculosis, que también ofrezcan tratamiento preventivo con isoniazida a los portadores del VIH que aún no han desarrollado la tuberculosis.

F. Subsanan el déficit mundial de recursos destinados al SIDA para 2015

Gráfico VI

Financiación de la lucha contra el SIDA, por fuentes internacionales y nacionales (estimaciones para países de bajos ingresos y países de ingresos medianos), 2002-2013



Fuente: ONUSIDA, estimaciones para 2014.

39. Aunque la inversión en la respuesta al SIDA se mantuvo prácticamente en el mismo nivel entre 2011 y 2012, a finales de 2013 la inversión anual en la lucha contra el VIH aumentó a 19.100 millones de dólares en los países de bajos ingresos y los países de ingresos medianos, lo que representa un aumento de 250 millones de dólares en dicha inversión [2]. Este incremento de los recursos se vio impulsado por un leve aumento de la financiación internacional, atribuible a las contribuciones del Gobierno de los Estados Unidos y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y a una financiación nacional sostenida.

40. Entre 2006 y 2013, aproximadamente 75 países de bajos ingresos e ingresos medianos aumentaron más del 50% sus inversiones nacionales en la lucha contra el SIDA. Sin embargo, el ritmo de mejora de la financiación pública nacional total disminuyó debido a que varios países redujeron el gasto, bien porque bajaron los precios de los productos básicos o bien por la existencia de barreras económicas para el aumento del gasto.

41. Hacia diciembre de 2014, varios países estaban elaborando o aplicando planes de inversión sostenible para la respuesta al SIDA que incluían la reorientación de

los recursos hacia intervenciones de amplia repercusión, como las dirigidas a poblaciones y lugares clave, el fortalecimiento de los compromisos para aumentar el gasto nacional en la lucha contra el SIDA y el examen de mecanismos de financiación innovadores. En varios países de África, la incorporación de los sectores público y privado a la respuesta al VIH, que entraña la contribución de sumas predeterminadas por parte de diferentes sectores económicos, se lleva a cabo con buenos resultados, particularmente en Lesotho y Swazilandia [17].

42. La falta de fuentes de financiación estable para la respuesta al SIDA en muchos países y el estancamiento previsto en la asistencia internacional frustran el progreso y amenazan con interrumpir el mejoramiento de los servicios relacionados con el VIH. Si bien los desembolsos internacionales reales aumentaron ligeramente en 2013, los compromisos de contribuir nuevos fondos provenientes de fuentes de financiación tradicionales disminuyeron un 3% [18] y se mantiene una diferencia significativa entre los recursos necesarios para la lucha contra el SIDA y las inversiones realizadas.

43. Es preciso acelerar los esfuerzos para garantizar los niveles necesarios de financiación, reducir los costos y lograr economías para intensificar las acciones que pongan fin a la epidemia del SIDA. Deben encontrarse mecanismos de financiación innovadores para el desarrollo económico, político y social, que sean estables, sostenibles, progresivos, adicionales y en los que los efectos de otras medidas no repercutan significativamente, a fin de poder cumplir los objetivos de financiación. También deben aprovecharse las importantes posibilidades que ofrece la inversión del sector privado para contribuir a subsanar el déficit de los recursos.

G. Eliminar las desigualdades entre los géneros, el maltrato y la violencia de género y aumentar la capacidad de las mujeres y las niñas para protegerse del VIH

44. El VIH sigue teniendo un efecto desproporcionado en las mujeres, en particular en los países y las regiones con una carga alta del VIH, y es la principal causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. En 2013, el 64% de las nuevas infecciones en jóvenes (de 15 a 19 años) en todo el mundo afectaron a niñas [1]. En el África Subsahariana, las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años tienen el doble de posibilidades de vivir con VIH que los hombres. La perspectiva es incluso peor para las trabajadoras sexuales, las mujeres transgénero y las mujeres que se inyectan drogas o que son las parejas de hombres que se inyectan drogas, y las tasas de infección por el VIH y de violencia en estos grupos son más altas que entre las mujeres de la población general.

