



Asamblea General

Distr. general
1° de abril de 2008
Español
Original: inglés

Sexagésimo segundo período de sesiones

Tema 44 del programa

Aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y la Declaración política sobre el VIH/SIDA

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y Declaración Política sobre el VIH/SIDA: a mitad de camino en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio

Informe del Secretario General

Resumen

En el presente informe se examinan los progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 y la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006. Sus conclusiones se basan sobre todo en los informes de 147 Estados Miembros acerca de los progresos realizados a nivel nacional en respuesta al VIH, que representan en conjunto el mayor volumen de información jamás reunido sobre la respuesta al VIH en los países de ingresos bajos, medianos y altos^a. El presente informe se ha preparado tan sólo dos años antes del plazo fijado por la comunidad internacional para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en la lucha contra el VIH y a mitad de camino de la fecha prevista de 2015 para la consecución de los objetivos del Milenio.

Desde 2006, los progresos realizados en la respuesta al VIH son manifiestos en muchas regiones, y representan el fruto de las sustanciales inversiones efectuadas hasta la fecha. Sin embargo, esos progresos son desiguales y la propia epidemia se propaga a menudo a un ritmo superior a la prestación de nuevos servicios. En 2007,

^a Para un análisis completo de los indicadores específicos por países, véase el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*, publicación de las Naciones Unidas, de próxima aparición (agosto de 2008); mientras tanto los informes nacionales sobre los progresos realizados por los países pueden consultarse en el sitio web del ONUSIDA: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/2007CountryProgress.asp>.



las nuevas infecciones por el VIH fueron 2,5 veces mayores que el aumento del número de personas en tratamiento antirretroviral, lo que ponía de manifiesto la urgente necesidad de una mayor determinación a la prevención del VIH. Si no se consiguen avances más importantes y rápidos en la prestación de atención a quienes necesitan servicios esenciales, será cada vez mayor la carga que la epidemia impone a los hogares, las comunidades y las sociedades.

Conclusiones fundamentales

Situación de la epidemia

En diciembre de 2007, se estimaba que en el mundo 33,2 millones de personas^b vivían con el VIH. En 2007, un total estimado de 2,5 millones de personas fueron infectadas por el VIH y la enfermedad causó 2,1 millones de muertes.

Conocimiento del VIH entre los jóvenes

Los estudios nacionales llegaron a la conclusión de que en 2007 un 40% de los varones jóvenes (de 15 a 24 años) y un 36% de las mujeres jóvenes tenían un conocimiento adecuado del VIH, porcentaje todavía muy inferior al objetivo del 95% adoptado unánimemente por los Estados Miembros en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.

Prevención de la transmisión de la madre al hijo

El porcentaje de mujeres embarazadas infectadas por el VIH que recibían tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del virus a su hijo aumentó del 14% en 2005 al 34% en 2007.

Prevención del VIH entre los grupos de población más expuestos

A nivel mundial, la mayoría de los consumidores de drogas inyectables y de los hombres que mantienen relaciones homosexuales carece de acceso adecuado a los servicios de prevención del VIH. Es algo más probable que los profesionales del sexo reciban tales servicios, aunque en muchos países su acceso es muy limitado.

Las mujeres y el VIH

Más del 80% de los países, y en particular el 85% de los del África Subsahariana, tienen políticas para garantizar la igualdad de acceso de la mujer a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en la lucha contra el VIH. Las mujeres del África Subsahariana tienen igual o mayor acceso a los tratamientos antirretrovirales, pero ocurre lo contrario cuando las epidemias están concentradas. Aunque la mayoría de los países disponen de marcos estratégicos para hacer frente a la carga que la epidemia impone a las mujeres, sólo el 53% asignan créditos presupuestarios a programas centrados en la mujer.

^b Entre 30,6 y 36,1 millones de personas.

Tratamiento del VIH

La cobertura de los tratamientos antirretrovirales aumentó en un 42% en 2007, abarcando a 3 millones de personas en los países de ingresos bajos y medianos, aproximadamente un 30% de los necesitados. A pesar de la existencia de tratamientos asequibles de la tuberculosis, tan sólo el 31% de las personas doblemente infectadas por el VIH y la tuberculosis recibieron medicamentos antirretrovirales y antituberculosos en 2007.

Niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH

Según encuestas recientes por hogares llevadas a cabo en 11 países de elevada prevalencia, un total estimado del 15% de los huérfanos viven en hogares que reciben algún tipo de asistencia, lo que supone un aumento moderado con respecto al 10% estimado por los países de elevada prevalencia en 2005.

Discriminación y estigma

Aunque el número de países que han promulgado leyes para evitar la discriminación de las personas que viven con el VIH ha ido aumentando desde 2003, una tercera parte de los países todavía carecen de esa protección jurídica. Si bien el 74% de los países han adoptado políticas para garantizar a los grupos vulnerables igualdad de acceso a los servicios relacionados con el VIH, el 57% de esos países tienen leyes o políticas que impiden dicho acceso.

Financiación

La financiación de actividades relacionadas con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos alcanzó los 10.000 millones de dólares de los EE.UU. en 2007, lo que supone un aumento del 12% con respecto a 2006 y una decuplicación de los fondos en menos de un decenio. En los países de ingresos bajos y medianos, el gasto interno per cápita en la lucha contra el VIH se duplicó con creces entre 2005 y 2007.

Recomendaciones fundamentales

Liderazgo nacional

Aunque casi todos los países disponen de políticas nacionales de lucha contra el VIH, en su mayoría no se han aplicado íntegramente y algunos componentes básicos de las estrategias nacionales carecen a menudo de asignación presupuestaria. Importantes dirigentes políticos nacionales, con la ayuda de donantes, organismos técnicos y la sociedad civil, deberían tomar decididamente la iniciativa para garantizar la aplicación de esas políticas.

Sostenibilidad de la respuesta al VIH

Los dirigentes y gobiernos nacionales, los donantes, los investigadores, las organizaciones no gubernamentales y todas las demás partes interesadas en la respuesta al VIH deben empezar a formular planes a largo plazo, adoptando estrategias para garantizar la sostenibilidad de actividades colectivas enérgicas, flexibles y duraderas que serán necesarias durante generaciones.

Ampliación de la prevención del VIH en los países hiperendémicos

En los países donde la prevalencia del VIH supera el 15%, tan sólo una movilización nacional sin precedentes, que integre a todos los sectores de la sociedad y aproveche todos los instrumentos de prevención disponibles, permitirá afrontar el desafío que representa la propagación continua y catastrófica del VIH.

Organizar una respuesta eficaz donde la epidemia está muy concentrada

Incluso en los países con bajos niveles de infección por el VIH, los grupos de población más expuestos sufren los mayores efectos de la enfermedad, en particular un número sustancial de nuevas infecciones. La intensificación de estrategias de prevención del VIH dirigidas específicamente a las poblaciones más vulnerables es un imperativo urgente de la salud pública y requiere un coraje y un liderazgo políticos a menudo inexistentes.

Difusión sostenida del tratamiento del VIH y fortalecimiento de las medidas para hacer frente a la doble infección por el VIH y la tuberculosis

Además de proseguir e intensificar las medidas para lograr el acceso universal al tratamiento del VIH, incluidos los medicamentos antirretrovirales, los países deben emprender urgentemente iniciativas para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis en las personas seropositivas y diagnosticar la infección por el VIH en los enfermos de tuberculosis.

Abordar las desigualdades entre los géneros ante la epidemia del VIH

Los países deberían impulsar una movilización política y social masiva para abordar las desigualdades entre los géneros, las normas sexuales y su contribución al incremento del riesgo y la vulnerabilidad ante la epidemia del VIH.

I. Introducción

1. Desde 2006, en casi todas las regiones del mundo se observan progresos en la contención de la epidemia del VIH. En algunos de los lugares del mundo con mayor escasez de recursos, se están difundiendo tratamientos del VIH que permiten prolongar la vida, y los cambios en las costumbres sexuales están reduciendo el número de nuevas infecciones por el VIH.

2. El mundo está empezando a cosechar los beneficios de las inversiones sin precedentes efectuadas durante el presente decenio en respuesta a la epidemia del VIH. Los resultados alentadores conseguidos en muchas regiones demuestran lo que puede lograrse cuando existe una firme determinación a nivel mundial, un compromiso político y una participación activa de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas.

3. Sin embargo, estas tendencias positivas no se manifiestan de manera uniforme en los diferentes países, ni siquiera dentro de un mismo país. Las nuevas infecciones siguen aumentando en varios países, mientras que la cobertura de los servicios esenciales de prevención, tratamiento, atención y apoyo en la lucha contra el VIH sigue siendo demasiado baja en muchas partes del mundo para tener una repercusión importante en la evolución de la epidemia. Sobre todo en los países más gravemente afectados por el VIH, el impacto de la epidemia va en aumento y son cada vez más los hogares afectados por el VIH y los niños huérfanos o vulnerables a causa de la enfermedad. Además, los recientes progresos conseguidos no pueden ocultar el elevado costo humano que sigue teniendo la epidemia, en particular la muerte de un total estimado de 25 millones de personas a causa del SIDA desde que se declaró la epidemia.

4. La expansión del acceso a los servicios esenciales no puede seguir el ritmo de propagación de la propia epidemia, y eso es especialmente evidente en la prevención del VIH. En 2007 1 millón más de personas empezaron tratamientos antirretrovirales, pero hubo 2,5 millones más de nuevas infecciones. Si la comunidad internacional no adopta medidas inmediatas para cumplir las promesas de dar una respuesta excepcional al VIH, el costo humano y económico de la epidemia seguirá aumentando.

II. Un momento oportuno para evaluar los progresos

5. Tras el establecimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio en el año 2000, los Estados Miembros se comprometieron a trabajar por un mundo más seguro, sano y justo. En 2001, los Estados Miembros aprobaron por unanimidad una serie de objetivos con plazos precisos en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (anexo de la resolución S-26/2 de la Asamblea General). En la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006 (anexo de la resolución 60/262 de la Asamblea General), los Estados Miembros reiteraron su determinación de lograr el calendario de objetivos acordado en 2001 y conseguir el acceso universal a programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para el año 2010.

