



RESUMEN

PRÓLOGO

El informe de este año sobre las intervenciones contra el VIH/sida en el sector de la salud presenta pruebas convincentes de que se han hecho progresos en la lucha mundial contra el VIH/sida, pero también deja claro cuánto queda todavía por hacer.

En 2009, los países, los asociados y las comunidades consiguieron ampliar el acceso a la prevención, el tratamiento y la asistencia de la infección por el VIH.

Se han hecho progresos importantes hacia el objetivo de eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH en 2015. Más de la mitad de las embarazadas con VIH de los países de ingresos bajos y medianos han recibido antirretrovíricos para prevenir la transmisión del virus a sus hijos, y ha aumentado el número de niños infectados que se benefician de programas de tratamiento y atención. Los programas de prevención dirigidos por la comunidad y basados en los derechos han contribuido a reducir el número de infecciones por el VIH. Las nuevas directrices de la OMS acerca del tratamiento antirretrovírico recomiendan que se inicie en estadios más tempranos de la enfermedad y, una vez que se estén aplicando plenamente, estos cambios pueden ayudar a reducir aún más la morbilidad y la mortalidad por el VIH.

Todos estos avances son alentadores. No obstante, el presente informe también demuestra que, a escala mundial, en 2010 no se alcanzarán las metas del acceso universal a la prevención, tratamiento y asistencia de la infección por el VIH.

Solo un tercio de las personas que lo necesitan tienen acceso al tratamiento antirretrovírico, la cobertura de las intervenciones preventivas sigue siendo insuficiente, y la mayoría de las personas con VIH siguen sin conocer su estado serológico. En muchos países las personas más afectadas por el VIH y a las cuales es más difícil acceder siguen sufriendo diariamente la estigmatización, la discriminación y la marginación social; entre ellas se encuentran las personas con VIH, los trabajadores del sexo, los consumidores de drogas inyectables, los hombres con relaciones homosexuales, los transexuales, los prisioneros y los emigrantes.

Al mismo tiempo, la crisis financiera y la consiguiente recesión económica han llevado a algunos países a revisar sus compromisos con los programas de lucha contra el VIH. La reducción de la financiación de los servicios relacionados con la infección por el VIH amenaza no solo con anular los beneficios obtenidos en los últimos años, sino que también pone en gran peligro la consecución de otros Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y en especial los relacionados con la salud maternoinfantil.

Aunque la respuesta mundial al VIH puede haber puesto de manifiesto las limitaciones de los sistemas de salud actuales, también ha impulsado acciones más concertadas para abordar problemas sistémicos más generales, como la capacidad en materia de recursos humanos, la infraestructura física, las cadenas de suministro, la financiación de la salud o los sistemas de información.

Como se ha demostrado en muchos países, la actual expansión de los programas de VIH puede explotarse con éxito para afrontar obstáculos sistémicos crónicos que han impedido que se obtengan otros resultados sanitarios. También debemos integrar de forma estratégica las intervenciones contra el VIH/sida en los servicios, estrategias y planes nacionales de salud, y en particular en los de salud sexual, reproductiva y maternoinfantil, y en los de tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y reducción de daños.

Siguen siendo necesarios planteamientos especiales para abordar las circunstancias y necesidades particulares de las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH. Las estrategias nacionales basadas en los derechos deben incluir esfuerzos especiales para llegar a los más pobres y a las víctimas de la exclusión social. Los programas se deben diseñar y ejecutar de forma que garanticen la equidad en el acceso, en particular a los niños y a las mujeres. Solo ese compromiso combinado con la planificación y la ejecución de los programas, basado en un marco sólido de atención primaria, puede lograr plenamente la sinergia entre diferentes intervenciones, garantizar la sostenibilidad de los programas y potenciar al máximo la cobertura y el impacto.

Aunque hay muchas posibilidades de mejorarlos, los programas de lucha contra el VIH han tenido un impacto positivo en los resultados de otras enfermedades y, a un nivel más general, en el desarrollo económico y social. Las repercusiones en la salud pública son evidentes: aunque hay que seguir fortaleciendo la respuesta a otras prioridades de la salud pública, ello debe añadirse al compromiso continuo y cada vez mayor con la lucha contra el VIH. Solo la colaboración permitirá cambiar el curso de la epidemia.

Tenemos los conocimientos y la capacidad para lograr el acceso universal y cambiar el curso de la epidemia. Convirtamos los retos que tiene ante sí la respuesta mundial al VIH en una oportunidad para renovar nuestros esfuerzos y cumplir nuestros compromisos colectivos.



Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud



Michel Sidibe
Director Ejecutivo
ONUSIDA



Anthony Lake
Director Ejecutivo
UNICEF

RESUMEN

Sinopsis

La epidemia de VIH, con sus 33,4 millones de personas infectadas en todo el mundo, sigue siendo un importante reto para la salud pública mundial. Solo en 2008 hubo 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH.

Desde 2006, cuando los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a ampliar los servicios y las intervenciones con el fin de lograr en 2010 el acceso universal a la prevención, tratamiento, asistencia y apoyo a la infección por el VIH, las Secretarías de la OMS, del UNICEF y del ONUSIDA han procurado monitorizar los principales componentes de la respuesta mundial del sector de la salud a la epidemia de VIH. En el presente informe, el cuarto informe anual sobre los progresos realizados que se publica desde 2006, se evalúa la situación a finales de 2009, es decir, un año antes de la meta fijada para el acceso universal. En el informe se compila información procedente de 183 de los 192 Estados Miembros de las Naciones Unidas (144 países de ingresos bajos y medianos y 39 de ingresos elevados) acerca del estado de la respuesta mundial del sector de la salud al VIH, de los progresos realizados y de los obstáculos que quedan por superar para lograr el acceso universal.

Durante el año 2009 siguieron haciéndose progresos en materia de ampliación del acceso a las pruebas de detección del VIH y a la prevención, tratamiento y asistencia de la infección en los países de ingresos bajos y medianos. En algunos países ya se ha logrado el acceso universal (definido como una cobertura de al menos un 80% de la población necesitada) al tratamiento antirretrovírico y/o a los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del virus. En otro buen número de países el acceso universal

es claramente alcanzable a finales de 2010. Pese a estos resultados alentadores, es improbable que en 2010 se alcancen las metas mundiales de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo en materia de infección por el VIH, y ello tiene importantes implicaciones no solo en el ODM relacionado específicamente con el VIH (ODM 6), sino también en otros, tales como los ODM 4 y 5, cuyas metas están relacionadas con la salud de la madre y el niño. Tras años de considerable aumento de la asistencia internacional, la financiación se ha estancado en el período actual. En el contexto de la crisis financiera mundial, el presente informe destaca lo urgente que es seguir movilizando el apoyo de los países, los donantes y los organismos mundiales, con el fin de responder a la epidemia de VIH y contribuir a la consecución de los ODM.

Pruebas de VIH y asesoramiento

En 2009 aumentó el número de países que han adoptado políticas sobre las pruebas de VIH y el asesoramiento practicados a instancias de los profesionales sanitarios, y siguió aumentando el número de centros que prestan esos servicios. Hasta diciembre de 2009, más de dos tercios de los países del África subsahariana y de América Latina y el Caribe habían introducido políticas de apoyo a las pruebas de VIH y asesoramiento practicados a instancias de los profesionales sanitarios.

También aumentó el número de pruebas de VIH realizadas en todo el mundo. En 2009 se sometieron a estas pruebas 67 millones de personas en 100 países informantes. En los 82 países con datos comparables obtenidos

Indicadores fundamentales de los progresos realizados en 2009 en los países de ingresos bajos y medianos¹

	Diciembre de 2008	Diciembre de 2009
Número de adultos y niños en tratamiento con antirretrovíricos	4 053 000	5 254 000
Cobertura del tratamiento antirretrovírico en adultos y niños :		
según las directrices de la OMS de 2010 (inicio del tratamiento con recuentos de células CD4 M 350 por mm ³)	28% [26-31%]	36% [33-39%]
según las directrices de la OMS de 2010 (inicio del tratamiento con recuentos de células CD4 M 200 por mm ³)	42% [38-48%]	52% [47-58%]
Cobertura del tratamiento antirretrovírico en menores de 15 años	22% [16-34%]	28% [21-43%]
Porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que reciben antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil	45% [37-57%]	53% [40-79%]

¹ Véase el recuadro Orientaciones actuales sobre el tratamiento antirretrovírico y sus repercusiones en las estimaciones de las necesidades.

en 2008 y 2009, el número mediano de pruebas realizadas por 1000 habitantes aumentó de 41 a 50.