45. Las normas de género perjudiciales y las actitudes arraigadas de desigualdad entre los géneros contribuyen a que las mujeres sean vulnerables a la infección por el VIH en ciertos contextos que promueven las relaciones sexuales sin protección y las relaciones sexuales forzadas, las conductas controladoras y violentas hacia las mujeres y las relaciones sexuales con múltiples parejas en el caso de los hombres, al tiempo que impiden a las mujeres tomar el control de su propia salud sexual y acceder a servicios relacionados con el VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El acceso desigual a la educación, en particular la educación sexual integral y sobre el VIH, las dificultades para obtener empleo e ingresos regulares, la falta de seguridad económica, así como la violencia y el temor a la violencia

también aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión del VIH. A su vez, esto lleva a algunas mujeres a participar en actividades de alto riesgo, como las relaciones sexuales transaccionales, al tiempo que les impide saber si están infectadas y compartir esa información.

46. En muchas partes del mundo persisten los altos niveles de maltrato y violencia por razón de género, en particular en varios países de bajos ingresos e ingresos medianos, o en regiones que sufren conflictos recurrentes. Según un informe de la OMS de 2013, una de cada tres mujeres en todo el mundo dice que ha sufrido violencia física, sexual, o ambas de una pareja íntima [19]. El maltrato y la violencia por razón de género también afectan a los hombres y los niños (incluidos los hombres transgénero) cuyo comportamiento no se percibe como masculino. En algunos países se inflige la violación homofóbica a hombres y mujeres, conocida también como “violación correctiva”, por la percepción que se tiene de su orientación o identidad sexual.

47. Las investigaciones han revelado que existe una relación entre los niveles elevados de violencia contra las mujeres, en particular la violencia sexual y física en que el agresor es una pareja íntima, y el aumento del riesgo de infección por el VIH entre las mujeres [20]. Las investigaciones indican también que las mujeres que viven con el VIH tienen más probabilidades de sufrir violencia como consecuencia de su condición de seropositivas. En un estudio realizado en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte de 191 mujeres que viven con el VIH, el 50% de ellas dijeron que habían sufrido violencia de sus parejas íntimas [21]. Otras formas de violencia contra las mujeres que viven con el VIH son la violencia institucional y las violaciones de los derechos humanos, como la esterilización o el aborto forzados o bajo coacción (que a veces se impone como condición para recibir terapia antirretroviral), y la denegación de la atención de la salud reproductiva, como los servicios de planificación familiar.

48. El compromiso de eliminar la desigualdad entre los géneros y el maltrato y la violencia por razón de género aún no se ha cumplido, pero se han logrado avances tangibles aunque débiles. De los 109 países que presentaron informes en 2013, 100 indicaron que la eliminación de las desigualdades entre los géneros constituía una prioridad nacional, y entre los países que presentaron informes de manera sistemática, el número de países que aprobaron políticas, leyes o reglamentos para reducir la violencia contra la mujer, incluida la violencia sexual, aumentó del 90% en 2012 al 92% en 2014 [22]. La capacidad de liderazgo de las mujeres y las niñas que viven con el VIH o que están afectadas por el virus también se fortaleció en 68 países entre 2012 y 2013, y algunos países aumentaron la financiación nacional para que los hombres participaran en las medidas para promover la igualdad entre los géneros. Sin embargo, el porcentaje de países que informan de que las mujeres que viven con el VIH participan en la planificación oficial y el examen de los mecanismos de respuesta nacionales al SIDA disminuyó del 66% en 2010 al 61% en 2012 [22].

49. Si bien los compromisos contraídos por los gobiernos nacionales son alentadores, es necesario que se traduzcan con urgencia y de manera más sistemática en medidas firmes. Es imperioso intensificar las iniciativas nacionales e internacionales para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia sexual y por razón de género, e invertir en el liderazgo y la participación de las mujeres en las estrategias futuras contra el SIDA. Los estudios muestran que el empoderamiento

económico de las mujeres aumenta su poder para acordar relaciones sexuales más seguras, las ayuda a costear y tener acceso a pruebas de detección del VIH y a servicios de asesoramiento sobre el virus, así como a la terapia antirretroviral [23]. Por lo tanto, debe darse prioridad a empoderar a las mujeres como “agentes de cambio”, reservando espacio para su participación en plataformas clave para el establecimiento de agendas y promoviendo la participación a nivel comunitario.