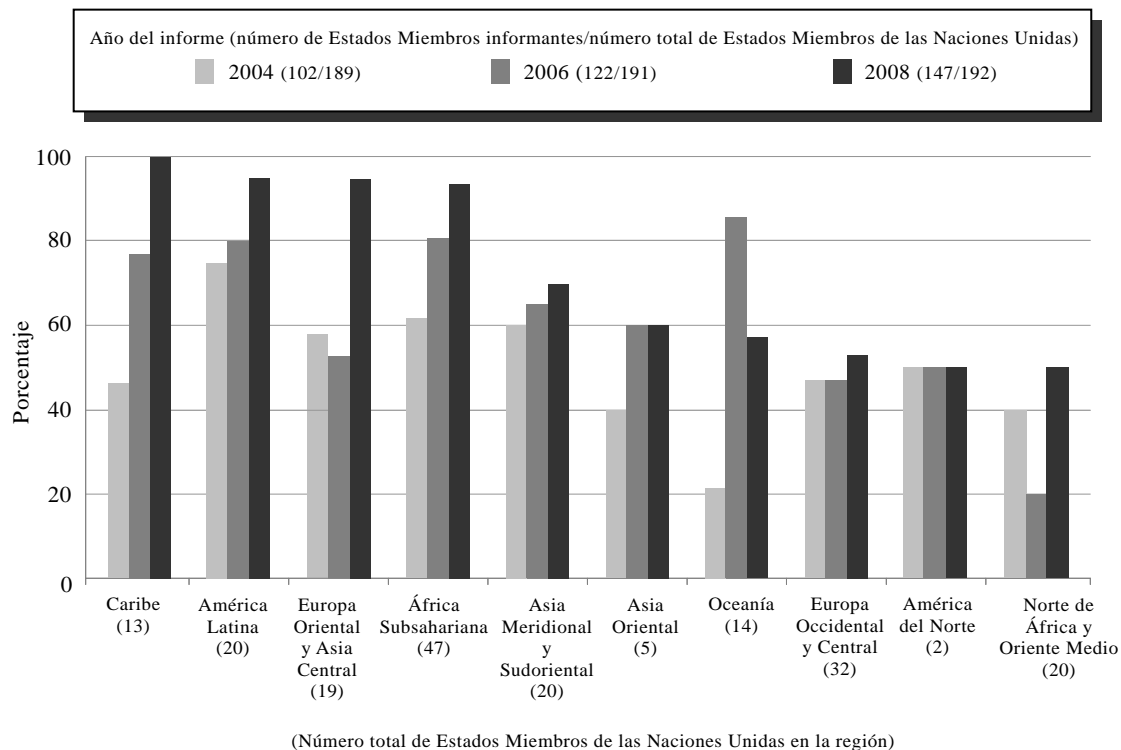
6. La respuesta a la epidemia del VIH, si bien está directamente vinculada al sexto objetivo de desarrollo del Milenio, referente a la reducción de los efectos de la epidemia, también contribuye al logro de la mayoría de los demás objetivos. Por ejemplo, paliar la repercusión de la epidemia favorecerá el logro del primer

objetivo, que pretende erradicar la extrema pobreza y el hambre en el mundo, y la respuesta al VIH también contribuye a dar autonomía a la mujer y a fomentar la igualdad entre los géneros (tercer objetivo). Dado que más de la mitad de todos los niños infectados por el VIH mueren antes de cumplir los 2 años, la prevención de la transmisión del virus de la madre al hijo y el tratamiento pediátrico del VIH contribuyen al logro del cuarto objetivo de desarrollo del Milenio, la reducción de la mortalidad infantil. La respuesta al VIH también ayuda a fomentar la enseñanza primaria universal en apoyo del segundo objetivo y hace aumentar las innovaciones y las asociaciones mundiales para el desarrollo (octavo objetivo). De este modo, los progresos en la lucha contra la epidemia del VIH son fundamentales para los objetivos generales del desarrollo internacional.

7. Cuando sólo faltan dos años para la fecha fijada para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en la lucha contra el VIH y se ha recorrido la mitad del camino para llegar a la fecha prevista de 2015 para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, en el presente se evalúan los progresos realizados hasta la fecha en la respuesta mundial al VIH. Al 10 de marzo de 2008, 147 Estados Miembros habían presentado información nacional referente a 25 indicadores básicos elaborados para seguir la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001. Los indicadores básicos comprenden una amplia serie de variables, como la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años; la cobertura de la terapia antirretroviral y las intervenciones fundamentales para la prevención del VIH; los servicios de apoyo a niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH; y la adopción nacional de políticas recomendadas contra el VIH. La información procedente de los informes nacionales sobre los progresos realizados se ha suplementado con datos de otras fuentes, como encuestas por hogares, informes de la sociedad civil y presupuestos y datos de seguimiento de programas de gobiernos donantes, copatrocinadores del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), fundaciones filantrópicas y organismos de investigación. En el anexo se da más información sobre la labor realizada en la lucha contra el VIH por los copatrocinadores del ONUSIDA.

8. El número de países que han presentado información sobre los indicadores básicos de los progresos realizados a nivel nacional ha ido aumentando constantemente en los últimos años (gráfico 1).

Gráfico 1
**Porcentaje de Estados Miembros de las Naciones Unidas
 que han presentado información, por regiones, 2004-2008**



9. En casi todos los países grupos de la sociedad civil han participado activamente en el seguimiento y la información de los progresos realizados con respecto a los indicadores básicos de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Han facilitado datos para suplementar los informes nacionales, intervenido en seminarios nacionales de presentación de información y producido informes paralelos. En un 75% de los países, grupos de la sociedad civil comunicaron que su participación en la respuesta nacional al VIH había aumentado entre 2005 y 2007, aunque indicaron que esa participación seguía siendo insuficiente en casi una cuarta parte de los países.

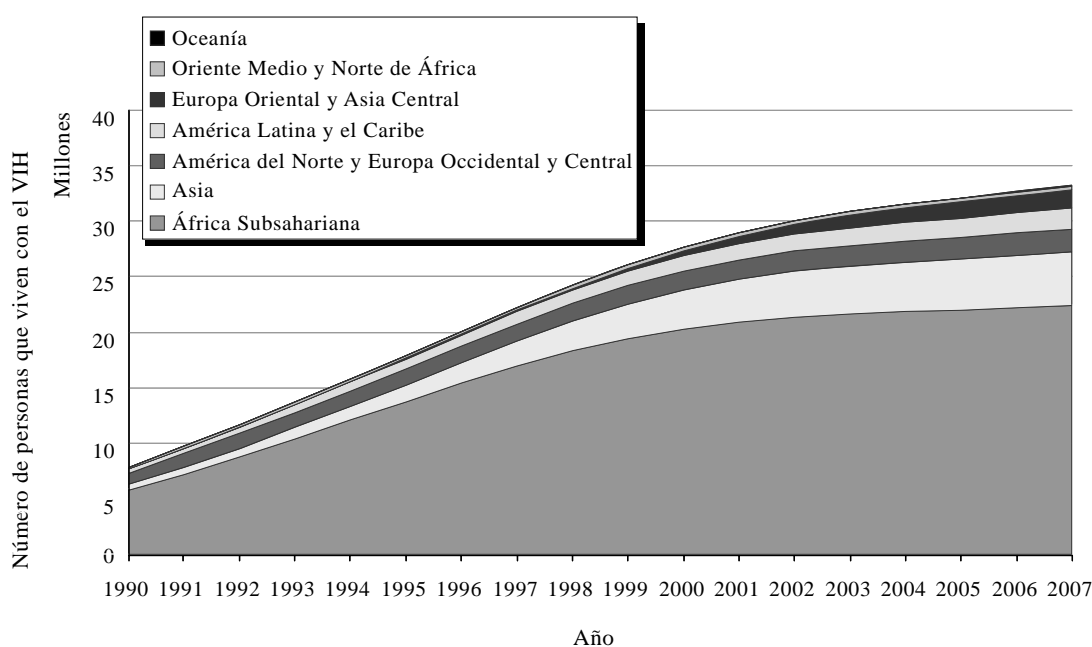
III. Situación de la epidemia del VIH

10. Se disponen ahora de mejores estimaciones de la magnitud y la trayectoria de la epidemia gracias al creciente número de encuestas nacionales por hogares, a la expansión de los programas de vigilancia y a los mejores métodos de elaboración de modelos. Entre los datos más recientes figuran algunas noticias alentadoras, aunque la amplitud y la gravedad de la epidemia no tienen comparación en los tiempos modernos con las de ninguna otra enfermedad infecciosa. En diciembre de 2007 se calcula que en todo el mundo 33,2 millones de personas¹ vivían con el VIH

¹ Entre 30,6 y 36,1 millones de personas.

(gráfico 2). La tasa anual de nuevas infecciones parece haber disminuido durante el último decenio y se estima que en 2007 2,5 millones de personas fueron infectadas por el VIH, lo que supone un descenso con respecto a los 3,2 millones de 1998. El número anual de muertes causadas por el SIDA ha disminuido de 3,9 millones en 2001 a 2,1 millones en 2007, en parte como consecuencia del incremento sustancial del acceso al tratamiento en los últimos años. A nivel mundial, las mujeres representan la mitad de todos los adultos infectados por el VIH, pero un 61% de los infectados en el África Subsahariana.

Gráfico 2
Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH,
por regiones, 1990-2007



11. En 2007 correspondían al África Subsahariana un 78% de todos los adultos que vivían con el VIH, un 90% de los niños del mundo infectados y un 76% de todas las muertes por SIDA. Aunque diferentes países tienen epidemias diversas, el SIDA sigue siendo la principal causa de mortalidad en la región. Según las estimaciones nacionales basadas en el sistema de vigilancia centinela y estudios de seroprevalencia, el porcentaje de adultos de 15 a 49 años que viven con el VIH va del 0,7% del Senegal al 25,9% de Swazilandia. En muchos países, en especial fuera del África Subsahariana, los bajos niveles de infección de la población adulta en general ocultan un mayor grado de infección entre la mayoría de los grupos de población más expuestos, incluidos los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que mantienen relaciones homosexuales. En Asia, donde el porcentaje de la población que vive con el VIH es mucho menor que en el África Subsahariana, un informe reciente indica que el SIDA sigue siendo la principal causa de muerte por enfermedad entre las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años.

12. Series de datos más abundantes y nuevos métodos de análisis señalan que, si bien la tasa de nuevas infecciones ha disminuido a nivel mundial, el número de recién infectados ha aumentado en varios países. Entre ellos figuran China, la Federación de Rusia, Indonesia y Ucrania, mientras que las infecciones por el VIH parecen ir en aumento en los países de la Unión Europea y América del Norte. El número de nuevas infecciones sigue sin disminuir en algunos de los países más afectados, como Lesotho, Swazilandia y Sudáfrica. Además, incluso en los lugares donde los niveles de infección se han estabilizado o reducido, la magnitud de la epidemia sigue siendo alarmante. Sobre todo en el África Subsahariana, el VIH representa una grave crisis humana y una de las mayores amenazas para el desarrollo.