No obstante, el conocimiento del estado serológico del VIH¹ siguió siendo insuficiente. De acuerdo con los datos de 10 encuestas poblacionales nacionales realizadas recientemente el África subsahariana, el porcentaje mediano de personas con VIH que conocen su estado serológico es inferior al 40%. Además, los programas de pruebas y asesoramiento no siempre están adaptados al contexto local, y siguen existiendo discrepancias considerables entre las necesidades y las prácticas existentes en esta materia.

Intervenciones del sector de la salud para prevenir la infección por el VIH

Aumentó el número de países de ingresos bajos y medianos que refirieron realizar actividades de vigilancia del VIH en algunos grupos de población con mayor riesgo de infección, tales como los consumidores de drogas inyectables, los trabajadores del sexo y los hombres con relaciones homosexuales. No obstante, la mayoría de los países seguían sin poder proporcionar datos sobre la cobertura de los programas de prevención del VIH en estos grupos de población, y los datos comunicados son a veces de escasa calidad y representatividad.

En 2009, en los 27 países de ingresos bajos y medianos que presentaron informes, el porcentaje mediano de consumidores de drogas inyectables a los que se hicieron llegar programas de prevención del VIH en los 12 meses anteriores a las encuestas fue del 32%. De los 92 países que aportaron información sobre las políticas de reducción de daños entre los consumidores de drogas inyectables, 36 dijeron tener programas de distribución de jeringuillas y agujas, y 33 ofrecían tratamiento de sustitución con opioides. El número de jeringuillas distribuidas por cada consumidor de drogas inyectables es en todos los países informantes inferior a la cifra recomendada internacionalmente de 200 jeringuillas por consumidor y año.

Entre los 21 países informantes, el porcentaje mediano de hombres con relaciones homosexuales a los que se hicieron llegar programas de prevención del VIH en los 12 meses anteriores a la encuesta fue del 57%. En el caso de las trabajadoras del sexo la cifra correspondiente fue del 58% en 38 países informantes.

Siguen existiendo múltiples obstáculos legales y socioculturales que impiden o dificultan a los consumidores de drogas inyectables, a los hombres con relaciones

homosexuales y a los trabajadores del sexo el acceso y la utilización de los servicios de atención sanitaria. Para resolver estos problemas es necesario eliminar las leyes punitivas que criminalizan sus comportamientos y crear entornos facilitadores que reduzcan la estigmatización y la discriminación y protejan los derechos humanos.

Se han hecho algunos progresos en la creación y aplicación de nuevos instrumentos y tecnologías preventivas. Hasta enero de 2010 se habían realizado más de 133 000 circuncisiones masculinas en seis países del África subsahariana que informaron sobre la prestación de servicios.

La disponibilidad y la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos para transfusión siguen siendo cuestiones preocupantes en los países de ingresos bajos y medianos. Solo el 48% de las donaciones de sangre realizadas en los países de ingresos bajos fueron sometidas a pruebas de detección con garantías de calidad, frente al 99% y el 85% de las realizadas en los países de ingresos elevados y medianos, respectivamente.

Orientaciones actuales sobre el tratamiento antirretrovírico y sus repercusiones en las estimaciones de las necesidades

En 2009 y 2010 la OMS publicó revisiones de sus directrices y recomendaciones sobre: 1) el tratamiento antirretrovírico de los adultos y los adolescentes, incluidas las embarazadas; 2) el uso de los antirretrovíricos para tratar las embarazadas y prevenir la infección de sus hijos por el VIH; 3) el tratamiento antirretrovírico de la infección por VIH en lactantes y niños, y 4) la alimentación del lactante en el contexto de la infección por el VIH.

Las directrices actuales de la OMS sobre el tratamiento antirretrovírico de los adultos y los adolescentes, incluidas las embarazadas, recomiendan que se inicie el tratamiento cuando los recuentos de células CD4 alcanzan cifras iguales o inferiores a 350 por mm³, independientemente de que los pacientes presenten o no síntomas clínicos (véanse los recuadros 4.1 y 4.2). Aunque este cambio ha aumentado de 10.1 a 14.6 [13.5-15.8 million] millones el número estimado de personas que necesitaban tratamiento antirretrovírico a finales de 2009, se prevé que, a plazo medio, la mayor inversión inicial necesaria para ajustarse a estas directrices se verá plenamente compensada por una reducción de las hospitalizaciones y de las tasas de morbilidad y mortalidad. Hasta diciembre de 2009, 29 países ya habían incorporado a sus directrices terapéuticas nacionales las nuevas recomendaciones de la OMS sobre los criterios para iniciar el tratamiento antirretrovírico.

¹ Basado en indicadores UNGASS; véanse las Tablas 3.4 p. (consumidores de drogas inyectables), 3.6 p. (hombres con relaciones homosexuales) y 3.7 p. (trabajadores del sexo).

Tratamiento y asistencia de la infección por el VIH

A finales de 2009, el número notificado de personas en tratamiento con antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos era de 5,25 millones. Esto representa un aumento de más de 1,2 millones con respecto a diciembre de 2008, es decir, el mayor aumento que se ha registrado en un año. El mayor aumento del número absoluto de personas en tratamiento en 2009 correspondió al África subsahariana, donde la cifra pasó de 2,95 millones en diciembre de 2008 a 3,91 millones un año después.

De acuerdo con el nuevo criterio para iniciar el tratamiento (recuento de células CD4 igual o inferior a 350 por mm³), la cobertura del tratamiento antirretrovírico aumentó del 28% [26–31%] en diciembre de 2008 al 36% [33–39%] a finales de 2009. De acuerdo con el criterio anterior para iniciar el tratamiento (recuento de células CD4 igual o inferior a 200 por mm³), la cobertura mundial habría aumentado al 52% [47–58%] en 2009.

Ocho países de ingresos bajos y medianos (Botswana, Camboya, Croacia, Cuba, Guyana, Omán, Rumania y Rwanda) habían alcanzado ya el acceso universal al tratamiento antirretrovírico en diciembre de 2009 (cobertura terapéutica de al menos un 80% de los pacientes que necesitaban tratamiento).

La cobertura del tratamiento antirretrovírico fue mayor en las mujeres (39%) que en los hombres (31%).

Los datos procedentes de cohortes nacionales sobre la proporción de pacientes mantenidos en tratamiento antirretrovírico a lo largo del tiempo revelan que la mayor parte de los abandonos se producen en el primer año y que las tasas de mantenimiento del tratamiento suelen estabilizarse a partir de entonces. En 2009, la tasa media de mantenimiento en tratamiento a los 12 meses en los países de ingresos bajos y medianos fue del 82,0%, y aproximadamente similar en ambos sexos. Las tendencias notificadas en 2009 fueron similares a las observadas en 2008. Sin embargo, muchos programas todavía eran técnica y operacionalmente incapaces de proporcionar datos sobre el mantenimiento del tratamiento, sobre todo a lo largo de periodos prolongados. Es imprescindible que los asociados y los países incrementen los esfuerzos para fortalecer los sistemas de monitorización de pacientes y de cohortes, a fin de que se puedan registrar, procesar y utilizar datos longitudinales sobre el mantenimiento del tratamiento.

Hasta mediados de 2010, 28 países habían puesto en marcha encuestas sobre la farmacorresistencia transmitida del VIH. Entre las 15 encuestas con garantía de calidad OMS, la frecuencia estimada de la farmacorresistencia transmitida del VIH fue < 5% en 13 países y del 5-15% en los otros dos.