H. Eliminar el estigma, la discriminación y las leyes y prácticas punitivas relacionadas con el VIH (promoviendo leyes y políticas que aseguren la plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales)

50. Mientras que los datos de países con más de una Encuesta Demográfica y de Salud disponible muestran que el porcentaje de personas que aceptan a las que viven con el VIH ha aumentado ligeramente, de una media del 37% a una del 51% entre las mujeres y de una media del 45% a una del 55% entre los hombres, la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH siguen prevaleciendo en muchos países del mundo.

51. La estigmatización y la discriminación, así como las leyes, las políticas y las prácticas punitivas, promueven la violación de los derechos humanos de manera significativa, fomentan el temor e impiden que quienes corren el riesgo de contraer la infección por el VIH y quienes viven con el virus accedan a la protección jurídica y las medidas de reparación, la información y los servicios que necesitan. Como resultado de la estigmatización y las actitudes discriminatorias, a las personas que viven con el VIH, así como a las poblaciones clave y en riesgo, se les niega la atención médica, se les niegan las oportunidades de empleo y de educación, o las pierden, y se ven condenadas al ostracismo por sus familias y comunidades. Una de cada ocho personas que viven con el VIH dice que se le niegan los servicios de salud y una de cada nueve que se le niega el empleo por su condición de portadora del VIH. El Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH muestra que la tasa de desempleo de las personas que viven con el VIH es tres veces más alta que las tasas de desempleo nacionales [1].

52. La criminalización de las poblaciones más expuestas al riesgo de infección también sigue siendo un fenómeno generalizado. El 60% de los países informan de la existencia de leyes, reglamentos o políticas que obstaculizan la prevención y el tratamiento eficaz del VIH y la atención y el apoyo efectivos a las poblaciones y los grupos de alto riesgo. En 79 países se tipifican como delito las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, mientras que en la mayoría de los países se tipifica como delito algún aspecto del trabajo sexual o el consumo de drogas. Más de 60 países tienen leyes que tipifican expresamente como delito que la persona no dé a conocer su condición de portadora del VIH, que exponga a otros al virus y lo transmita. En por lo menos 49 países se han celebrado procesos penales de un alcance excesivo contra personas que viven con el VIH, incluso por actos que no representan riesgo alguno de transmisión del virus.

53. Las investigaciones muestran que el temor a la estigmatización y la discriminación, que también puede relacionarse con el temor a la violencia, disuade a muchas personas que viven con el VIH de informar de su situación, incluso a los miembros de la familia y a sus parejas sexuales, lo que disminuye su capacidad y

disposición para acceder a un tratamiento y seguirlo. Las investigaciones indican también que en los países en que existen leyes punitivas relacionadas con el trabajo sexual, quienes realizan ese trabajo poseen menos conocimientos sobre el VIH, tienen menos acceso a los servicios relacionados con el virus y una mayor prevalencia de la infección [24].

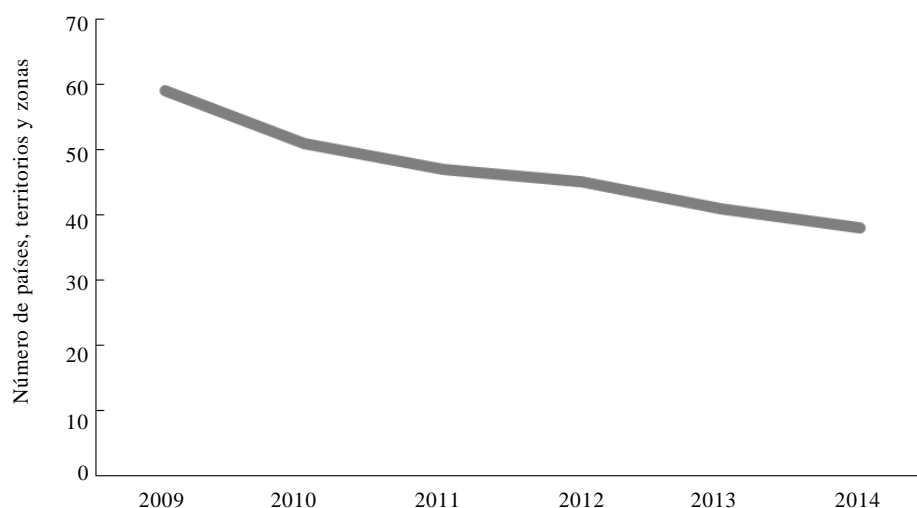
54. En los programas nacionales sobre el VIH de muchos países se presta más atención a las cuestiones de derechos humanos y se hacen esfuerzos para alcanzar el objetivo de cero discriminación. Por ejemplo, en Marruecos y Tailandia se han elaborado planes nacionales de lucha contra el VIH con objetivos concretos orientados a reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, así como a incluir los programas especiales de derechos humanos previstos en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2011. En 103 de 109 países se ha definido la eliminación del estigma y la discriminación como prioridad nacional y el 61% de los países ha informado de la existencia de leyes contra la discriminación que protegen a las personas que viven con el VIH [25].