13. El número de pacientes que necesitan terapia sigue superando los recursos financieros, humanos y logísticos disponibles. La viabilidad futura de los programas de tratamiento del VIH podría estar en peligro. Hay que hacer todo lo posible por reducir al máximo las nuevas infecciones por el VIH.

IV. Situación de la respuesta a la epidemia del VIH

14. Se han logrado progresos sustanciales en la ampliación de los servicios esenciales de prevención, tratamiento, atención y apoyo para las personas que los necesitan. Siguen aumentando los recursos financieros disponibles para dar una respuesta multisectorial a la epidemia del VIH y muchos países están aplicando políticas y programas necesarios para responder de manera empírica a la epidemia.

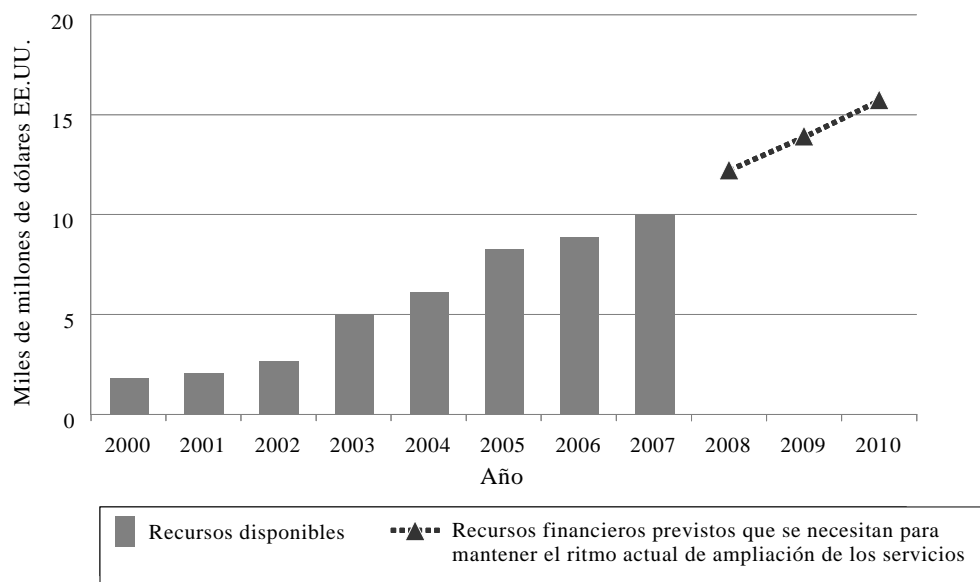
15. Sin embargo, son pocos los países que han conseguido poner en marcha de manera efectiva las diversas estrategias necesarias para apoyar una iniciativa general contra la epidemia. Determinados servicios esenciales, como el apoyo a los niños huérfanos a causa de la epidemia, no registran una expansión tan rápida como otros. Además, algunos países que al principio tuvieron éxito en la lucha contra la epidemia encuentran ahora dificultades para mantener los resultados conseguidos. Por ejemplo, en Uganda, donde la rápida y enérgica respuesta inicial a la propagación del VIH provocó un cambio general de conducta e hizo disminuir fuertemente las nuevas infecciones por el VIH, estudios recientes han revelado un aumento en los comportamientos de riesgo y un descenso de los conocimientos que los jóvenes tienen del VIH.

16. Si bien hasta la fecha se han movilizado cantidades impresionantes de recursos, la diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades efectivas aumenta de año en año. Las tendencias actuales indican que el mundo no podrá lograr el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo si no aumenta de manera significativa el nivel de recursos disponibles para los programas necesarios en los países de ingresos bajos y medianos. En el gráfico 3 figura una estimación de los recursos financieros mínimos que se necesitan simplemente para mantener el ritmo actual de ampliación de los servicios.

Gráfico 3

Total de recursos disponibles para prevención, tratamiento, atención y apoyo en la lucha contra el VIH de 2000 a 2007 y recursos necesarios previstos para mantener el ritmo actual de ampliación de los servicios de 2008 a 2010

(En miles de millones de dólares EE.UU.)



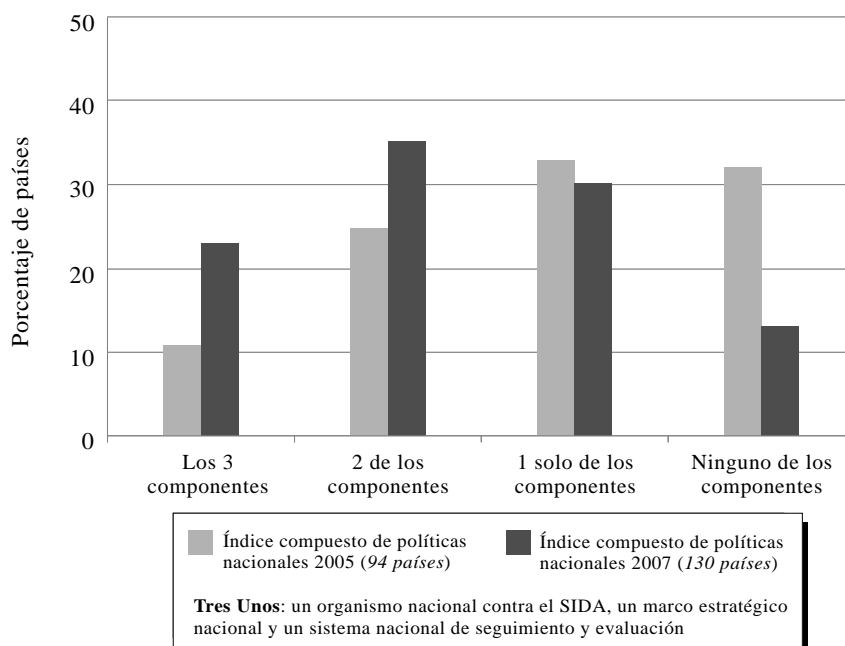
A. Preparación nacional

17. Las medidas que los países deben adoptar para preparar y dar una respuesta nacional efectiva a la epidemia del VIH están bien definidas. Los países deberían establecer estrategias y planes de acción multisectoriales, con costos y prioridades precisos, basados en datos sólidos acerca de la epidemia a nivel nacional, así como políticas amplias de apoyo a una acción eficaz contra el VIH.

18. La mayoría de los países disponen ya de marcos para dar una respuesta efectiva a nivel nacional: el 97% de los países tiene una estrategia multisectorial contra el VIH, el 92% tiene un órgano de coordinación nacional de esa estrategia, el 92% ha establecido o está preparando un plan nacional de seguimiento y evaluación, y todos los países de ingresos bajos y medianos tienen en cuenta el VIH en sus planes nacionales de desarrollo. En el 69% de los países, los marcos nacionales de lucha contra el VIH se han traducido en planes operacionales con unos costos y unas fuentes de financiación bien definidos.

19. Para armonizar y alinear mejor la ayuda internacional para el desarrollo con las estrategias y planes de los países, se promueve a nivel nacional el principio de los "Tres Unos": un organismo nacional contra el SIDA, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de seguimiento y evaluación. Los países han realizado progresos constantes en la aplicación de esos tres elementos (gráfico 4), aunque en muchos de ellos la calidad de la aplicación debe mejorar claramente.

Gráfico 4
**Mejora de la calidad en la aplicación del principio de los “Tres Unos”
 en los países: un organismo nacional contra el Sida, un marco estratégico
 nacional y un sistema nacional de seguimiento y evaluación**



20. Según los informes de los gobiernos, un 83% de los órganos nacionales de coordinación de la lucha contra el VIH cuentan con representantes de la sociedad civil. Los informes de grupos de la sociedad civil indican que han participado en el examen de las estrategias nacionales de lucha contra el VIH en un 84% de los países y en la planificación y presupuestación nacional en un 59% de los países. Sin embargo, los grupos de la sociedad civil tan sólo reciben un apoyo financiero adecuado en un 19% de los países.

21. Si bien los países están ahora mejor preparados para hacer frente a la amenaza del VIH, muchos marcos nacionales no han sido aplicados con eficacia. Por ejemplo, aunque casi todos los países tienen marcos estratégicos nacionales para atender a los grupos más expuestos, menos de la mitad han prestado servicios de prevención dirigidos específicamente a los consumidores de drogas inyectables, a los hombres que mantienen relaciones homosexuales o a los trabajadores del sexo en la totalidad o la mayoría de los distritos que los necesitan.

B. Prevención del VIH

22. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH de 2001 se reconoció que la prevención debía ser “la base de nuestra acción”. Los Estados Miembros se comprometieron a aplicar estrategias amplias y empíricas para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH y apoyar programas encaminados a prevenir la transmisión del VIH en los grupos vulnerables más gravemente afectados por la epidemia. En la Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2006 se prometían medidas a nivel mundial, regional y nacional para garantizar el acceso universal a medidas preventivas que podían salvar muchas vidas.

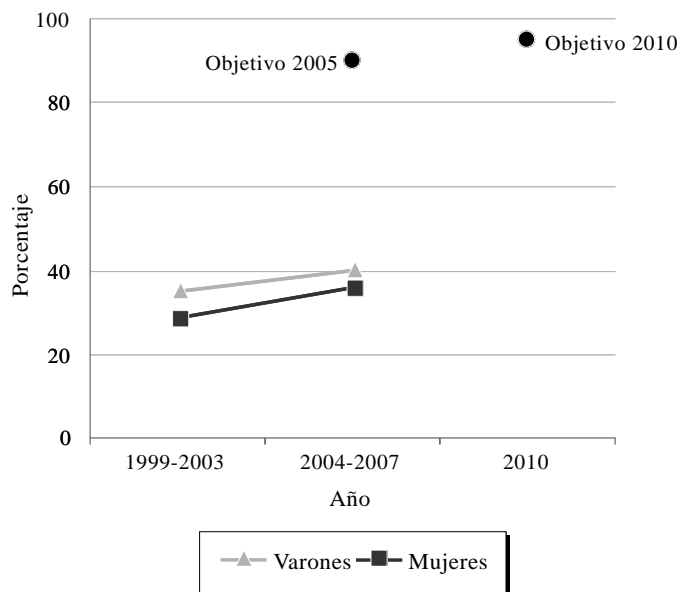
23. Como parte de la Declaración de compromiso de 2001, los Estados Miembros se comprometieron a reducir en un 25% el número de infecciones por el VIH entre los jóvenes para 2010. Con objeto de evaluar los progresos realizados en el logro de ese objetivo, los países presentaron datos de encuestas sobre el número de jóvenes seropositivos en las clínicas prenatales. En 12 países de elevada prevalencia² que disponen de datos suficientes para poder definir las tendencias imperantes, la prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes ha disminuido desde 2000-2001, en algunos casos en más del 25%, y en otros en menor medida. Sin embargo, no se ha observado ninguna reducción de la prevalencia del VIH entre los jóvenes en Mozambique, Sudáfrica y Zambia.