La tuberculosis (TB) relacionada con el VIH sigue siendo un importante reto para la respuesta del sector de la salud al VIH. En 2008, de los 9,4 millones de casos incidentes de TB registrados en todo el mundo, se calcula que 1,4 millones correspondieron a personas con VIH. La tasa de realización de pruebas de VIH y asesoramiento en pacientes con TB está en aumento, aunque sigue siendo insuficiente. El porcentaje de pacientes con TB notificada que conocían su serología del VIH aumentó del 3,2% en 2004 al 16% en 2007 y al 22% en 2008. La cobertura del tratamiento antirretrovírico en personas con VIH y TB fue baja, y la aplicación de las tres íes (intensificación de la detección de casos de TB en pacientes con VIH, tratamiento preventivo con isoniazida y control de la infección tuberculosa) siguió siendo insuficiente.

Orientaciones actuales sobre la prevención de la transmisión materno-infantil y el tratamiento pediátrico

En 2010 se revisaron las directrices para la prevención de la transmisión infantil y el tratamiento pediátrico, con intervenciones más efectivas. Estas incluyen tratamiento más temprano para las mujeres embarazadas infectadas por el VIH ($CD4 \leq 350$ o estadio 3 o 4) con el fin de mejorar la salud de la madre y prevenir la transmisión infantil durante el embarazo o la lactancia materna. Para las mujeres que no requieren antiretrovirales, las directrices proponen dos opciones de profilaxis con antiretrovirales, entre las que tendrán que elegir los países teniendo en cuenta aspectos relacionados con su viabilidad y aplicación (véase el recuadro 5.3). Además las directrices actuales recomiendan que las mujeres infectadas por el VIH, mientras estén tomando antiretrovirales, amamenten a sus hijos en aquellos contextos en los que se considere que la lactancia materna es la opción más segura para alimentar al lactante (véase el recuadro 5.3 y 5.4). Las directrices actuales sobre el tratamiento antiretroviral pediátrico recomiendan que todos los niños seropositivos de menos de 24 meses empiecen a tomar dicho tratamiento, y que los de más edad lo hagan dependiendo de los umbrales del recuento de células CD4 establecidos para su edad (véase el recuadro 5.6). Estas modificaciones deberían reducir las tasas de transmisión vertical y mejorar la calidad de vida y la supervivencia de los lactantes y niños infectados por el VIH. No obstante, es necesario un mayor apoyo técnico y financiero para que los países puedan aplicar las nuevas recomendaciones plenamente y en el momento oportuno.

Servicios relacionados con la infección por el VIH para mujeres y niños

El acceso a los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH siguió ampliándose en 2009. Se calcula que el 26% de las embarazadas de los países de ingresos bajos y medianos fueron sometidas a pruebas de detección del VIH en 2009, en comparación con el 21% en 2008. Sin embargo, esta cifra sigue siendo baja, en gran medida debido a una baja cobertura de las pruebas (17%) en Asia Oriental, Meridional y Sudoriental, donde vive el 55% de las embarazadas.

Se calcula que el 53% [40-79%] de las embarazadas con VIH recibieron antiretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del virus a sus hijos, en comparación con un 45% [37-57%] en 2008. En el África subsahariana, donde se encuentra aproximadamente un 89% de los 1,4 millones de embarazadas que necesitan antiretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil del virus, la cobertura es del 54% [40-84%].

La eficacia de los antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH varía en función de la combinación de fármacos utilizada y de la duración del tratamiento. Entre las embarazadas que tienen acceso a los antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil, la proporción de las que recibieron dosis únicas de nevirapina disminuyó del 49% al 30% entre 2007 y 2009, mientras que el porcentaje de las que recibieron regímenes más eficaces aumentó del 33% al 54% en el mismo periodo.

La posibilidad de que fueran candidatas a recibir tratamiento antirretrovírico por su propia salud se evaluó en aproximadamente un 51% de las embarazadas con resultados positivos en las pruebas de detección del VIH, en comparación con un 34% en 2008.

Aproximadamente 356 400 menores de 15 años estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico a finales de 2009, en comparación con 275 300 a finales de 2008, lo cual supone un aumento del 29% en un año. Se calcula que estos

niños representan aproximadamente un 28% [21-43%] de todos los menores de 15 años de los países de ingresos bajos y medianos que necesitan tratamiento antirretrovírico, en comparación con un 22% [16-34%] en 2008 y un 7% [5-11%] en 2005. La cobertura general del tratamiento antirretrovírico entre los niños de los países de ingresos bajos y medianos fue menor que entre los adultos (37% [35-41%]). Además, en 54 países informantes, solo un 15% [10-28%] de los hijos de mujeres VIH-positivas fueron sometidos a pruebas de detección del VIH en los dos primeros meses de vida.

Son necesarios mayores esfuerzos para aumentar la realización de pruebas entre los lactantes expuestos al VIH, reducir la tasa de interrupción del seguimiento en el periodo posnatal, e integrar mejor las intervenciones contra el VIH en los servicios de salud materna, neonatal e infantil.

Pese a las limitaciones de la información disponible, nunca ha habido tantas pruebas del impacto positivo y creciente de las inversiones relacionadas con el VIH en la reducción de la incidencia y la mortalidad, así como en la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH. Sin embargo, estas pruebas surgen en un momento en que la crisis económica mundial de 2008-2009 ha puesto en riesgo la sostenibilidad de muchos programas de lucha contra el VIH. No cabe duda de que el peligro de que se pierdan estos logros es considerable si no hay un compromiso financiero y programático continuo y cada vez más sólido.

Para hacer frente a los retos que plantean los ODM relacionados con el VIH es necesario actuar en cuatro grandes direcciones estratégicas: 1) expandir y optimizar la respuesta mundial al VIH; 2) catalizar el impacto de los programas de lucha contra el VIH en otros resultados sanitarios; 3) fortalecer los sistemas de salud para que puedan dar una respuesta sostenible e integral, y 4) afrontar los determinantes estructurales de la respuesta, y en particular a las violaciones de los derechos humanos.

INTRODUCCIÓN

En el presente informe se reseñan los adelantos logrados durante 2009 en la ampliación del acceso a determinadas intervenciones del sector de la salud para la prevención, el tratamiento y la asistencia de la infección por el VIH en los países de ingresos bajos y medianos. Es el cuarto de una serie que se viene publicando cada año desde 2006 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), en colaboración con asociados internacionales y nacionales, para monitorear los componentes fundamentales de la respuesta del sector de la salud a la epidemia de infección por el VIH en todo el mundo.¹

El año 2010 ha marcado un hito en la respuesta mundial contra la infección por el VIH. En la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en 2006, los líderes del mundo se comprometieron a ampliar los servicios y las intervenciones con miras a ofrecer acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención y apoyo de la infección por el VIH para fines de este año (1). En este momento, cuando los países y los asociados se preparan para examinar los objetivos y las metas del acceso universal en los próximos meses, determinar el progreso que se ha logrado es decisivo para reconocer las áreas en que es preciso intensificar las medidas necesarias para aumentar la cobertura y el impacto. El presente informe apoyará este proceso de dos maneras. En primer lugar, la información estratégica exacta y actualizada que se presenta aquí ayudará a los países a hacer el balance de lo que han logrado y reconocer escollos programáticos, lagunas en la prestación de servicios y otras dificultades. En segundo lugar, la puesta al día de la respuesta mundial ayudará a la comunidad internacional a establecer prioridades en materia de políticas, definir los objetivos e idear estrategias pertinentes para apoyar y mejorar las respuestas de los países.

La proximidad del año 2010 sirvió para atraer e impulsar a los socios involucrados en la respuesta frente a la infección por el VIH a todos los niveles. Afortunadamente, el año 2009 pudimos atestiguar una renovación del compromiso

y la determinación de lograr el acceso universal y cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La implantación del Marco de resultados del ONUSIDA ha ayudado a centrar la atención en diez áreas programáticas y una variedad de estrategias transversales en las que es indispensable acelerar aún más el avance (2). Al mismo tiempo, la comunidad internacional también ha avanzado de forma decisiva hacia un acuerdo sobre la necesidad de eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH en 2015 (3). Una nueva iniciativa sanitaria mundial encabezada por el Gobierno de los Estados Unidos apoyará a los países de ingresos bajos y medianos para que mejoren los resultados sanitarios y fortalezcan los sistemas de salud, en particular los servicios relacionados con la infección por el VIH. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha accedido a asignar nuevos recursos financieros. Las directrices actuales de la OMS sobre el tratamiento con antirretrovíricos recomiendan que el tratamiento de los adultos, adolescentes y niños se inicie en una etapa más temprana de la enfermedad, con lo que se reducirán no solo la mortalidad y la morbilidad sino también la transmisión del VIH.