55. Es preciso adoptar medidas inmediatas para revisar los marcos jurídicos y normativos a fin de armonizarlos con las obligaciones en materia de derechos humanos y los instrumentos internacionales del trabajo. Los programas para reducir la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH deberían contribuir a empoderar desde el punto de vista social y económico a las personas que viven con el VIH o están afectadas por el virus, en particular las mujeres y las niñas, que a menudo son objeto de uno o más tipos de estigmatización y discriminación. Los programas deben aplicarse de modo que se promueva la igualdad, la no discriminación, la rendición de cuentas y la participación y la inclusión de las poblaciones más expuestas y de las personas que viven con el VIH.

I. Eliminar las restricciones relacionadas con el VIH en materia de entrada, estancia y residencia

Gráfico VII

Número de países, territorios y zonas con restricciones para viajar relacionadas con el VIH, 2009-2014



Fuente: ONUSIDA, 2014.

56. En la Declaración Política de 2011, la eliminación de todas las restricciones relacionadas con el VIH en materia de entrada, estancia y residencia se estableció como una prioridad clave de las medidas para alcanzar el objetivo de cero discriminación (véase el gráfico VII). Tras la prestación de apoyo técnico y los contactos políticos del ONUSIDA, tres países de diferentes regiones (Australia, las Comoras y Tayikistán) eliminaron sus restricciones o aclararon que ya no existían en 2014, sumándose a unos 140 países, territorios y zonas que no imponen restricciones para viajar relacionadas con el VIH.

57. Aunque la libertad de circulación de las personas que viven con el VIH está ampliándose, todavía hay 38 países, territorios y zonas que mantienen algún tipo de restricción para viajar relacionada con el VIH. En 18 de esos países se autoriza la expulsión de extranjeros que vivan con el VIH [26]. Los trabajadores migratorios se ven especialmente afectados por las restricciones relacionadas con el VIH en materia de entrada, estancia y residencia. Por ejemplo, muchos países del Oriente Medio obligan a los trabajadores migratorios que quieran obtener o renovar visados de trabajo a hacerse pruebas de detección del VIH. Esas prácticas no solo socavan la libre contratación internacional y ponen en riesgo los esfuerzos nacionales para hacer frente al VIH, sino que también infringen los derechos a la salud, la intimidad y la dignidad.

58. Es necesario acelerar el progreso de la legislación y la reforma regulatoria en los países que mantienen esas restricciones.

J. Reforzar la integración de la respuesta al VIH (en una labor más amplia en los ámbitos de la salud y el desarrollo en todo el mundo)

59. Se han hecho avances importantes en la eliminación de sistemas paralelos integrando la respuesta al VIH en otros servicios relacionados con la salud y el desarrollo. En muchos países ha comenzado la labor de integrar los servicios relacionados con el VIH con los relacionados con la tuberculosis, la salud y los derechos sexuales y reproductivos (que abarcan la salud materna, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervical y la violencia por razón de género), y los servicios de atención de la salud infantil. En Rwanda, los esfuerzos para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH han llevado a la integración de los servicios relacionados con el VIH y otros servicios y derechos de salud sexual y reproductiva en establecimientos sanitarios que reúnen todos los servicios, como la atención de la salud materna y neonatal, la planificación familiar, el asesoramiento en materia de VIH y las pruebas para la detección del virus, la terapia antirretroviral y servicios relacionados con la violencia por razón de género y las infecciones de transmisión sexual.