1. Aumento de los conocimientos de los jóvenes

24. Los Estados Miembros prometieron que para 2010 un 95% de los jóvenes de 15 a 24 años tendrían conocimientos exactos y completos sobre el VIH. En 2007, las encuestas nacionales llegaron a la conclusión de que el 40% de los varones jóvenes y el 36% de las mujeres jóvenes tenían conocimientos exactos sobre el VIH, según las respuestas dadas a cinco preguntas sobre el tema (gráfico 5). Si bien estas cifras ponen de manifiesto la misma tendencia al aumento de los conocimientos que se había observado en los primeros años del presente decenio, las tasas son bastante inferiores a las previstas en la Declaración de compromiso de 2001. Tanto en el África Subsahariana como a nivel mundial, las mujeres jóvenes tenían menores conocimientos básicos sobre el VIH que los varones. La mayoría de los jóvenes saben que los preservativos pueden impedir la transmisión de la enfermedad por vía sexual y el 80% de los jóvenes de ambos sexos son conscientes de que mantener una relación monógama con una persona igualmente seronegativa o seropositiva constituye una estrategia de prevención eficaz.

² Se trata de las Bahamas, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Namibia, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Swazilandia y Zimbabwe.

Gráfico 5
**Conocimientos adecuados sobre el VIH entre los jóvenes
 (de 15 a 24 años), 1995-2005**



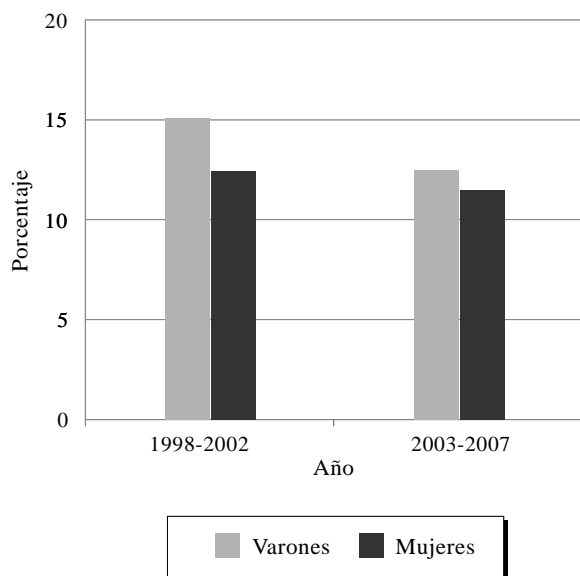
25. De los países en los que la epidemia se ha generalizado, menos del 70% han impartido educación sobre el VIH en las escuelas de la mayoría o la totalidad de los distritos y un 61% han establecido programas de prevención para los jóvenes fuera del ámbito escolar. Con frecuencia no se ha evaluado la calidad de los programas existentes.

2. Reducción de la transmisión del VIH por vía sexual

26. En los últimos años, los datos de algunos países, como Kenya y Zimbabwe, indican que pueden lograrse cambios significativos en el comportamiento sexual de gran parte de la población y que esos cambios pueden hacer retroceder la epidemia a nivel nacional.

27. En los países de ingresos bajos y medianos, el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años disminuye en todas las regiones, lo que supone una continuación de la tendencia observada en años anteriores del presente decenio (gráfico 6). Entre 1998 y 2007, la proporción de jóvenes a nivel mundial que declaraban haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años bajó del 14% al 12%. A escala mundial, es mucho más probable que los chicos declaren tener relaciones sexuales antes de los 15 años, excepto en el África Subsahariana, donde las adolescentes menores de 15 años tienen casi un 50% más de posibilidades que los chicos de ser sexualmente activas. Si bien a nivel mundial hay una clara tendencia a que se retrase el inicio de la actividad sexual, las encuestas revelan variaciones sustanciales entre los países, y en algunos la tendencia es incluso a iniciar antes la actividad sexual. A escala mundial, el 15% de los hombres adultos de 15 a 49 años declaraban haber mantenido relaciones sexuales con más de una persona durante los 12 meses precedentes, en comparación con el 6% de las mujeres.

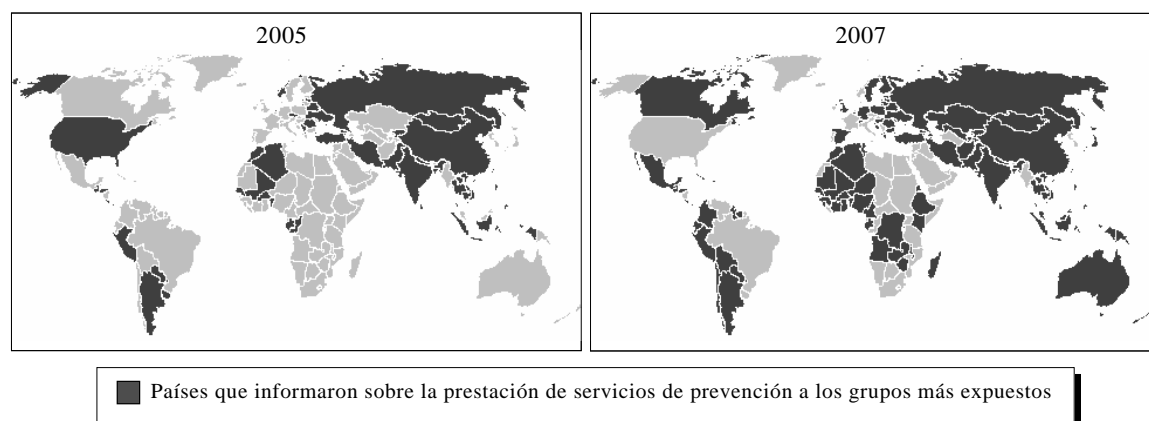
Gráfico 6
Porcentaje de jóvenes que empiezan a tener relaciones sexuales antes de los 15 años, por género



3. Prevención del VIH entre las poblaciones más expuestas

28. En diversos países de todo el mundo, determinados grupos están especialmente expuestos al VIH, entre ellos los consumidores de drogas inyectables, los hombres que mantienen relaciones homosexuales y los profesionales del sexo.

Gráfico 7
Países que en 2005 y 2007 informaron sobre la prestación de servicios de prevención a los grupos más expuestos



29. Como puede verse en el gráfico 7, un creciente número de países informan acerca de las necesidades de los grupos de población más expuestos al VIH, lo que posiblemente se debe a que son más conscientes de la importancia de tales grupos en las medidas que se adoptan a nivel nacional. Sin embargo, la mayoría de los países todavía no aplican programas de prevención dirigidos específicamente a los grupos más expuestos. Por ejemplo, tan sólo un 34% de los países en los que la epidemia está muy concentrada o tiene una baja prevalencia han aplicado programas para reducir el riesgo entre los consumidores de drogas inyectables. En 17 países informantes, el 46% de los consumidores de drogas inyectables dijeron saber dónde podían someterse a una prueba de detección del VIH y conseguir preservativos y equipo estéril para inyecciones. A nivel regional, la cobertura de prevención para los consumidores de drogas inyectables es mayor en el Asia Meridional y Sudoriental, un 62%. De este modo, mientras países como Indonesia desarrollan programas generales de reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables, en otros países el acceso a componentes fundamentales de ese tipo de programas sigue siendo limitado, por ejemplo en muchos países de Europa Oriental y el Asia Central.

30. El 39% de los países donde la epidemia está muy concentrada o tiene una baja prevalencia han aplicado en la totalidad o la mayoría de los distritos necesitados programas de reducción del riesgo para hombres que mantienen relaciones homosexuales. El 40% de los hombres que mantienen relaciones homosexuales encuestados en 28 países dicen saber dónde pueden obtener preservativos o someterse a la prueba de detección del VIH. En varios países, por ejemplo Armenia, Grecia, México, Papua Nueva Guinea y Turquía, menos del 25% de los hombres que mantienen relaciones homosexuales tienen acceso a los preservativos. Se necesita con urgencia una mayor determinación a nivel nacional para intensificar las actividades de prevención dirigidas a los hombres que mantienen relaciones homosexuales, como la que ha demostrado recientemente el Brasil, que en 2008 lanzó una iniciativa en los medios de comunicación nacionales para reducir el riesgo entre los hombres jóvenes que mantienen relaciones homosexuales.

31. Por lo general, los profesionales del sexo tienen más probabilidades que los hombres que mantienen relaciones homosexuales de poder acceder a servicios de prevención del VIH. El 61% de los países en los que la epidemia se ha generalizado afirman haber establecido servicios de prevención para los profesionales del sexo en la totalidad o la mayoría de los distritos. A nivel mundial, el 60% de los profesionales del sexo declaraban tener acceso a la prueba de detección del VIH y a los preservativos, aunque en varios países sólo pueden recibir condones menos de la mitad de quienes los necesitan.

4. Prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo

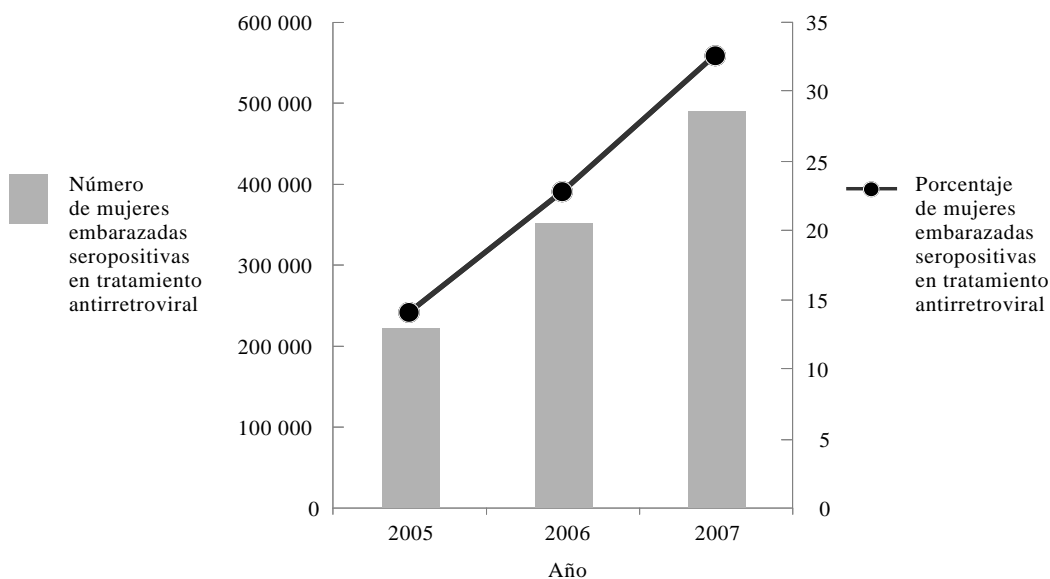
32. Aunque los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo demostraron su eficacia a un costo razonable durante los años noventa, en 2007 una de cada seis nuevas personas infectadas por el VIH era un niño. La gran mayoría de esas infecciones se producía durante el embarazo o el parto, o de resultas del amamantamiento. La mayoría de los niños infectados en la fase perinatal mueren antes de cumplir los 2 años.

33. Los países de elevados ingresos han eliminado prácticamente el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo mediante la adopción de amplias medidas preventivas, en particular la prevención primaria de la infección, la reducción de los

embarazos no deseados entre mujeres seropositivas, la prueba de detección del VIH a cargo de los proveedores y el asesoramiento en el período prenatal, la difusión oportuna de métodos profilácticos antirretrovirales y la alimentación segura del niño. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001, los países prometieron que el 80% de las mujeres embarazadas que recibían atención prenatal tendrían acceso a servicios de prevención del VIH. Según estimaciones epidemiológicas revisadas, la prevención de la transmisión de la madre al hijo aumentó del 14% en 2005 al 34% en 2007 (gráfico 8).

34. Sin embargo, hay excepciones notables a los promedios mundiales, como las Bahamas, Botswana y Tailandia, donde en 2007 la cobertura llegó hasta el 80%, lo que demuestra que es posible conseguir el acceso universal a nivel nacional. Botswana, donde el Gobierno consideró prioridad nacional la prevención de la transmisión de la madre al hijo, redujo en 2007 la tasa de infección de los niños nacidos de madres infectadas al 4%, lo que demuestra la viabilidad y el impacto de esos programas aun cuando los recursos disponibles sean limitados.

Gráfico 8
Número y porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron tratamientos antirretrovirales, 2005-2007



35. Estos avances demuestran que es posible conseguir que la transmisión del VIH de la madre al hijo sea algo excepcional incluso cuando sólo se dispone de recursos limitados. Aprovechando los éxitos recientes, los gobiernos, los donantes y otras partes interesadas deberían redoblar los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo, procurando en especial hacer llegar esos servicios no sólo a las zonas urbanas sino también a las rurales.

5. Búsqueda de nuevas tecnologías para prevenir la transmisión del VIH

36. Desde la publicación de los resultados de los ensayos clínicos relativos a la circuncisión de los varones adultos³ que vinieron a corroborar las observaciones de que la circuncisión reduce el riesgo de transmisión sexual de la mujer al hombre aproximadamente en un 60%, muchos países están introduciendo o ampliando programas de circuncisión. Se están realizando estudios para determinar si la circuncisión de los varones adultos contribuye directamente a prevenir la transmisión a sus parejas y si beneficia también a los hombres que mantienen relaciones homosexuales.

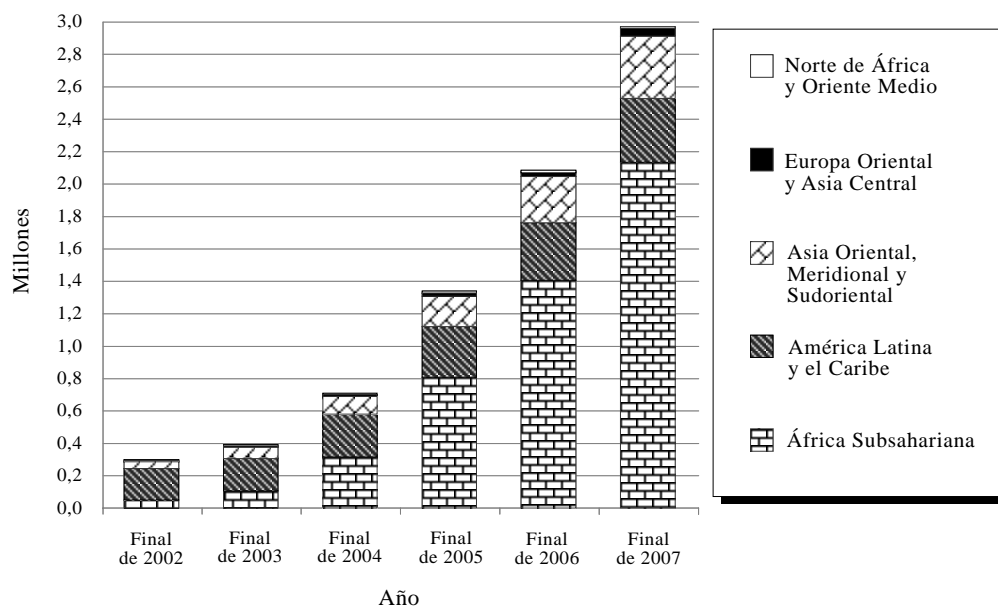
37. Los resultados de ensayos con otros posibles métodos de prevención han sido más modestos. Los estudios de la vacuna más prometedora contra el VIH se interrumpieron en septiembre de 2007 a causa de su ineficacia. De manera análoga, los estudios de microbicidas de nueva generación no parecen ofrecer ventajas para la prevención y también han dado resultados decepcionantes para una posible prevención del VIH los diafragmas para mujeres y el tratamiento con acyclovir del virus del herpes simple de tipo 2. Pero, pese a su ineficacia, estos ensayos han sido útiles para orientar futuras investigaciones. En el caso de los microbicidas, por ejemplo, ya se está trabajando en una nueva generación de posibles productos, por ejemplo, geles con un medicamento antirretroviral de aplicación tópica. Continúan las investigaciones con otros métodos experimentales, como la profilaxis antirretroviral previa a la exposición. La probabilidad de que se tarde algún tiempo en lograr importantes avances biomédicos en materia de prevención pone de manifiesto una vez más la importancia de aprovechar al máximo las estrategias eficaces de prevención actualmente disponibles.

C. Tratamiento y atención de los afectados por el VIH

38. Se calcula que, al final de 2007, 3 millones de personas en países de ingresos bajos y medianos estaban recibiendo tratamientos antirretrovirales, un 42% más que en diciembre de 2006, lo que supone una decuplicación de los resultados durante los cinco últimos años. A nivel mundial, casi el 30% de quienes se estimaba que necesitaban medicamentos antirretrovirales en 2007 los estaban recibiendo (gráfico 9).

³ Se celebraron ensayos clínicos en Sudáfrica, Kenya y Uganda.

Gráfico 9
Número de persona que recibían medicamentos antirretrovirales en países de ingresos bajos y medianos, 2002-2007



39. El aumento del acceso a los tratamientos ha sido espectacular en muchos países. Por ejemplo, en Namibia, donde en 2003 la cobertura era insignificante, en 2007 recibía medicamentos antirretrovirales el 88% de las personas que los necesitaban. En Rwanda, la cobertura pasó del 1% en 2003 a casi el 60% en 2007. En Tailandia y Viet Nam, la cobertura del tratamiento se multiplicó por más de 10 entre 2003 y 2007.

40. A nivel mundial parece existir una paridad entre los géneros en cuanto al acceso a tratamientos antirretrovirales. En varios países en los que la epidemia se ha generalizado, sin embargo, la cobertura es mucho mayor entre las mujeres. En cambio, en varios países donde la epidemia está concentrada, las mujeres que necesitan medicamentos antirretrovirales tienen bastantes menos probabilidades de recibirlos.

41. A despecho de los considerables progresos realizados en la ampliación del acceso a tratamientos del VIH que permiten conservar la vida, se necesitarán avances mucho mayores para conseguir acceso universal al tratamiento y atención de los infectados por el VIH. Si se mantiene la tendencia actual a la expansión de los tratamientos, 4,6 millones de personas necesitadas recibirán tratamientos antirretrovirales en 2010 y 8 millones en 2015. Estas cifras son inferiores a las necesidades previstas; se calcula que, en 2007, 9,8 millones de personas que vivían con el VIH necesitaban desde el punto de vista médico tratamientos antirretrovirales y esta cifra aumentará con toda seguridad a medida que progrese la enfermedad en los más de 33 millones de personas que actualmente viven con el VIH.

42. Gracias a la promoción llevada a cabo por activistas, por el ONUSIDA y por otros asociados, a la competencia creciente de los fabricantes de genéricos y a los recortes significativos de precios de las empresas farmacéuticas⁴, los precios de muchos medicamentos antirretrovirales de primera línea han registrado fuertes descensos durante el último decenio. Los acuerdos internacionales sobre la propiedad intelectual han contribuido a facilitar el acceso a medicamentos básicos para la supervivencia de las personas que viven con el VIH. Con todo, los precios de los medicamentos antirretrovirales tendrán que seguir bajando para lograr la sostenibilidad de los programas de tratamiento, sobre todo con los nuevos antirretrovirales y los medicamentos terapéuticos de segunda y tercera línea, muchos de los cuales son actualmente más caros que los regímenes estándar de primera línea. Los precios de los medicamentos antirretrovirales no son inmutables, como se demostró cuando la Fundación Clinton y el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos (UNITAID) anunciaron en mayo de 2007 fuertes reducciones de los precios de 16 regímenes diferentes basados en ocho medicamentos antirretrovirales de segunda línea.

43. A pesar de que las personas que viven con el VIH han aumentado de manera significativa su esperanza de vida desde que se inició la intensificación del tratamiento, los enfermos que siguen tratamientos antirretrovirales en los países de bajos ingresos todavía tienen una mortalidad mayor que sus homólogos de países de elevados ingresos. Se considera que esos distintos resultados médicos se deben en parte a una mayor prevalencia de otras enfermedades no diagnosticadas y a diferencias en el acceso a la asistencia sanitaria. Además, las bajas en la continuación de los programas antirretrovirales son cada vez más frecuentes al extenderse esos servicios y están relacionadas con el hecho de que los programas sean de pago y la supresión de la reacción inmunitaria esté más avanzada cuando se inicia el tratamiento antirretroviral.