Al mismo tiempo, la respuesta mundial a la infección por el VIH ha sido golpeada por la crisis económica mundial y la modificación de las prioridades nacionales e internacionales en materia de salud pública y desarrollo. Ello ha puesto de relieve la necesidad de acrecentar el efecto de las inversiones en curso mediante el mejoramiento de la eficiencia, la eficacia y la calidad de los programas, así como el fortalecimiento de los vínculos entre los programas y la creación de sistemas que permitan una respuesta sostenible.

En el presente informe se señala que, de 144 países de ingresos bajos y medianos que notificaron los datos de su programa este año, ocho habían logrado el acceso universal al tratamiento con antirretrovíricos a finales de 2009, lo que les permitió proporcionar tratamiento a por lo menos el 80% de los pacientes que lo necesitaban. Además, 15 países habían alcanzado la meta del 80% de cobertura de la profilaxis con antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.

Es posible que para fines de 2010 más países alcancen los objetivos de acceso universal gracias a los esfuerzos en curso; sin embargo, es poco probable que se logren los objetivos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con la infección por el VIH. Esto es importante por las consecuencias que tiene no solo en

¹ Otras dos publicaciones conjuntas importantes que se publicarán a finales de 2010 complementarán la información acerca del sector de la salud que se expone y analiza aquí. En el Informe sobre la epidemia mundial de sida se examinará el estado actual de la epidemia y la respuesta multisectorial a escala global y nacional, mientras que el Stocktaking report on children and AIDS dará a conocer otros datos de importancia decisiva sobre los adelantos logrados y los obstáculos que aún hay que superar para ampliar los servicios dirigidos a las mujeres, los niños y los jóvenes afectados por la epidemia.

relación con la respuesta a esta última, sino también para el cumplimiento de los otros ODM, en particular el ODM 4 y el 5 acerca de la mortalidad de los niños y las madres. De hecho, como se ha comprobado en investigaciones recientes, una carga menor de VIH/sida se relaciona con un progreso considerablemente mayor hacia el cumplimiento de los objetivos relacionados con la mortalidad en la niñez y la tuberculosis que el propio crecimiento económico (4). Si no hubiera infección por el VIH, la mortalidad materna en el mundo habría sido alrededor de 6% más baja en 2008 (5) y un reciente estudio académico (6) ha estimado que la mortalidad en mujeres relacionada con el embarazo debido a la infección por el VIH era del 18%.

En este informe se demuestra que, a pesar de las dificultades y limitaciones, los países pueden lograr el acceso universal si intensifican y aceleran sus esfuerzos. Se ha formado personal sanitario, se ha actualizado la infraestructura imprescindible y poco a poco se están fortaleciendo los sistemas de salud. Aunque queda mucho por hacer y mejorar, ya se han evitado millones de nuevas infecciones por el VIH y millones de personas siguen vivas hoy gracias a las inversiones efectuadas en años recientes.

Procedencia de los datos y métodos aplicados

La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA recopilan conjuntamente datos de los programas nacionales de todo el mundo por medio de un instrumento común de notificación para monitorear e informar acerca de los adelantos en la respuesta del sector de la salud para conseguir el acceso universal. Con la finalidad de evitar la duplicación y aumentar al máximo la congruencia de los datos, todos los indicadores y los procesos de recopilación correspondientes se elaboraron aprovechando el marco de monitoreo de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/sida (7). No obstante, el presente informe difiere de la versión del año precedente en dos aspectos principales. Primero, este año se pidió a los países que presentaran datos relacionados con 35 indicadores, en comparación con los 46 de 2009 (véase la lista de indicadores en los anexos estadísticos). Segundo, en este informe no se presentan ni analizan los 35 indicadores, pues varios de ellos serán recopilados y

publicados a finales de 2010 por el ONUSIDA en el Informe sobre la epidemia mundial de sida. Los datos que se incluyen en el presente informe fueron proporcionados por 39 países de ingresos altos y 144 países de ingresos bajos y medianos. Además, los cálculos de las necesidades de tratamiento y la cobertura de este se han modificado sustancialmente como consecuencia del cambio de los criterios para iniciar el tratamiento. Según las directrices actuales de la OMS sobre el tratamiento con antiretrovíricos, publicadas en 2010, se recomienda que todos los adolescentes y adultos, incluidas las embarazadas, infectados por el VIH y con una concentración de células CD4 igual o inferior a 350 por mm³ empiecen a recibir dicho tratamiento con independencia de que presenten o no manifestaciones clínicas. Esta modificación aumentó el número estimado de personas que necesitaban tratamiento con antirretrovíricos a finales de 2009, que de 10,1 millones pasó a 14,6 [13.5-15.8] millones (recuadro 4.2).

Los datos recogidos pertenecen a las áreas programáticas siguientes: 1) pruebas de VIH y asesoramiento; 2) prevención de la transmisión sexual del VIH y prevención de la transmisión por el consumo de drogas inyectables; 3) tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; 4) cobertura del tratamiento antirretrovírico; 5) cobertura de los servicios coordinados VIH/TB; 6) desabastecimiento de medicamentos antirretrovíricos, y 7) intervenciones contra la infección por el VIH para las mujeres y los niños, en particular la prevención de la transmisión materno-infantil. También se formularon preguntas acerca de las políticas para evaluar el desarrollo programático. Las tasas de respuesta variaron según el indicador y se dan a conocer en los capítulos correspondientes.

El presente informe se apoya también en datos de otra procedencia, en particular de encuestas especiales (por ejemplo, sobre la fijación de precios y la utilización de medicamentos antirretrovíricos y otros suministros y sobre la vigilancia de la farmacoresistencia del VIH), de encuestas de población (como las encuestas demográficas y de salud) y de la bibliografía científica reciente. En cada capítulo, si corresponde, se incluyen notas adicionales relacionadas con los datos y los métodos.

PRUEBAS DE VIH Y ASESORAMIENTO

Resultados principales

- *Permaneció estable el número de países que aportaron datos sobre las pruebas de VIH y el asesoramiento.* En 2009, aportaron datos sobre la disponibilidad de las pruebas de VIH y el asesoramiento en los centros sanitarios 118 países de ingresos bajos y medianos, en comparación con 111 en 2008. Cien países dieron información sobre la utilización de estos servicios en 2009, dos mas que en 2008.¹
- *Aumentó el número de países que han adoptado políticas sobre las pruebas de VIH y el asesoramiento practicados a instancias de los profesionales sanitarios.* Hasta diciembre de 2009, más de dos tercios de los países del África subsahariana y de América Latina y el Caribe habían introducido políticas de apoyo a las pruebas de VIH y asesoramiento practicados a instancias de los profesionales sanitarios.
- *Siguió aumentando el número de centros que ofrecen pruebas de VIH y asesoramiento.* Selon les données, El número notificado de centros sanitarios que ofrecen pruebas de VIH y asesoramiento aumentó de 78 000 en 2008 (111 países informantes) a 107 000 en 2009 (118 países). En 101 países de ingresos bajos y medianos que aportaron datos sobre los años 2008 y 2009, el número mediano de estos centros por 100 000 habitantes aumentó en este periodo de 4,3 a 5,5, lo cual supone un aumento del 28%.
- *Aumentó el número de pruebas de VIH realizadas en todo el mundo.* Cien países notificaron un total de 67 millones de pruebas de VIH en 2009. En los 82 países con datos comparables obtenidos en 2008 y 2009, el número mediano de pruebas realizadas por 1000 habitantes aumentó en ese periodo de 41 a 50, es decir casi un 22%.
- *Las encuestas poblacionales realizadas en países de ingresos bajos y medianos muestran que: 1) la proporción de personas que refieren haberse hecho alguna prueba de VIH es mayor en las mujeres que en los hombres, y 2) el conocimiento del estado serológico sigue siendo insuficiente: de acuerdo con los datos de 10 encuestas realizadas en 2007-2009, el porcentaje mediano de personas con VIH que conocían su estado serológico sería inferior al 40%.*
- *Hay que adaptar mejor los programas de pruebas y asesoramiento al contexto epidemiológico local.* Una respuesta eficaz requiere esfuerzos para aumentar la utilización de los servicios, sobre todo entre las poblaciones con mayor riesgo, respetando al mismo tiempo los derechos humanos.