60. A pesar de que el grado de compromiso respecto de la integración es alentador, queda mucho por hacer ya que muchos países se encuentran en diferentes etapas del proceso. Se necesita un mayor liderazgo y compromiso para eliminar sistemas paralelos, así como una planificación y ejecución conjuntas, una inversión en la prestación de servicios integrados (que deberá abarcar la infraestructura, la capacitación, la gestión, la supervisión y la evaluación) y una mejor colaboración intersectorial. Es preciso lograr una mayor integración entre los servicios relacionados con el VIH (incluida la terapia antirretroviral) y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. También se necesitan mayores vínculos entre los servicios relacionados con el VIH y los sectores no vinculados con la salud, incluida la protección social, el empleo, la seguridad alimentaria, los derechos humanos, la aplicación de la ley y los sistemas judiciales, la reducción de la pobreza, la educación y los servicios sociales.

61. A medida que avanza la integración de los servicios relacionados con el VIH en los programas generales de salud y desarrollo, deben mantenerse los esfuerzos para atender y satisfacer las necesidades específicas de las personas que viven con el VIH. También es importante que los enfoques para lograr la integración de los servicios respondan a las epidemias y las poblaciones afectadas en países concretos, a fin de asegurar que la respuesta integrada se adapta a los contextos locales.

IV. Contribución a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Tercer Objetivo: Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer

62. La promoción de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer es parte integrante de la respuesta mundial al SIDA. Si bien queda un largo camino por recorrer para cumplir las metas relacionadas con la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, las intervenciones relacionadas con el

VIH están empezando a dar resultados en este ámbito. Por ejemplo, las transferencias de efectivo para el empoderamiento económico de las mujeres y las niñas y su retención escolar tienen un efecto directo en el comportamiento sexual de riesgo. Sin embargo, es necesario hacer más para promover el empoderamiento de las mujeres y superar las barreras estructurales de género y las relaciones de poder negativas que influyen en la capacidad de las mujeres y las niñas para enfrentar los retos del VIH. Es necesario adoptar medidas decisivas para asegurar que las mujeres jóvenes y las niñas accedan a la educación y permanezcan en el sistema educativo; que las mujeres se sientan seguras y ejerzan el control de su propia salud sexual; que participen en mayor medida en el liderazgo, la adopción de decisiones y la prestación de servicios; y que se promuevan más los derechos jurídicos de las mujeres y el acceso de estas a la justicia.

Cuarto Objetivo: Reducir la mortalidad infantil. Quinto Objetivo: Mejorar la salud materna

63. La respuesta al SIDA ha contribuido a la consecución de los objetivos relacionados con la mortalidad infantil y la salud materna a través de una serie de intervenciones en materia de salud. La integración de los servicios relacionados con el VIH y los derechos y la salud sexual y reproductiva han sido fundamentales en el avance hacia la consecución de la meta 5B de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de lograr el acceso universal a la salud reproductiva. Si bien las tasas de mortalidad en los niños menores de 5 años han mejorado al reducirse la transmisión maternoinfantil del VIH, hay un largo camino por recorrer para lograr que los niños que ya viven con el VIH reciban tratamiento.

Sexto Objetivo: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

64. El uso más extendido de los preservativos y el mayor conocimiento sobre el VIH, gracias a la ampliación de los programas orientados a modificar las conductas, han generado avances significativos hacia la consecución de las metas 6A y 6B. El número de niños que han perdido a uno o ambos progenitores a causa del SIDA sigue siendo asombrosamente alto —en 2013, la cifra mundial llegó a 17,7 millones de niños, 15,1 millones de los cuales viven en África Subsahariana [3]—, pero las inversiones recientes en intervenciones para mitigar los efectos del SIDA en los hogares y las comunidades han tenido un efecto extraordinario. En la actualidad, prácticamente se ha alcanzado la paridad en la asistencia escolar de niños huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad.

V. El SIDA después de 2015

Acelerar las medidas para poner fin a la epidemia de SIDA para 2030

65. Hay un consenso mundial de que en la actualidad existen los medios para poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Los modelos elaborados por el ONUSIDA indican que los próximos cinco años ofrecerán una oportunidad fundamental para alcanzar ese objetivo mediante la acción acelerada y la inversión. Sin embargo, la desigualdad en el progreso, la persistencia de la estigmatización y la discriminación, la desigualdad entre los géneros, la existencia de leyes punitivas,

la insuficiencia y la inestabilidad de las fuentes de financiación y la falta de prevención, tratamiento y atención adecuados del VIH para las poblaciones clave significan que se está dejando atrás a muchas personas. Si la comunidad mundial no puede adaptar su respuesta para atender las necesidades más graves, empleando la energía necesaria para acelerar los esfuerzos, existe el peligro de que la epidemia resurja con más intensidad que nunca.

66. La experiencia indica que las metas ambiciosas impulsan el progreso, fomentan la rendición de cuentas y promueven la cohesión entre los interesados. Con ese fin, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, además de colaborar con los países para desarrollar y conseguir el objetivo de tratamiento “90-90-90”, está elaborando metas complementarias de prevención y no discriminación para 2020. De cumplirse, esas metas ambiciosas pero posibles permitirán poner fin en forma efectiva a la epidemia del SIDA como amenaza a la salud pública para 2030, al evitar 18 millones de nuevas infecciones por el VIH y 11,2 millones de muertes [2].

67. Para generar el impulso necesario que haga realidad el fin de la amenaza pública que representa la epidemia del SIDA, es necesario hacer una inversión cuantiosa y ejecutar programas con medidas aceleradas de prevención dirigidas específicamente a poblaciones y lugares clave en los próximos cinco años. Estos programas deberían incluir programas de promoción del uso correcto y sistemático de los preservativos, programas de circuncisión masculina médica voluntaria, programas de transferencias en efectivo y programas de divulgación que lleguen a los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas. Además, debe asegurarse el acceso a la profilaxis previa a la exposición a los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las parejas serodiscordantes que viven en entornos de alta prevalencia y las mujeres jóvenes que viven en entornos de prevalencia extremadamente alta.

68. Para hacer frente a las necesidades, se calcula que en los países de bajos ingresos será preciso invertir una suma anual de 9.700 millones de dólares para 2020, mientras que en los países de ingresos medianos la inversión deberá ser de 8.700 millones de dólares. A fin de lograr ese nivel de inversión, todos los países de bajos ingresos y de ingresos medianos deberán aumentar la financiación nacional a un nivel que corresponda a su carga del VIH. Los países de ingresos medianos bajos tendrán que avanzar hacia una mayor autofinanciación de la respuesta, aunque los que tienen una carga del VIH elevada seguirán necesitando un apoyo considerable de los donantes. Los países de ingresos medianos altos deberían adoptar medidas inmediatas para iniciar la transición hacia la autofinanciación de la respuesta.

69. Para poner fin a la epidemia se necesita una respuesta específica, dinámica y sostenible que no deje a nadie atrás. Con esa respuesta, todas las partes interesadas deberán comprometerse a establecer sistemas de salud sólidos y flexibles, mecanismos de financiación innovadores y una asignación estratégica de los fondos que sea eficaz en función de los costos y que llegue a las personas más necesitadas o que corren un mayor riesgo mediante intervenciones de amplia repercusión. Las prioridades políticas de corto plazo deben reajustarse para asegurar que existen políticas y programas que favorezcan la salud, el desarrollo y los beneficios económicos a largo plazo. A su vez, estos enfoques deben sustentarse en la protección y promoción de los derechos humanos y la igualdad entre los géneros,

así como en los principios de la solidaridad mundial y la responsabilidad compartida. La Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/SIDA que convocará la Asamblea General en 2016 será una buena oportunidad para fortalecer la determinación mundial y redoblar los esfuerzos estratégicos para poner fin a la epidemia.

El SIDA y la agenda de desarrollo sostenible después de 2015

70. Los beneficios futuros de una inversión acelerada en la respuesta al SIDA no se limitan a la epidemia del SIDA. La inversión impulsada por el SIDA en la integración y el fortalecimiento de los sistemas de salud tiene un efecto directo en una serie de retos planteados por el desarrollo sostenible. El brote de la enfermedad del Ébola en África Occidental puso de manifiesto claramente el valor de invertir en sistemas de salud relacionados con el SIDA y de mejorarlos, así como el valor de los conocimientos especializados de quienes participan en la respuesta al SIDA. Los conocimientos especializados adquiridos en la respuesta al SIDA se aprovecharon rápidamente en 2014, cuando el personal del Programa Conjunto se trasladó voluntariamente a los países más afectados y a las misiones del Secretario General y el Director Ejecutivo y el Director Ejecutivo Adjunto del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. En su resolución 2013/11, de 22 de julio de 2013, el Consejo Económico y Social reconoció el valor de la experiencia adquirida en la respuesta mundial al SIDA para la agenda más amplia de desarrollo sostenible (párr. 8) y reconoció también que el Programa Conjunto ofrecía a las Naciones Unidas un ejemplo útil como medio de mejorar la coherencia estratégica, la coordinación, el enfoque basado en los resultados y los efectos en los países después de 2015 (párr. 9).

VI. Recomendaciones

71. A fin de aprovechar los logros del pasado y hacer realidad las oportunidades del futuro, es necesario que las fuentes internacionales de financiación, los gobiernos nacionales, la sociedad civil, el sistema de las Naciones Unidas y otros asociados clave se comprometan a aplicar las siguientes medidas:

- Las poblaciones y lugares específicos que en la actualidad se están dejando atrás deben ocupar un lugar central en las iniciativas que se emprendan en el contexto de la respuesta al SIDA después de 2015, a fin de asegurar que los recursos y los programas se dirijan específicamente a esas personas y lugares y que respondan a las necesidades, y se basen en los derechos humanos y la igualdad entre los géneros. Las personas que viven con el VIH y las poblaciones más expuestas deben contribuir plenamente a la respuesta al SIDA participando activamente en la definición de las prioridades y la ejecución de los programas.
- Después de 2015 debe seguir haciéndose gran hincapié en el SIDA para asegurar que se preserven y aprovechen los logros actuales y que, dada la oportunidad existente, se concrete el objetivo de poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Esto incluye asegurar que se promuevan los vínculos con la respuesta al SIDA en toda la agenda de desarrollo sostenible después de 2015,

en particular en las esferas de la reducción de la pobreza, la creación de empleo y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

- Debe perseguirse rigurosamente el objetivo de cero discriminación. Deben elaborarse indicadores para medir la reducción de la estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos, y debe hacerse un seguimiento de ellos. También deben establecerse sistemas para identificar y abordar las violaciones de los derechos humanos para poder tratar y prevenir nuevas infecciones por el VIH y proteger la dignidad de las personas que viven con el VIH o están afectadas por el virus. Además, es fundamental que se capacite a profesionales del derecho, en particular a los que prestan apoyo a las personas que viven con el VIH o están afectadas por el virus²⁷.
- Deberían ampliarse los programas de protección social que mejoran la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, con especial hincapié en los programas de transferencia de efectivo para las mujeres jóvenes en los países con una elevada prevalencia del VIH²⁸, a fin de lograr el máximo efecto posible.
- Debe mejorar la eficiencia, en la medida de lo posible, para que los recursos se utilicen de manera eficaz y que tengan el mayor efecto en las personas necesitadas. Para ello deberá mejorarse la vigilancia y asegurar que se siga el tratamiento.
- El éxito futuro de la respuesta al SIDA después de 2015 depende de que la respuesta se financie íntegramente. Se debería alentar a los países a aumentar la financiación nacional en consonancia con su situación económica y su experiencia de la epidemia. En el caso de los países de bajos ingresos, la mayoría de los recursos deberán continuar proviniendo de los países donantes. Las fuentes internacionales de financiación deberían reafirmar su compromiso de apoyar la respuesta al SIDA después de 2015, en consonancia con los principios de solidaridad mundial, responsabilidad compartida y buena gobernanza. A tal fin, los países de ingresos medianos altos deberían iniciar, a su vez, la transición hacia la autofinanciación de la mayor parte de su respuesta nacional.
- La inversión del sector privado debería ampliarse mediante la formación de nuevas asociaciones público-privadas en respuesta al SIDA que sigan el ejemplo de las que han logrado resultados positivos, y el mejoramiento de las ya existentes.
- Después de 2015 deberían aprovecharse los conocimientos, las experiencias y las lecciones aprendidas derivados de la respuesta mundial al SIDA para contribuir a la solución de otros problemas complejos del desarrollo sostenible. Se deberá aprovechar la experiencia adquirida, en particular el enfoque singular del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, para mejorar la coherencia estratégica, la coordinación, el enfoque basado en los resultados, la gobernanza inclusiva y las repercusiones en los países.