1. El problema especial de los niños que viven con el VIH

44. En el África Subsahariana los niños que viven con el VIH tienen bastantes menos probabilidades de recibir medicamentos antirretrovirales que los adultos seropositivos. Las diferencias de cobertura entre adultos y niños son especialmente acusadas en el África Occidental.

45. La infección por el VIH es más difícil de diagnosticar en los niños que en los adultos y los medicamentos para adultos que se utilizan en los tratamientos habituales no son apropiados para niños pequeños. Por fortuna, las pruebas fiables para diagnosticar la infección por el VIH en los niños son ahora menos caras y se están utilizando también en lugares remotos. Se han preparado instrumentos fáciles de usar para ayudar a los médicos a administrar dosis adecuadas de medicamentos antirretrovirales a los niños y se dispone también de formulaciones de medicinas diseñadas para la infancia. Ahora se requiere una acción concertada para ampliar el acceso a esos instrumentos y medicamentos en todo el mundo a fin de que los niños tengan igualdad de acceso a los tratamientos del VIH.

⁴ Por ejemplo, el precio medio anual de la combinación de lopinavir y ritonavir en los países de ingresos medianos descendió de 4.510 dólares de los EE.UU. en 2004 a 1.137 dólares de los EE.UU. en 2007; durante el mismo período, el precio del tenofavir bajó de 279 a 225 dólares.

2. Infecciones conjuntas con el VIH y necesidad de un doble tratamiento

46. La tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre las personas que viven con el VIH y sólo en el África Subsahariana representa un 85% de los casos de personas que viven con el VIH y la tuberculosis. Sin embargo, tan sólo un 31% de las personas que viven con el VIH y la tuberculosis a nivel mundial, y un 34% en el África Subsahariana, recibieron terapias antirretrovirales y antituberculosas en 2007.

47. De los 63 países a los que corresponde el 97% de los casos estimados de tuberculosis en personas que viven con el VIH, el 63% han establecido planes nacionales para integrar programas de lucha contra el VIH y la tuberculosis. Sin embargo, los datos actuales sobre la utilización de los programas demuestran que muchos de esos planes no se han ejecutado efectivamente. Aunque en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006-2015, se fijó el objetivo mundial de efectuar pruebas a 1,6 millones de pacientes tuberculosos para detectar el VIH en 2006, en ese año tan sólo se hicieron 706.000 de esas pruebas. De manera análoga, un 42% de los países con epidemias generalizadas de VIH han efectuado pruebas rutinarias de detección de la tuberculosis a personas que viven con el VIH, pero sólo el 27% ofrecen terapia preventiva contra la tuberculosis en todos los distritos a las personas que viven con el VIH. En 2006, menos del 0,1% de las personas que vivían con el VIH recibieron terapia preventiva contra la tuberculosis.

48. La hepatitis B (HBV) y C (HCV) son también infecciones comunes en los adultos y niños que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH y el HCV tienen menor esperanza de vida que las que viven sólo con el VIH, aunque la doble terapia hace aumentar la esperanza de vida de aquellas personas.

3. Necesidad de reforzar los sistemas de salud

49. La grave escasez de profesionales de atención de la salud impide la expansión de los servicios de tratamiento y prevención del VIH en muchos países fuertemente afectados por la epidemia. Mientras que en Noruega hay 347 médicos por cada 100.000 habitantes, en Malawi o la República Unida de Tanzania sólo hay 2. En los últimos años, para abordar el problema de los recursos humanos en los países de ingresos bajos y medianos se han adoptado considerables medidas e innovaciones, consistentes en nuevas iniciativas de formación y educación, enfoques creativos del fomento de la capacidad y la asistencia técnica, y delegación de funciones de los doctores en las enfermeras y demás personal médico en centros de asistencia sanitaria a fin de obtener los máximos resultados con la limitada capacidad profesional disponible. Las organizaciones religiosas, que se encargan de una parte sustancial del tratamiento y la atención de los enfermos de SIDA en muchos países, deberían intervenir de manera integral en las iniciativas nacionales para ampliar el acceso a tratamientos antirretrovirales. A medida que se intensifican los esfuerzos por aumentar la capacidad de los recursos humanos en la asistencia de salud, deben adoptarse medidas comparables para potenciar la capacidad nacional de regulación de medicamentos y la adquisición y el suministro de medicamentos y medios de diagnóstico. Al tiempo que procuran reforzar los sistemas de salud, los países y los donantes deberían hacer también lo posible por potenciar la capacidad de los grupos comunitarios para ayudar a los miembros de los grupos de población vulnerables a acceder a los servicios de salud y de apoyo esenciales.

D. Factores estructurales que determinan el riesgo y la vulnerabilidad

50. Aunque cada caso de transmisión del VIH por vía sexual o por consumo de estupefacientes es el resultado de un comportamiento individual, el riesgo y la vulnerabilidad a la infección por el VIH dependen a menudo de importantes fuerzas sociales que escapan al control de los individuos. La pobreza, las desigualdades entre los géneros y la marginación social que padecen los grupos más expuestos crean dificultades a las personas para reducir el riesgo que corren o para obtener servicios esenciales de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Además de proporcionar a cada persona acceso a medios esenciales de información y prevención, las iniciativas para frenar la propagación de la epidemia deben tener también en cuenta esos factores estructurales, que incrementan el riesgo de transmisión del VIH.

1. Protección y promoción de la salud de las mujeres y las niñas

51. Las desigualdades entre los géneros contribuyen a la propagación constante de VIH, reduciendo la capacidad de las mujeres para protegerse de la transmisión sexual, haciéndolas más vulnerables a la violencia sexual y colocándolas en circunstancias en que corren mayor peligro de infección por el VIH. Las mujeres constituyen actualmente un 61% de los adultos infectados por el virus en África, mientras que los niveles de infección entre las adolescentes de este continente son varias veces superiores a los de los chicos de su misma edad.

52. Más del 80% de los países del mundo, entre ellos el 85% de los del África Subsahariana, aplican políticas para fomentar el acceso de la mujer en condiciones de igualdad a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En el caso de los tratamiento antirretrovirales, los países han conseguido por lo general garantizar el acceso de las mujeres. No está claro hasta qué punto se han puesto en práctica estrategias que tengan especialmente en cuenta las necesidades de la mujer, ya que, si bien muchos países disponen de marcos estratégicos para hacer frente a la carga que la epidemia representa para las mujeres, tan sólo el 53% consignan créditos presupuestarios a programas centrados en las mujeres.

53. Además, las políticas que proporcionan a las mujeres igualdad de acceso a los servicios pierden a menudo eficacia por la falta de leyes que reconozcan el derecho de la mujer a poseer o heredar bienes. Aunque esos marcos jurídicos discriminatorios afectan especialmente a las mujeres viudas a causa del VIH, restan poder a todas las mujeres y las niñas al hacerlas depender más de los hombres.

2. Fundamentación de la respuesta al SIDA en los derechos humanos

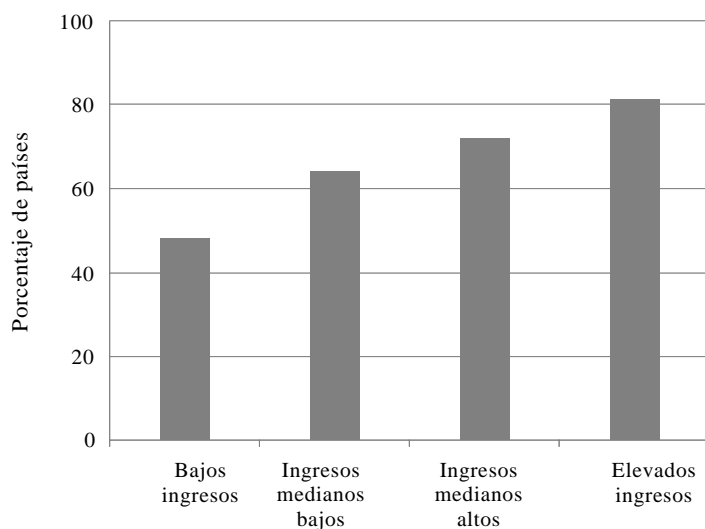
54. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001, los Estados Miembros prometieron fundamentar sus respuestas nacionales al VIH en el marco más general de los derechos humanos. Ese compromiso no es sólo una cuestión de equidad. Debido a que en muchas sociedades hay factores estructurales que contribuyen al riesgo y a la vulnerabilidad al VIH, las actividades de prevención tan sólo tendrán el impacto apetecido si los cambios en los comportamientos de riesgo de las personas van acompañados de transformaciones más amplias de la sociedad.

55. En 2001, los Estados Miembros acordaron por unanimidad aplicar marcos jurídicos y normativos para eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH. En 2007, dos de cada tres países comunicaron que tenían leyes vigentes para evitar la discriminación de las personas que viven con el VIH. No está claro en qué medida se aplican estas leyes contra la discriminación, y en algunos casos los marcos jurídicos favorables pierden eficacia por una tendencia creciente a criminalizar la transmisión del VIH.

56. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 se reconoció que el estigma y la discriminación que sufren los grupos de población más vulnerables también afectan a las medidas que se toman en respuesta a la infección. El 73% de los países comunicaron que tenían leyes o reglamentos contra la discriminación que preveían protecciones específicas a los grupos de población vulnerables. Con todo, sigue habiendo barreras sustanciales que reducen el acceso a los servicios de prevención del VIH: el 63% de los países dicen aplicar políticas que dificultan el acceso de los grupos de población vulnerables a los servicios de la lucha contra el VIH. Como puede verse en el gráfico 10, es más probable que los países con elevados ingresos tengan barreras jurídicas o reglamentarias que reduzcan el acceso de las personas más afectadas a los servicios contra el VIH.

Gráfico 10

Porcentaje de países que declaran tener leyes, reglamentos o políticas que impiden a los grupos de población vulnerables el acceso a los servicios contra el VIH, por nivel de ingresos



E. Atención a las necesidades de los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del SIDA

57. Se calcula que en el África Subsahariana unos 12 millones de niños menores de 18 años han perdido a uno de sus padres o a los dos a causa del SIDA. Las encuestas realizadas indican que el número de hogares con personas recién infectadas por el VIH aumenta rápidamente en algunos de los países más gravemente afectados del África Meridional.

58. En la Declaración de compromiso de 2001 se dispuso que los países debían aplicar estrategias nacionales para potenciar la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades de apoyar a los niños huérfanos y vulnerables a causa del VIH. Los Estados Miembros también prometieron proteger a los huérfanos y otros niños del estigma o la discriminación y los donantes acordaron dar prioridad a los programas dirigidos especialmente a la infancia.