¹ Las cifras de 2008 y 2007 pueden diferir de las publicadas en informes anteriores debido a actualizaciones o correcciones presentadas por los países.

INTERVENCIONES DEL SECTOR DE LA SALUD PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIH

Resultados principales

I. Prevención de la infección por el VIH en las poblaciones con mayor riesgo

- *Aumentó el número de países que dijeron realizar actividades de vigilancia del VIH en algunos grupos de población con mayor riesgo de infección.* De los 149 países de ingresos bajos y medianos que se examinaron, 42 refirieron que realizaban actividades de vigilancia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables, en comparación con 41 países en 2008. Con respecto a las actividades de vigilancia entre los hombres con relaciones homosexuales, el número de países aumentó de 44 a 54, y de 65 a 74 con respecto a las trabajadoras del sexo.
- *El porcentaje mediano de consumidores de drogas inyectables a los que se hicieron llegar programas de prevención del VIH en los 12 meses anteriores a las encuestas fue del 32% en los 27 países que presentaron informes en 2009.*
- *La cobertura de los programas de reducción de daños siguió siendo baja en 2009.* De los 92 países que aportaron información al respecto, 36 tenían programas de distribución de jeringuillas y agujas, y 33 ofrecían tratamiento de sustitución con opioides. En los países con programas de distribución de jeringuillas y agujas, el número de jeringuillas distribuidas seguía siendo inferior a la cifra recomendada internacionalmente de 200 jeringuillas por consumidor y año.
- *El porcentaje mediano de hombres con relaciones homosexuales a los que se hicieron llegar programas de prevención del VIH en los 12 meses anteriores a las encuestas fue del 57% en los 21 países que proporcionaron información en 2009.* Sur le plan régional, la couverture médiane la plus étendue en 2009 a concerné l'Europe et l'Asie centrale, où elle était de 63 %.
- *Pour les 38 pays ayant transmis des données pour l'année 2009, le pourcentage médian de professionnel(le)s du sexe bénéficiant des programmes de prévention de l'infection à VIH au cours des 12 mois précédant l'enquête était de 58 %.* Por regiones, la cobertura mediana más elevada registrada en 2009 (63%) correspondió a Europa y Asia Central.

II. Algunas intervenciones de prevención de la infección por el VIH en el sector de la salud

- *Se han hecho nuevos progresos con respecto a la expansión de los programas de circuncisión masculina en los 13 países prioritarios del África subsahariana.* Hasta enero de 2010, se habían realizado más de 133 000 circuncisiones masculinas en los seis países que proporcionaron datos sobre la prestación de servicios.
- *La carga mundial de infecciones de transmisión sexual sigue siendo alta* en la mayoría de las regiones del mundo. La identificación y tratamiento precoces de estas infecciones es un elemento crítico para el control de la infección por el VIH, sobre todo entre quienes tienen múltiples parejas sexuales.
- *La disponibilidad y la seguridad de la sangre y los productos sanguíneos para transfusión siguen siendo cuestiones preocupantes, sobre todo en los países de ingresos bajos.* Solo el 48% de las donaciones de sangre realizadas en estos países en 2009 fueron sometidas a pruebas de detección con garantías de calidad, frente al 99% y el 85% de las realizadas en los países de ingresos elevados y medianos, respectivamente.

UNIVERSEL

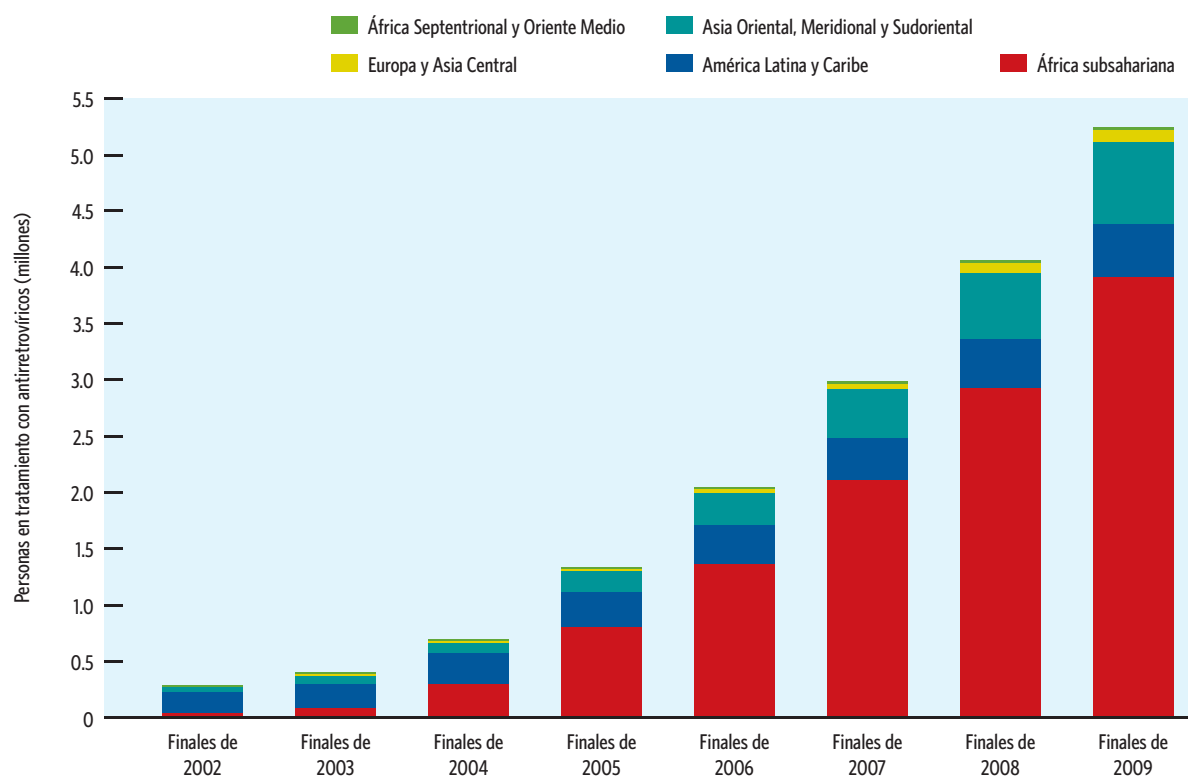
TRATAMIENTO Y ASISTENCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