Referencias

1. ONUSIDA, *The Gap Report* (Ginebra, septiembre de 2014).
2. ONUSIDA, *Fast-Track: World AIDS Day Report 2014* (Ginebra, octubre de 2014).
3. ONUSIDA, Estimaciones sobre el VIH para 2013.
4. Cohen, M. S. y otros, “Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, núm. 5 (2011), págs. 493 a 505.
5. McCormack, S. y Dunn, D., “Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis”, Resumen 22LB, PROUD Study, Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Seattle, 23 y 24 de febrero de 2015; y Molina, JM., y otros, “Pragmatic open-label randomised trial of preexposure prophylaxis”, Resumen 23LB, PROUD Study, Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, Seattle, 23 y 24 de febrero de 2015.
6. Johnson, L. F. y otros, “The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis”, *Journal of the Royal Society*, 18 de enero de 2002. Puede consultarse en:
<http://rsif.royalsocietypublishing.org/content/early/2012/01/11/rsif.2011.0826.full>.
7. Organización Mundial de la Salud, *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* (Ginebra, 2014), pág. 8. Puede consultarse en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1.
8. UNICEF, “Social protection programmes contribute to HIV prevention”, *HIV-sensitive social protection policy brief*, enero de 2015.
9. Baird, S. J. y otros, “Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9823 (7 de abril de 2012), págs. 1320 a 1329. Puede consultarse en:
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961709-1/abstract>.
10. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Informe Mundial sobre las Drogas, 2014* (Viena, junio de 2014).
11. ONUSIDA, *Executive Director of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Report* (Ginebra, enero de 2015).
12. Harm Reduction International, *2014 Global State of Harm Reduction report* (Londres, 2014).
13. ONUSIDA, Junta Coordinadora del Programa, “Halving HIV transmission among people who inject drugs”, nota de antecedentes (UNAIDS/PCB 35/14.27), diciembre de 2014. Puede consultarse en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141125_Background_Note_Thematic_Segment_35PCB.pdf.
14. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Internacional del Trabajo, Programa de las Naciones Unidas para el

Desarrollo, Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, “Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones”, nota sobre políticas (Viena, junio de 2013). Puede consultarse en:
http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf.

15. ONUSIDA, *Cuenta atrás hasta cero: Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, 2011-2015* (Ginebra, 2011).
16. Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2014* (Ginebra, 2014).
17. ONUSIDA, *AIDS Dependency Crisis: Sourcing African Solutions* (Ginebra, octubre de 2014).
18. The Henry Kaiser Family Foundation ONUSIDA, “Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from donor governments in 2013” (Menlo Park, California, julio de 2014).
19. García-Moreno, Claudia, y otros, “The health-systems response to violence against women”, *The Lancet* en línea, 20 de noviembre de 2014.
20. Durevall D. y Lindskog A., “Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us?”, *The Lancet* en línea, 20 de noviembre de 2014.
21. ONUSIDA, “Unite With Women: Unite Against Violence and HIV” (Ginebra, 2014). Puede consultarse en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2602_UniteWithWomen_en_0.pdf.
22. ONUSIDA, “Global AIDS response progress reporting: national commitments and policy instrument (NCPI)”, 2014.
23. Pronyk P. y otros, “Effect of a structured intervention for the prevalence of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9551 (2 de diciembre de 2006), págs. 1973 a 1983.
24. Gruskin. S. y otros, “Realigning government action with public health evidence: the legal and policy environment affecting sex work and HIV in Asia”, *Culture, Health & Sexuality*, vol. 16, núm. 1 (2014), págs.14 a 29.
25. ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (Ginebra, 2013).
26. ONUSIDA, “Welcome(not)”, 2015. Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/UNA064Infographics_7%20v6.pdf.
27. Organización Internacional del Trabajo, *HIV and AIDS and Labour Rights: A Handbook for Judges and Legal Professionals*, 2ª ed. (Ginebra, 2015).
28. ONUSIDA, Decisiones de la 35ª Reunión de la Junta de Coordinación del Programa. Puede consultarse en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141212_Decisions_35PCB_meeting_EN.pdf.