59. Treinta y tres países en los que la epidemia está generalizada comunicaron que tenían una estrategia nacional para atender a las necesidades de los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH. Sin embargo, muchas de esas políticas se quedan en gran parte sin aplicar. En 11 países en los que la prevalencia del VIH entre los adultos es del 5% o más y donde se han realizado hace poco encuestas por hogares, un 15% de los huérfanos vivían en hogares que recibían algún tipo de asistencia, como atención médica, asistencia escolar, apoyo económico o servicios psicosociales. Eso representa tan sólo un ligero aumento con respecto al 10% comunicado por los países de elevada prevalencia en 2005.

60. La educación es fundamental para las posibilidades futuras y el sentimiento de autoestima de los niños y para la transmisión de conocimientos y valores de una generación a otra. En 15 países que deben soportar una pesada carga y en los que se dispone de datos de encuestas recientes por hogares⁵, los huérfanos tenían por término medio un 3% menos de probabilidades de ir a la escuela que los niños no huérfanos, lo que hace pensar que puede estar desapareciendo la diferencia de escolarización entre huérfanos y no huérfanos que era perceptible en fases anteriores de la epidemia.

F. Emergencias humanitarias y situaciones posteriores a conflictos

61. En la Declaración de compromiso de 2001 se decía que los gobiernos y los agentes humanitarios debían afrontar el problema del VIH en las situaciones posteriores a conflictos. Aunque los intentos de aplicar programas contra el VIH en tales situaciones encuentran considerables problemas, se han conseguido progresos significativos en lo que respecta a mejorar el acceso de las poblaciones desplazadas a los servicios. Sin embargo, queda mucho trabajo sustancial por hacer, ya que no se conseguirá el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo a menos que los refugiados y las poblaciones desplazadas estén incluidos en la ampliación de los programas.

G. Movilización de suficientes recursos financieros suficientes

62. En 2001, los Estados Miembros se comprometieron a movilizar entre 7.000 y 10.000 millones de dólares de los EE.UU. para combatir el SIDA en los países de ingresos bajos y medianos en 2005. Este objetivo se alcanzó en 2007.

63. Hubo numerosos contribuyentes al aumento de la financiación de los programas contra el VIH en los países de ingresos bajos y medianos. Creado en respuesta directa a la Declaración de compromiso de 2001, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria había asignado ya en marzo de 2008 10.100 millones

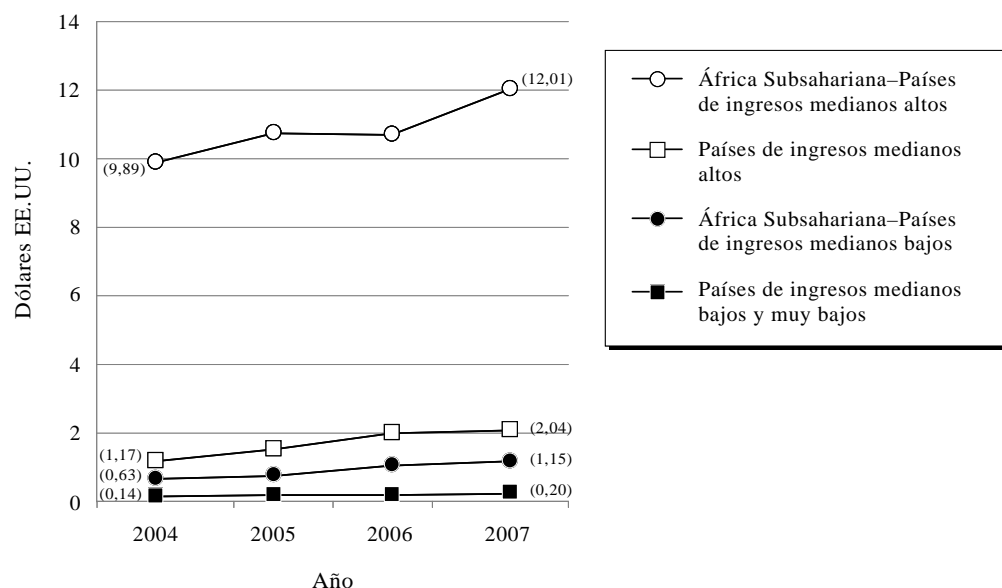
⁵ Se trata de Botswana, el Camerún, Côte d'Ivoire, Gabón, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibia, la República Centroafricana, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

de dólares de los EE.UU. a la financiación plurianual de programas de salud en 136 países, dedicando la mayoría de esos fondos a iniciativas de lucha contra el VIH. Durante los cinco últimos años, el Plan de emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA ha proporcionado más de 15.000 millones de dólares en asistencia económica para servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, y se espera que esa asistencia aumente aún más en los próximos años. En 2006, los desembolsos del Fondo Mundial en los países alcanzaron los 640 millones de dólares de los EE.UU. y los del Plan de emergencia los 2.100 millones de dólares. El apoyo filantrópico a las actividades de lucha contra el VIH en los países de ingresos bajos y medianos casi se duplicó entre 2004 y 2006, alcanzando los 979 millones de dólares.

64. Cabe señalar especialmente los recientes aumentos del gasto de los países más afectados por el VIH. En los países de ingresos bajos y medianos, el gasto público per cápita en la lucha contra el VIH se duplicó con creces entre 2005 y 2007 (gráfico 11). El gasto per cápita en los países de ingresos bajos y medianos sigue aumentando. El mayor gasto per cápita se ha registrado en cinco países de ingresos medianos altos del África Subsahariana, donde en 2007 estaba previsto que alcanzara aproximadamente los 12 dólares de los EE.UU.

Gráfico 11

Gasto público per cápita en la lucha contra el VIH en los países de ingresos bajos y medianos, 2004-2007

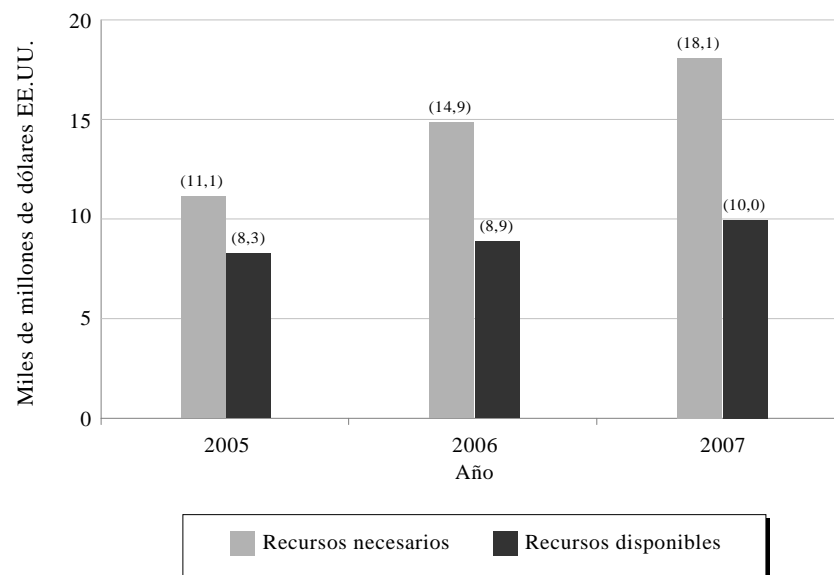


65. Con el tiempo, y tras efectuar nuevos análisis, se ha visto claramente que en la Declaración de compromiso de 2001 se subestimaron los recursos financieros necesarios para organizar una respuesta amplia y empírica en los países de ingresos bajos y medianos. Como puede verse en el gráfico 12, a pesar del aumento de los recursos anuales disponibles para los países de ingresos bajos y medianos, si ese incremento se mantiene al ritmo actual no podrán conseguirse los recursos necesarios previstos para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en el año 2010.

Gráfico 12

Diferencia entre recursos disponibles y recursos necesarios, 2005-2007

(En miles de millones de dólares EE.UU.)



V. Hacia un acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en la lucha contra el VIH: recomendaciones

66. Cuando faltan dos años para que cumpla el plazo fijado para el acceso universal y se ha recorrido la mitad del camino en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, el mundo debe aprovechar los éxitos alcanzados para acelerar el logro del acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo. A menos que se intensifiquen las medidas, es poco probable que el mundo consiga el objetivo del acceso universal para 2010. Sin embargo, en varios países, es posible que se logre el acceso universal a determinados servicios, por ejemplo, las Bahamas, Botswana y Tailandia, entre otros países, han conseguido ya una cobertura del 80% (o una cobertura total) en la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo. Igualmente difícil es alcanzar una de las metas incluidas en los objetivos de desarrollo del Milenio, la de empezar a hacer retroceder las epidemias nacionales para 2015, logrando una disminución del porcentaje de jóvenes seropositivos. Para afrontar con éxito esos importantes desafíos, hay que poner en práctica con urgencia las recomendaciones que se indican a continuación.

Liderazgo

67. **Debe haber un compromiso y un liderazgo políticos fuertes y sostenidos, con la participación de todos los sectores pertinentes de la sociedad, la sociedad civil y las personas que viven con el VIH, a fin de aprovechar los éxitos recientes y avanzar con mayor rapidez hacia el logro del acceso universal a los**

servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo. El auténtico liderazgo se pone de manifiesto en la acción, no en las palabras. En muchos países existe un desfase entre la aprobación de marcos estratégicos nacionales y su aplicación efectiva. Cuando se da ese desfase, es preciso afrontarlo y reducirlo. De manera análoga, los gobiernos de países de ingresos altos deben garantizar el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, y también aumentar sustancialmente la asistencia financiera a los países de ingresos medianos y bajos para que puedan alcanzar los objetivos del acceso universal. Lograr y mantener el acceso universal a los servicios mencionados es la mejor manera de garantizar que los progresos recientes logrados por diversos países se mantengan y puedan extenderse también a otros países.

Sostenibilidad de la respuesta al VIH

68. Hasta la fecha, la respuesta al VIH ha sido considerada y gestionada en parte como una medida de emergencia. Para superar la epidemia de VIH se requiere una intervención sostenida y a largo plazo. La sostenibilidad de la respuesta debe ser fundamental en la planificación y aplicación de todas las medidas relacionadas con el VIH. Para ello, es preciso que los mecanismos de financiación sean sólidos y duraderos, y puedan reforzarse cuando son débiles o crearse cuando no existen; pueden mobilizarse recursos humanos sin precedentes en los países de ingresos medianos y bajos y cuando haga falta, crearse y mantenerse nuevos sistemas esenciales para hacer posible una respuesta sostenible. Los dirigentes nacionales de los países afectados, los líderes de los gobiernos donantes, los investigadores, las organizaciones no gubernamentales y todas las demás partes interesadas en la lucha contra el VIH deben hacer planes a largo plazo.

Fomento de una amplia prevención del VIH en los países hiperendémicos

69. En los países en los que la prevalencia del VIH entre los adultos es del 15% o mayor, tan sólo una movilización general de toda la sociedad permitirá abordar con éxito los problemas planteados por el VIH. Sin embargo, en muchos de esos países, los jóvenes están poco informados sobre el VIH, la cobertura de los servicios básicos de prevención es escasa y son pocos los lugares de trabajo que organizan actividades esenciales para la prevención del VIH. Debe aprovecharse al máximo cualquier instrumento disponible que resulte adecuado a las circunstancias del país, como por ejemplo campañas dirigidas a toda la población para advertir de los riesgos de la promiscuidad sexual, actividades enérgicas de promoción para que todos los ciudadanos conozcan su situación serológica, circuncisión de los varones adultos, programas de prevención centrados en los jóvenes y en los grupos de población más expuestos, actividades de prevención en el lugar de trabajo y amplios servicios de prevención de la transmisión del virus de la madre al hijo. A medida que se vaya extendiendo el tratamiento, debería estar estrechamente vinculado a las actividades de prevención.

Organización de una respuesta eficaz contra el VIH en países en los que la epidemia está concentrada

70. Aunque la prevalencia general del VIH sigue siendo baja en los países en los que la epidemia está concentrada, el VIH causa un número extraordinario de bajas en determinados grupos de población, como los consumidores de drogas inyectables, los hombres que mantienen relaciones homosexuales y los profesionales del sexo. En algunos países en los que la epidemia está concentrada, la existencia de posibles “puentes” epidemiológicos entre los grupos de población más expuestos y la población en general plantea el peligro de que la epidemia pueda generalizarse si no se adoptan medidas de prevención eficaces. La promoción de estrategias de prevención dirigidas específicamente a los grupos de población más expuestos es una necesidad urgente de salud pública. La cobertura de los servicios de prevención sigue siendo especialmente baja en los grupos mencionados no a causa de la complejidad de la tarea sino sobre todo por falta de voluntad política. Los dirigentes nacionales deben aprobar leyes y políticas para proteger y promover los derechos humanos de los grupos de población más expuestos al VIH, aplicar políticas que mejoren el acceso a los servicios, eliminar leyes, políticas y condiciones que impidan dicho acceso y dar prioridad a los programas de prevención dirigidos específicamente a esos grupos. El reciente informe de la Comisión sobre el SIDA en Asia ofrece una excelente hoja de ruta para organizar una respuesta enérgica y sostenible al VIH en lugares donde la epidemia tiene escasa prevalencia pero está muy concentrada.

Difusión acelerada y sostenida del tratamiento y fortalecimiento simultáneo de las medidas para hacer frente a la doble infección por el VIH y la tuberculosis

71. Si bien los aumentos recientes del acceso al tratamiento representan un logro importante, al ritmo actual no permitirán lograr el acceso universal, por lo que millones de personas que viven con el VIH no podrán conseguir los tratamientos que necesitan para seguir con vida. Los gobiernos nacionales, los países donantes y otras partes interesadas deberían colaborar para acelerar la difusión del tratamiento. Para eso será preciso aumentar constantemente la asistencia financiera con ese fin, y establecer y reforzar sistemas nacionales sólidos de adquisición, gestión de suministros, reglamentación de medicamentos, control de calidad y formación de trabajadores de la salud. A pesar de que en la mayoría de los casos la tuberculosis puede tratarse y curarse, sigue siendo una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad en las personas que viven con el VIH. Mientras continúan e intensifican sus esfuerzos por lograr el acceso universal a los tratamiento antirretrovirales, los países deberían acometer con urgencia iniciativas destinadas a mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis a fin de reducir la carga inaceptable que supone la tuberculosis para las personas que viven con el VIH.

Hacer frente a las desigualdades entre los géneros que agravan la epidemia de VIH

72. Como el VIH suele transmitirse por vía sexual, la desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres, así como los estereotipos de género, contribuyen a la propagación del virus. Por consiguiente, es vital que los

gobiernos prevean en sus planes nacionales de respuesta al VIH una movilización política y social masiva para hacer frente a las desigualdades entre los géneros y cambiar las normas sexuales. Los programas deben basarse en el compromiso de proteger los derechos humanos de las niñas y las mujeres, intentar dotarlas de los medios necesarios para protegerse de la infección y conseguir una participación significativa de los hombres en esas iniciativas. La respuesta de los países debe garantizar el acceso de las mujeres a toda una serie de servicios de salud sexual y reproductiva, combatir la violencia de género, proteger los derechos de las mujeres a la propiedad y la herencia y reducir la carga desproporcionada de atención a los enfermos que ellas asumen. Los gobiernos deben hacer todo lo posible para que las cuestiones de género se tengan en cuenta en los planes nacionales de acción, se encuentren nuevas fuentes de financiación y la respuesta de los países se beneficie de la plena participación de las mujeres.

Anexo

Función de las Naciones Unidas en el fortalecimiento y el apoyo a la respuesta al VIH

El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne en un único presupuesto y plan de trabajo bienal las actividades de diez copatrocinadores relacionadas con el VIH, y la Secretaría de las Naciones Unidas se ocupa también de esta cuestión de acuerdo con la División de Apoyo Técnico del ONUSIDA. Entre las actividades llevadas a cabo en 2007 figuran las siguientes:

- La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), colaborando estrechamente con otras entidades de las Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales, ha prestado apoyo técnico y económico a más de 70 países. El ACNUR ha publicado una guía oficial sobre el VIH en crisis humanitarias y posteriores a conflictos, dirigido evaluaciones interinstitucionales de programas sobre el VIH en este tipo de situaciones en 10 países y contribuido a un aumento significativo de la utilización de medicamentos antirretrovirales entre los refugiados y las poblaciones desplazadas.
- El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) apoya la ampliación nacional de la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo; el diagnóstico y el tratamiento pediátricos del VIH; la protección, la atención y el apoyo a niños afectados por el SIDA; y la prevención de la transmisión del VIH en adolescentes de más de 100 países.
- El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ayudó a más de 90 países a abordar los vínculos existentes entre la epidemia del VIH y el desarrollo. El PNUD y otras entidades asociadas ayudaron a los países a dar más prioridad al VIH en los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y los planes nacionales de desarrollo, y también facilitaron las iniciativas nacionales para aplicar con flexibilidad los acuerdos sobre la propiedad intelectual a fin de ampliar el acceso a los medicamentos esenciales. Junto con el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer y la secretaria del ONUSIDA, el PNUD organizó una consulta mundial sobre el género y el SIDA a fin de dar una orientación sobre las cuestiones de género en las respuestas nacionales al SIDA.
- La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) dirige la Iniciativa mundial de educación preventiva contra el VIH/SIDA, que en 2007 abarcaba actividades en 60 países, incluida la selección de medidas nacionales prioritarias en 39 de ellos. La UNESCO prestó amplio apoyo técnico a actividades relacionadas con el VIH en el sector de la educación en todo el mundo, por ejemplo mediante la organización de siete talleres subregionales de fomento de la capacidad en 2007.
- El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) apoyó a 154 países en la expansión del acceso a los servicios y medios de salud sexual y reproductiva, por ejemplo mediante el fomento de programas generales de suministro de preservativos. El número de preservativos femeninos distribuidos aumentó de 13,9 millones en 2005 a 25,9 millones en 2007 y, en cooperación con el ACNUR, el UNFPA ha proporcionado más de 28 millones de preservativos masculinos y casi 300.000 preservativos femeninos a refugiados de 23 países.

- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito prestó apoyo técnico o financiero por lo menos a 30 países para la prevención del VIH y la atención a usuarios de drogas inyectables y a reclusos. Para ello se preparó un marco de asistencia a los países a fin de que pudieran organizar estrategias nacionales eficaces contra el VIH en establecimientos penitenciarios, y elaborar normas para el tratamiento de la toxicomanía, así como una guía técnica para que los países avanzaran hacia la universalización del acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para los consumidores de drogas inyectables.
- La Organización Internacional del Trabajo (OIT) prestó en 2007 apoyo técnico a los gobiernos y a organizaciones de empleadores y trabajadores de más de 70 países, de todas las regiones, de acuerdo con los principios establecidos en el repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo. La red de educadores inter pares de la OIT trabaja en 47 países, y en 2007 28 países recibieron asistencia de la OIT para preparar o revisar sus leyes y políticas relativas al VIH.
- El Programa Mundial de Alimentos (PMA) proporcionó ayuda alimentaria a más de 330.000 beneficiarios de 16 países africanos durante la fase inicial del tratamiento del VIH, como parte de su apoyo a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en la lucha contra el VIH en 50 países. En 2007, el PMA aportó ayuda alimentaria a programas de prevención de la transmisión de la madre al hijo en 14 países, colaborando estrechamente con los gobiernos, la sociedad civil y el ONUSIDA.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) fomentó las pruebas de detección del VIH y los servicios de asesoramiento en centros de salud, colaboró con la secretaría del ONUSIDA para preparar medios operacionales para servicios de circuncisión de varones y apoyó la ampliación de programas para prevenir la transmisión del virus de la madre al hijo. La OMS ha ayudado también a los países a estimar las necesidades de recursos humanos y fomentar la capacitación, la retención de personal cualificado, y la delegación de tareas de acuerdo con los planes nacionales. Se han simplificado los tratamientos de primera y de segunda línea para adultos y niños y se ha apoyado a los países mediante acuerdos para la adquisición y obtención de medicamentos de segunda línea a nivel mundial.
- El Banco Mundial financió programas nacionales y regionales de lucha contra el VIH, apoyó la rápida ejecución de los programas y contribuyó a reforzar la capacidad de seguimiento y evaluación de los países, en parte mediante el apoyo práctico a las actividades de seguimiento y evaluación en 56 países a través del Equipo de apoyo para la vigilancia y evaluación mundial del VIH/SIDA. Gracias a los servicios de la estrategia y plan de acción contra el SIDA, acogidos por el Banco Mundial, 39 países recibieron asistencia técnica directa para mejorar sus estrategias y planes de acción nacionales.