Resultados principales

- *A finales de 2009, en los países de ingresos bajos y medianos había 5,25 millones de personas sometidas a tratamiento antirretrovírico. Esto representa un aumento de más de 1,2 millones con respecto a diciembre de 2008, es decir, un aumento del 30% con respecto al año anterior y una multiplicación por trece en 6 años. El mayor aumento del número absoluto de personas en tratamiento en 2009 correspondió al África subsahariana, donde la cifra pasó de 2,95 millones en diciembre de 2008 a 3,91 millones un año después.*
- *En diciembre de 2009, ocho países de ingresos bajos y medianos habían logrado ya el acceso universal al tratamiento antirretrovírico, definido como su administración, como mínimo, a un 80% de los pacientes que lo necesitan; otros 21 países tenían una cobertura superior al 50%.*
- *En la actualidad la OMS recomienda que los adultos y los adolescentes empiecen a recibir tratamiento antirretrovírico en fases más tempranas de la enfermedad. Las directrices actuales de la OMS sobre el tratamiento antirretrovírico recomiendan que todos los adultos y adolescentes, incluidas las embarazadas, infectados por el VIH que presenten recuentos de células CD4 iguales o inferiores a 350 por mm³ deben comenzar a recibir tratamiento antirretrovírico, independientemente de que presenten o no síntomas clínicos. Este cambio ha aumentado de 10,1 a 14,6 [13,5-15,8] millones el número estimado de personas que necesitaban tratamiento antirretrovírico a finales de 2009.*
- *Hasta diciembre de 2009, 45 países ya habían incorporado a sus directrices terapéuticas nacionales las nuevas recomendaciones de la OMS sobre los criterios para iniciar el tratamiento antirretrovírico en adultos y adolescentes y sobre el régimen de elección. Por otra parte, 33 países ya habían empezado a aplicar planes de eliminación gradual del tratamiento con estavudina (d4T).*
- *La cobertura del tratamiento antirretrovírico siguió aumentando en 2009 en los países de ingresos bajos y medianos. De acuerdo con el nuevo criterio para iniciar el tratamiento, la cobertura aumentó del 28% [26-31%] en diciembre de 2008 al 36% [33-39%] a finales de 2009. De acuerdo con el criterio anterior para iniciar el tratamiento (recuento de células CD4 igual o inferior a 200 por mm³), la cobertura mundial habría llegado al 52% [47-58%] en 2009.*
- *El número de niños en tratamiento con antirretrovíricos aumentó un 29% entre 2008 y 2009. A finales de 2009 había unos 356 400 menores de 15 años en tratamiento con antiretrovíricos, en comparación con 275 300 a finales de 2008. Los niños representaron un 6,8% de las personas en tratamiento con antiretrovíricos y un 8,7% de las personas que necesitaban este tratamiento.*
- *En los 95 países informantes, la cobertura del tratamiento antirretrovírico fue mayor en las mujeres (39%) que en los hombres (31%).*
- *Los datos sobre la proporción de pacientes mantenidos en tratamiento antirretrovírico a lo largo del tiempo siguieron revelando que la mayor parte de los abandonos se produce en el primer año y que las tasas de mantenimiento en tratamiento suelen estabilizarse a partir de entonces. En 2009, la tasa media de mantenimiento en tratamiento a los 12 meses fue del 82% en los países de ingresos bajos y medianos.*
- *Se han acumulado más pruebas del impacto positivo del tratamiento antirretrovírico en la transmisión del VIH, y se sigue investigando para identificar y evaluar las repercusiones normativas y operacionales de este hecho.*

- Veintiocho países han completado o están realizando encuestas sobre la magnitud de la farmacoresistencia transmitida del VIH. Hay resultados de calidad garantizada procedentes de 15 de esas encuestas. La farmacoresistencia transmitida del VIH fue < 5% en 13 de ellas, y del 5-15% en dos otros países.
- Entre 2008 y 2009 ha habido nuevas reducciones, aunque limitadas, del precio de los regímenes terapéuticos de primera línea. Sin embargo, el precio de los regímenes de segunda línea sigue siendo considerablemente mayor que el de los regímenes de primera línea. En 2009, el precio mediano ponderado de los seis regímenes de primera línea más utilizados fue de US\$ 137 por persona y año en los países de ingresos bajos, de US\$ 141 en los de ingresos medianos, y de US\$ 202 en los de ingresos elevados. El precio mediano ponderado del régimen de segunda línea más utilizado fue de US\$ 853 por persona y año en los países de ingresos bajos, de US\$ 1378 en los de ingresos medianos, y de US\$ 3638 en los de ingresos elevados.
- La proporción de pacientes tratados con regímenes de segunda línea o de rescate fue mayor en la Región de las Américas que en las demás regiones. En los países de ingresos bajos y medianos no pertenecientes a la Región de las Américas (59 países), el 97,5% de los pacientes adultos estaban en tratamiento con regímenes de primera línea, y el 2,4% con regímenes de segunda línea. En la Región de las Américas (17 países de ingresos bajos y medianos), el 84% de los adultos estaban recibiendo regímenes de primera línea, el 9,7% regímenes de segunda línea, y el 6,3% tratamientos de rescate.
- En años recientes la expansión de las pruebas de VIH y el asesoramiento entre los pacientes con TB ha progresado de forma importante. Cerca de 1,4 millones de pacientes con TB conocían su estado serológico en 2008, lo cual representa un 22% de los casos notificados, en comparación con un 16% en 2007 y un 3,2% en 2004. Sin embargo, la cobertura del tratamiento antirretrovírico en personas con VIH y TB fue baja, y la aplicación de las tres íes (intensificación de la detección de casos de TB en pacientes con VIH, tratamiento preventivo con isoniazida y control de la infección tuberculosa) siguió siendo insuficiente.

Número de personas en tratamiento con antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos, por regiones, 2002-2009



Número de adultos y niños (combinados) que reciben y que necesitan tratamiento antirretrovírico, y cobertura porcentual en los países de ingresos bajos y medianos, por regiones, diciembre de 2008 a diciembre de 2009^a

Región geográfica	Diciembre 2009			Diciembre 2008		
	Número de personas en tratamiento con antirretrovíricos	Número estimado de personas que necesitan tratamiento antirretrovírico, basado en las directrices de la OMS de 2010 [intervalo] ^a	Cobertura del tratamiento antirretrovírico, basada en las directrices de la OMS de 2010 [intervalo] ^b	Número de personas en tratamiento con antirretrovíricos	Número estimado de personas que necesitan tratamiento antirretrovírico, basado en las directrices de la OMS de 2010 [intervalo] ^a	Cobertura del tratamiento antirretrovírico, basada en las directrices de la OMS de 2010 [intervalo] ^b
África subsahariana	3 911 000	10 600 000 [9 700 000-11 500 000]	37% [34-40%]	2 950 000	10 400 000 [9 500 000-11 300 000]	28% [26-31%]
África Oriental y Meridional	3 203 000	7 800 000 [7 200 000-8 300 000]	41% [38-45%]	2 416 000	7 600 000 [7 000 000-8 100 000]	32% [30-34%]
África Occidental y Central	709 000	2 900 000 [2 500 000-3 200 000]	25% [22-28%]	533 000	2 800 000 [2 500 000-3 200 000]	19% [17-22%]
América Latina y Caribe	478 000	950 000 [810 000-1 000 000]	50% [46-59%]	439 000	920 000 [790 000-1 000 000]	48% [44-56%]
América Latina	425 000	840 000 [700 000-940 000]	51% [45-61%]	400 000	810 000 [680 000-900 000]	49% [45-59%]
Caribe	52 400	110 000 [95 000-120 000]	48% [42-55%]	39 900	110 000 [93 000-120 000]	37% [33-43%]
Asia Oriental, Meridional y Sudoriental	739 000	2 400 000 [2 000 000-2 900 000]	31% [26-36%]	571 000	2 300 000 [2 000 000-2 900 000]	25% [20-29%]
Europa y Asia Central	114 000	610 000 [550 000-710 000]	19% [16-21%]	84 400	570 000 [510 000-660 000]	15% [13-17%]
África Septentrional y Oriente Medio	12 000	100 000 [88 000-120 000]	11% [10-14%]	9 100	91 000 [75 000-110 000]	10% [9-12%]
Tous pays les à revenu faible ou moyen	5 254 000	14 600 000 [13 500 000-15 800 000]	36% [33-39%]	4 053 000	14 300 000 [13 200 000-15 400 000]	28% [26-31%]

Nota: la suma de las cifras que figuran en algunas columnas puede no coincidir con el total debido al redondeo.

^a Véase el recuadro 4.2 para más información sobre los métodos utilizados para calcular la necesidad de tratamiento antirretrovírico y su cobertura en 2008 y 2009.

^b La cobertura estimada se basa en el número estimado, no redondeado, de personas que reciben y que necesitan tratamiento antirretrovírico.

VERS UN ACCES

EXPANSIÓN DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN POR EL VIH PARA MUJERES Y NIÑOS

Resultados principales

- *La proporción de embarazadas sometidas a pruebas de VIH aumentó ligeramente.* Se calcula que el 26% de los 125 millones de embarazadas de los países de ingresos bajos y medianos fueron sometidas a pruebas de VIH en 2009, en comparación con el 21% en 2008 y el 8% en 2005. En el África subsahariana, la proporción de embarazadas sometidas a pruebas de VIH aumentó del 43% en 2008 al 50% en 2009.
- En aproximadamente un 51% de las embarazadas con pruebas positivas se evaluó si cumplían los criterios para recibir tratamiento antirretrovírico por motivos relacionados con su propia salud.
- *Se calcula que más de la mitad de los 1,4 millones de embarazadas infectadas por el VIH han recibido antirretrovíricos para prevenir la transmisión del virus a sus hijos.* Se calcula que el 53% [40-79%] de las embarazadas infectadas por el VIH han recibido antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del virus a sus hijos, en comparación con un 45% [37-57%] en 2008 y un 15% [12-18%] en 2005. Una gran proporción siguió recibiendo el régimen poco eficaz consistente en una dosis única de nevirapina.
- *Aumentó el número de niños que recibieron profilaxis con antirretrovíricos para evitar que adquirieran el virus por transmisión maternoinfantil.* El 35% [26-53%] de los que lo necesitaban recibieron en 2009 antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus, en comparación con el 32% [26-40%] en 2008.
- *El acceso precoz a las pruebas, a la asistencia y al tratamiento es insuficiente en los lactantes y niños expuestos al VIH.* En 2009, en 54 países informantes, solo el 15% [10-28%] de los hijos de mujeres seropositivas fueron sometidos a una prueba de VIH en los dos primeros meses de vida.
- *La proporción de niños que necesitaban tratamiento antirretrovírico y lo recibieron siguió aumentando en 2009.* El número de menores de 15 años en tratamiento antirretrovírico aumentó de 275 300 en 2008 a 356 400 en 2009. Esto representa una cobertura estimada del 28% [21-43%] de los niños que necesitan tratamiento antirretrovírico según las recomendaciones actuales, en comparación con el 22% [16-34%] en 2008.

Número estimado de mujeres infectadas por el VIH que necesitan y que reciben antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil en los países de ingresos bajos y medianos, 2009

Région géographique	Número de embarazadas infectadas por el VIH que reciben antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil	Número estimado de embarazadas infectadas por el VIH que necesitan antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil	Cobertura estimada ^a
África subsahariana	672 800	1 240 000 [800 000-1 700 000]	54% [40%-84%]
África Oriental y Meridional	584 700	860 000 [600 000-1 100 000]	68% [53%-95%]
África Occidental y Central	88 100	380 000 [200 000-560 000]	23% [16%-44%]
América Latina y Caribe	16 200	29 900 [19 000-41 000]	54% [39%-83%]
América Latina	11 800	22 400 [15 000-32 000]	53% [37%-81%]
Caribe	4 400	7 400 [3 900-11 000]	59% [39%-95%]
Asia Oriental, Meridional y Sudoriental	23 800	73 800 [46 000-110 000]	32% [22%-52%]
Europa y Asia Central	14 300	15 300 [7 900-23 000]	93% [63%-95%]
África Septentrional y Oriente Medio	500	15 700 [8 300-24 000]	3% [2%-6%]
Todos los países de ingresos bajos y medianos	727 600	1 380 000 [920 000-1 800 000]	53% [40%-79%]

Nota: a la suma de los números esta redondeada

^a La estimación de la cobertura esta estimada con datos sin redondear de mujeres embarazadas que reciben y necesitan antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil

MÁS ALLÁ DE 2010

En 2009, los países de ingresos bajos y medianos siguieron haciendo progresos considerables con respecto a la ampliación del acceso a intervenciones clave del sector de la salud, tales como las pruebas de VIH y el asesoramiento, el tratamiento antirretrovírico o la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. En 2009 se inició el tratamiento antirretrovírico en otros 1,2 millones de personas, con lo cual el número total de personas en tratamiento con antirretrovíricos en los países de ingresos bajos y medianos se eleva a 5,25 millones. En 2009, el 53% de las embarazadas infectadas por el VIH recibieron antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del virus a sus hijos. También se han obtenido nuevas pruebas importantes de los beneficios secundarios del tratamiento antirretrovírico con respecto a la prevención de la transmisión del VIH. La combinación de las intervenciones preventivas, terapéuticas y asistenciales ya está beneficiando a los adultos y a los niños de todo el mundo, dado que se han salvado millones de vidas y evitado millones de nuevas infecciones.

No obstante, una gran proporción de las personas que las necesitan todavía no tienen acceso a las intervenciones necesarias. Aunque se han hecho importantes progresos con respecto a la prevención de nuevas infecciones por el VIH, en 2008 se infectaron 2,7 millones de personas, entre ellas 430 000 niños. Pese a un rápido aumento de la utilización de las pruebas de VIH, la mayoría de las personas infectadas no saben que lo están. En consecuencia, la mayoría de ellas comienzan a ser tratadas en fases tardías de la enfermedad. La cobertura de las intervenciones preventivas entre los grupos con mayor riesgo de infección por el VIH sigue siendo inferior al 50% en muchos países. Cuando faltan menos de 3 meses para diciembre de 2010, el acceso universal es un compromiso que todavía no se ha cumplido en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.

Paradójicamente, aunque la crisis económica mundial de 2008-2009 ha puesto en riesgo la sostenibilidad de muchos programas de lucha contra el VIH, nunca ha habido tantas pruebas del impacto positivo y creciente de las inversiones relacionadas con el VIH en la reducción de los nuevos casos de infección y de la mortalidad, así como en la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH. Sin un compromiso financiero y programático continuo y cada vez más sólido hay un peligro considerable de que se pierdan estos logros. Para hacer frente a estos retos es necesario actuar en cuatro grandes direcciones estratégicas: 1) expandir y optimizar la respuesta mundial al VIH; 2) catalizar el impacto de los programas de lucha contra el VIH en otros resultados

sanitarios; 3) fortalecer los sistemas de salud para que puedan dar una respuesta sostenible e integral, y 4) hacer frente a los determinantes estructurales de la respuesta, y en particular a las violaciones de los derechos humanos.

Ampliar la labor y llevarla a cabo de forma más estratégica

Lo primero y lo más importante es proteger y potenciar los avances que tanto ha costado lograr en el último decenio. En lo que queda hasta 2015, una prioridad fundamental debe ser la optimización de los resultados de la prevención, tratamiento y asistencia de la infección por el VIH. Para aumentar la rentabilidad de las inversiones en la respuesta mundial al VIH hay que mejorar la calidad de la prestación de los servicios con el fin de aumentar la permanencia de los pacientes en la atención y en los programas de tratamiento con antirretrovíricos, reducir la mortalidad temprana y el abandono del seguimiento, mejorar la observancia y optimizar la prolongación del uso de regímenes de primera línea eficaces y de bajo costo. Para ello es necesario comprender mejor la epidemia, y en particular los comportamientos que la sostienen y el impacto de las diversas intervenciones preventivas. Ello implica un reforzamiento de los vínculos y las consultas entre programas, y demanda la puesta en marcha de sistemas flexibles que permitan identificar y corregir los obstáculos a la ejecución. Los donantes y los asociados para el desarrollo también tienen una función esencial que desempeñar en este impulso hacia el aumento de la eficiencia y la eficacia, logrando una reducción de los costos de transacción, una mayor armonización de los esfuerzos y una adaptación a las prioridades de los países.

Al mismo tiempo, es evidente que son necesarias nuevas inversiones para ampliar la cobertura de las intervenciones esenciales. Los países de ingresos bajos y medianos deben incrementar de forma sustancial las asignaciones presupuestarias nacionales destinadas a la financiación de los servicios relacionados con la infección por el VIH. En 2001, en una conferencia convocada por la Organización de la Unidad Africana en Abuja (Nigeria), los estados africanos se comprometieron a asignar como mínimo un 15% de sus presupuestos anuales al sector de la salud (8). Aunque se han hecho progresos, las asignaciones nacionales todavía tienen que seguir creciendo, por término medio en un 50%, a fin de lograr las metas fijadas en Abuja (9). Por su parte, los países de ingresos elevados deben reafirmar su compromiso colectivo con el acceso universal, según lo acordado por los

líderes del G8 en Gleneagles en 2005 y reafirmado en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006 (10). Es importante que los financiadores bilaterales y multilaterales, los organismos de desarrollo y los prestadores de apoyo técnico dispongan de recursos suficientes para apoyar los planes de expansión de los países. Para proteger y potenciar los logros actuales será especialmente importante que se logre completar con éxito la tercera reposición del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Aprovechamiento de la respuesta mundial a la infección por el VIH para ampliar los beneficios en términos de salud y desarrollo

La sostenibilidad y eficacia de la respuesta mundial a la infección por el VIH depende asimismo de si ésta respalda la mejora de otros resultados sanitarios y del desarrollo, y del modo en que lo haga. Como ha afirmado recientemente Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas, el acceso universal a la prevención, tratamiento, asistencia y apoyo relacionados con la infección por el VIH representa, ante todo, un puente hacia la consecución de la totalidad de los ODM (11). En efecto, frenar la tasa de nuevas infecciones por el VIH y disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas al VIH son esenciales para progresar hacia la práctica totalidad de los objetivos mundiales de desarrollo. En el África subsahariana, por ejemplo, el VIH y la tuberculosis (11) son responsables de más del 25% de las defunciones de mujeres en edad fecunda (12). Por consiguiente, proporcionar una atención y un tratamiento adecuados es esencial para la consecución del ODM 5, relativo a la mejora de la salud de la madre. Lograr que la próxima generación de niños nazca libre del VIH mediante la prevención eficaz de la transmisión materno-infantil supone un respaldo del ODM 4, relativo a la mortalidad en la niñez. El mantenimiento de la expansión del tratamiento antirretrovírico aumentará en consecuencia su impacto en la disminución de la transmisión del VIH entre los adultos y los niños. El tratamiento antirretrovírico ya ha contribuido a que disminuyan la incidencia y la mortalidad de la tuberculosis (véase el recuadro 4.14).

Las respuestas a la infección por el VIH que dan buen resultado propician asimismo unos beneficios más amplios en términos de desarrollo. La prevención y el tratamiento del VIH hacen posible que la vida de la población sea sana y productiva, aumentan la productividad laboral y disminuyen la vulnerabilidad de las familias a la pobreza y el hambre. Asimismo, impiden que los niños queden huérfanos, y de ese modo protegen sus medios de vida y la transmisión generacional del capital humano. Contribuyen a mantener un conjunto adecuado de profesores, que constituyen el esqueleto de una educación primaria de calidad. Propician la emancipación de las mujeres, pues ponen de relieve las inequidades de género, y promueven

la salud y los derechos reproductivos. Si no se aceleran los esfuerzos desplegados, no se logrará el acceso universal al tratamiento, la prevención y la asistencia en la mayoría de los países, y ello, a su vez, disminuirá el impacto de las inversiones en favor del desarrollo en general.

Hacia unos sistemas de salud integrados y reforzados

Los programas de lucha contra el VIH han ayudado a fortalecer los sistemas de salud nacionales atrayendo nuevos recursos financieros esenciales con destino a la salud, creando capacidad sistémica e introduciendo por primera vez los planteamientos del manejo de las enfermedades crónicas en muchos entornos de recursos limitados. Por ejemplo, la integración del tratamiento antirretrovírico en los dispensarios de salud materno-infantil del sector público en Lusaka (Zambia) ya ha duplicado la proporción de mujeres que pueden optar a iniciar el tratamiento (véase el recuadro 5.4). Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para lograr que las inversiones en la respuesta al VIH provoquen un fortalecimiento de amplia base de los sistemas de salud.

La integración de los servicios, las estrategias y los planes puede mejorar no solo la equidad, el acceso y la cobertura, sino también la calidad y la eficiencia de la atención. Para lograr esas sinergias, los programas de VIH tienen que aplicarse en un marco de atención primaria capaz de proporcionar servicios integrados, entre los que se cuentan los servicios de salud materno-infantil, de reducción de daños, y de manejo de la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis víricas. Es necesario profundizar la participación de las comunidades en la gestión programática y la prestación de servicios con el fin de velar por la idoneidad de las intervenciones realizadas y maximizar su alcance y aceptación.

Superación de los obstáculos estructurales aplicando un planteamiento basado en los derechos

Un planteamiento integral, que busque a la vez la equidad y la eficacia, exige que el conjunto de la población necesitada tenga acceso a la prevención, el tratamiento y la asistencia, y en particular las poblaciones y grupos más expuestos a la infección por el VIH, tales como los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones homosexuales, los transexuales, los reclusos y los migrantes. Sin embargo, aún en 2010, la discriminación y el acoso siguen empujando a menudo a esos grupos a vivir al margen de la sociedad, fuera del alcance de los servicios de salud. Hay que prestar más atención al modo en que la interacción entre la ley y los

valores sociales pueden impedir el acceso a los servicios de salud esenciales y comprometer la eficacia de los programas de lucha contra el VIH. La criminalización de la transmisión del VIH, de las relaciones entre personas del mismo sexo, del trabajo sexual y del consumo de drogas dificultan que las intervenciones que dan buenos resultados impidan la transmisión del VIH dentro de esos grupos y hacen mucho menos probable que esas personas vayan a buscar un tratamiento y unos cuidados que pueden salvarles la vida. Muchos de esos problemas se ven agravados aún más por la pobreza y la marginación social (13).

Atender las necesidades de los grupos más expuestos a la infección por el VIH exige la adopción de medidas resueltas que defiendan sus derechos humanos y los protejan de la violencia y la exclusión. Hay que desplegar esfuerzos centrados en la supresión de las leyes punitivas y en la creación de entornos jurídicos propicios para afrontar las

violaciones de los derechos humanos que en la actualidad bloquean las respuestas eficaces al sida. La participación de las comunidades afectadas y de la sociedad civil en el diseño de las políticas, la gestión de los programas y la prestación de los servicios sigue siendo un componente esencial de las respuestas que dan buenos resultados.

A todas luces, la agenda de la respuesta mundial al VIH sigue incompleta. Cada día se siguen infectando miles de personas por falta de acceso a la prevención, el tratamiento y la asistencia. Es posible que el acceso universal no se haya hecho realidad al final de 2010, pero las inversiones en la respuesta mundial al VIH ya están dando dividendos. Cuanto antes se expandan los servicios de alta calidad, mayores serán los beneficios sociales y económicos generados por la disminución del número de infecciones, el descenso de la mortalidad y la presencia de millones de personas con vidas más prolongadas y más sanas.

REFERENCIAS

1. 2006 High-Level Meeting on AIDS. *Uniting the world against AIDS*. New York, United Nations, 31 May-2 June 2006. (<http://www.un.org/ga/aidsmeeting2006/>, consultado el 1 de septiembre de 2010).
2. ONUSIDA. *Joint action for results: UNAIDS Outcome Framework 2009-2011*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 2010 (http://data.unaids.org/pub/Report/2010/jc1713_joint_action_en.pdf, consultado el 30 de junio de 2010).
3. Knowledge Centre [sitio web]. *Africa prepares to eliminate mother-to-child transmission of HIV by 2015*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 2010 (http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2010/20100526_PMTCT.asp, consultado el 30 de junio de 2010).
4. Stuckler D, Basu S, McKee M. Drivers of inequality in Millennium Development Goals progress: a statistical analysis. *PLoS Medicine*, 2010, 7:e10000241. doi:10.1371/journal.pmed.10000241. (<http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.10000241>, consultado el 5 de julio de 2010).
5. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas y El Banco Mundial. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>, consultado el 15 de septiembre de 2010).
6. Hogan MC et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 2010, 375:1609-1623 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/fulltext), consultado el 5 de julio de 2010).
7. United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) on HIV/AIDS. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS: "Global Crisis — Global Action"*. 2001 (<http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>, consultado el 1 de septiembre de 2010).
8. Organización de la Unidad Africana. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases*. African Summit on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious diseases, Abuja (Nigeria), 26-27 de abril de 2001. Unión Africana, 2001 (OAU/SPS/Abuja/3).
9. *Trends in development assistance and domestic financing for health in implementing countries*. Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2010. (http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Trends_in_Development_Assistance_and_Domestic_Financing_for_Health_in_Implementing_Countries.pdf, consultado el 30 de junio de 2010).
10. *Political Declaration on HIV/AIDS – United Nations General Assembly Resolution 60/262*. Naciones Unidas, Nueva York. 2006. (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf, consultado el 30 de agosto de 2010).
11. *Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS – Report by the Secretary-General*. Nueva York, Naciones Unidas, abril de 2010.
12. *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 2009. (<http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/en/index.html>, consultado el 20 de abril de 2010).
13. *Blame and banishment. The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2010 (http://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Blame_and_Banishment.pdf, consultado el 6 de agosto de 2010).

NOTAS

Organización Mundial de la Salud
Departamento de VIH/SIDA
Avenue Appia 20
CH-1211 Ginebra 27
Suiza
hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv>