

Resumen
de orientación



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

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA/08.27S/JC1511S (versión española, julio de 2008)
Versión original inglesa, UNAIDS/08.27E / JC1511E, julio de 2008:
Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008: executive summary.
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) 2008.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA se pueden obtener del Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA —sea con fines comerciales o no— también deben dirigirse al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA, por correo a la dirección indicada más abajo; por fax al +41 22 791 48 35 o por correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

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

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

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

Foto de la cubierta: ONUSIDA/N. Lieber

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008 : resumen de orientación.

«ONUSIDA/08.27S/JC1511S».

1.Infecciones por VIH – epidemiología. 2.Infecciones por VIH – terapia. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología. 4.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173719 2

(Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

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

unaids@unaids.org
www.unaids.org

Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008

Resumen de orientación



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

ACNUR
UNICEF
PMA
PRUD
UNFPA
ONUDH
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

El desafío mundial del VIH: valorar los progresos realizados, identificar los obstáculos, renovar el compromiso

El *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008* aparece en el hito intermedio entre la *Declaración de compromiso* de 2001 y la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de invertir el curso de la epidemia para 2015. Asimismo, la publicación de este último informe tiene lugar tan sólo dos años antes de la fecha acordada para avanzar lo máximo posible hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH. La coyuntura actual brinda una oportunidad para valorar la respuesta al VIH y comprender qué se debe hacer para asegurar que los países prosigan el camino hacia la consecución de los compromisos contraídos sobre el VIH.

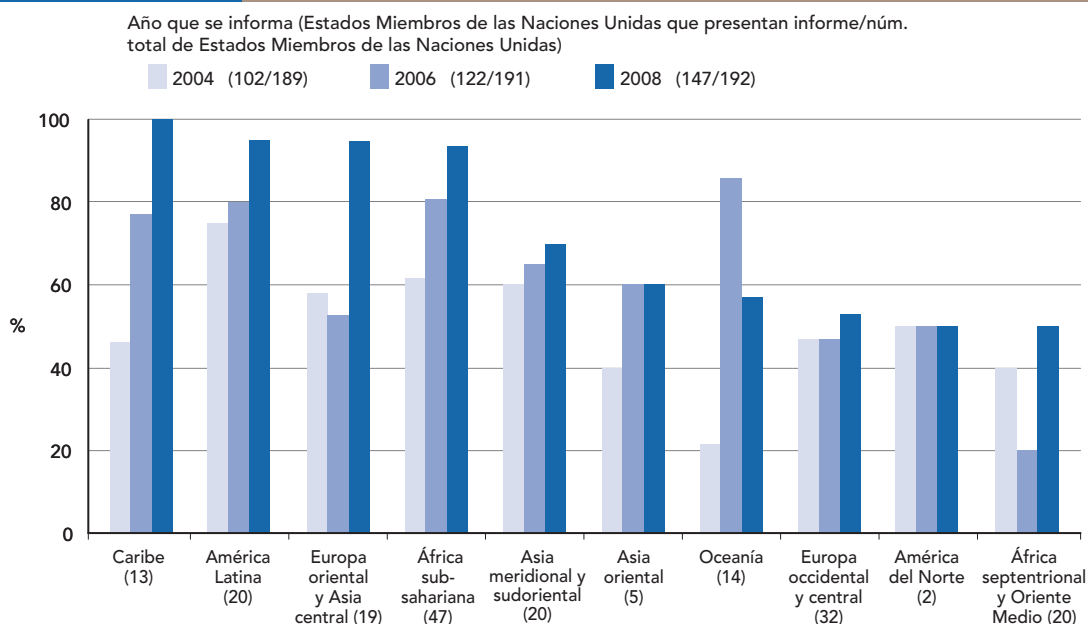
El informe documenta considerables progresos realizados en muchos países para afrontar sus epidemias nacionales. La sextupli-

cación de la financiación para programas sobre el VIH en países de ingresos bajos y medianos durante el periodo 2001-2007 está empezando a dar sus frutos, y en muchos de esos países se aprecian ya avances notables por lo que respecta a la reducción del número de fallecimientos por sida y a la prevención de nuevas infecciones. Sin embargo, los progresos siguen siendo desiguales, y el futuro de la epidemia todavía es incierto, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

Los informes de 147 países sobre los progresos nacionales realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/sida de 2001 proporcionan la valoración global más exhaustiva que jamás se ha llevado a cabo sobre la respuesta al VIH. Tal como ilustra la Figura 1, el número de países que han informado en 2008 sobre los progresos realizados en la respuesta al VIH es significativamente mayor

FIGURA 1

Porcentaje de Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentan informes por región, 2004-2008



Fuente: Informes nacionales de progreso del UNGASS 2008.

(número total de Estados Miembros de las Naciones Unidas en la región)

que en las precedentes rondas de presentación de informes.

Los indicadores sobre los que han informado los países se basan en los compromisos y plazos concretos que ellos mismos establecieron durante el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/sida de 2001.

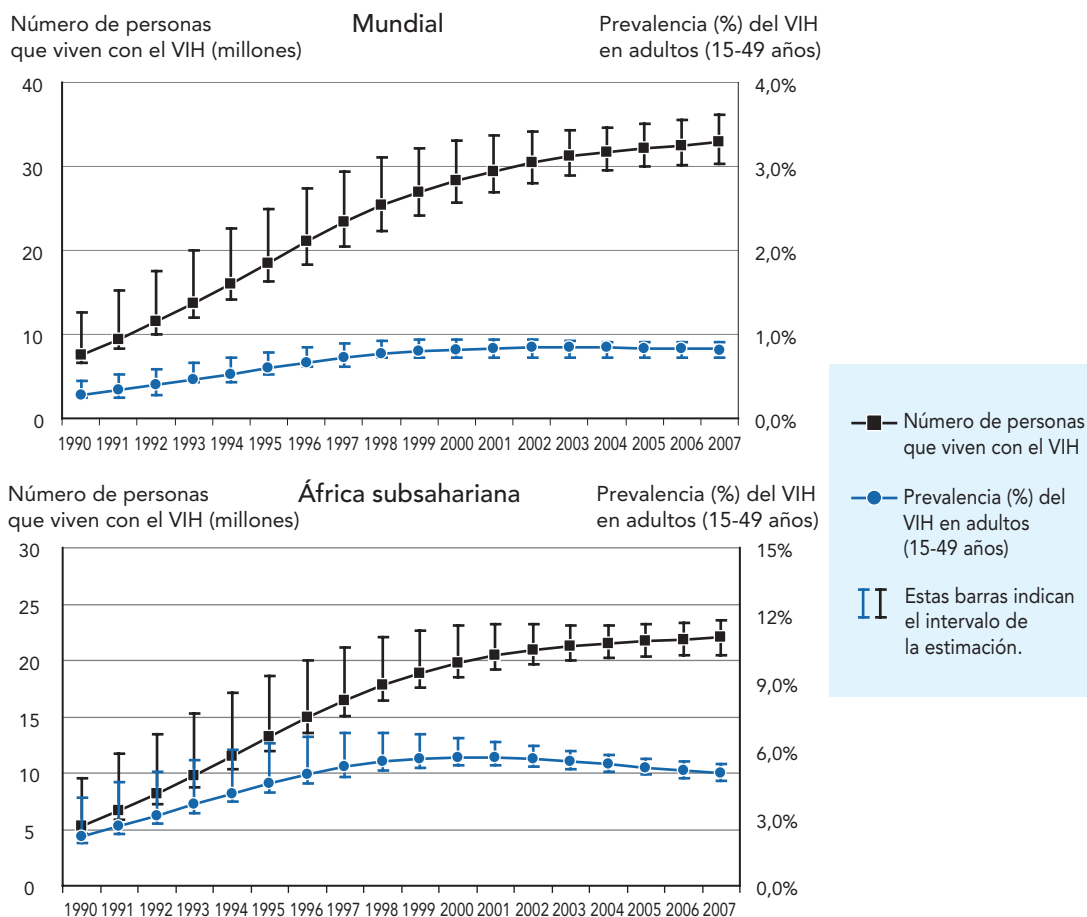
Los indicadores básicos del UNGASS cubren un amplio espectro de variables, como la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15-24 años; la cobertura de terapia antirretrovírica y programas esenciales de prevención del VIH; los servicios de apoyo a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH, y la

adopción nacional de las políticas sobre el VIH recomendadas. Los datos de los informes nacionales sobre los progresos realizados se han complementado con los derivados de otras fuentes, como las encuestas por hogares, los informes de la sociedad civil y los presupuestos y datos de vigilancia de programas de los gobiernos donantes, copatrocinadores del ONUSIDA, fundaciones filantrópicas e instituciones de investigación biomédica.

Los grupos de la sociedad civil se han unido a sus homólogos gubernamentales y, en número sin precedentes, han contribuido a este proceso de presentación de informes, aprovechando la oportunidad de participar como

FIGURA 2

Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos. Epidemia mundial de VIH, 1990-2007; y epidemia de VIH en África subsahariana, 1990-2007



Nota: Si bien la prevalencia del VIH en África subsahariana se ha estabilizado, el número real de personas infectadas continúa aumentando debido a las permanentes nuevas infecciones y al acceso cada vez mayor a la terapia antirretrovírica.

vehículo para la comunicación pública sobre la situación dentro de su país y al mundo entero.

En total, más de 700 organizaciones no gubernamentales locales (representadas por muchos más individuos) actuaron como informadores fundamentales para elaborar el Índice Compuesto de Políticas Nacionales, que rastrea los progresos nacionales realizados en la aplicación de marcos de políticas y estrategias sólidas sobre el VIH.

La respuesta al VIH es crucial para progresar en toda la amplitud de los planes mundiales de desarrollo.

El éxito en la lucha contra el VIH acelerará el avance para alcanzar prácticamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cumplir los múltiples compromisos políticos sobre el VIH asumidos exigirá un mayor liderazgo; aprovechar los éxitos recientes teniendo en cuenta las enseñanzas adquiridas; aumentar los recursos financieros; mejorar la coordinación de los esfuerzos, y una acción eficaz para abordar los factores determinantes sociales de la vulnerabilidad y el riesgo de VIH.

Situación de la epidemia mundial de VIH

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde 2000

(Figuras 2 y 3). Sin embargo, el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año y de los

efectos beneficiosos de la mayor disponibilidad de terapia antirretrovírica. África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH, ya que le corresponden el 67% de las personas que viven con el virus y el 72% de los fallecimientos por sida producidos en 2007 en todo el mundo.

La epidemia mundial se está estabilizando, pero a un nivel inaceptablemente alto.

Se estima que, en 2007, había en todo el mundo 33 millones [30-36 millones] de personas que vivían con el VIH (Figura 3). El número anual de nuevas infecciones disminuyó de 3,0 millones [2,6-3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2-3,2 millones] en 2007.

La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países, aunque, a nivel mundial, estas tendencias favorables quedan contrarrestadas, al menos en parte, por el incremento de las nuevas infecciones en otros países.

En África subsahariana, la mayoría de las epidemias nacionales se ha estabilizado o ha empezado a declinar (Figura 4). Sin embargo, las últimas informaciones procedentes de Kenia sugieren que, en 2007, la prevalencia del VIH osciló entre el 7,1% y el 8,5%, en comparación con el 6,7% estimado en 2003. Fuera de África, las infecciones continúan al alza en diversos países.

FIGURA 3

Una visión global de la infección por el VIH, 2007

33 millones de personas [30-36 millones] que viven con el VIH, 2007

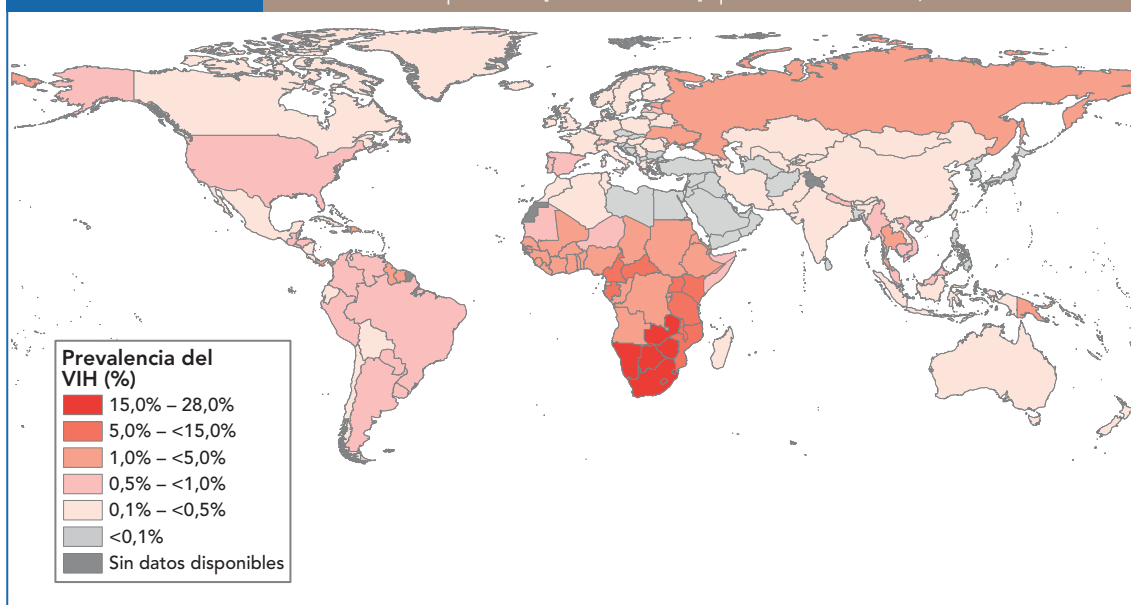
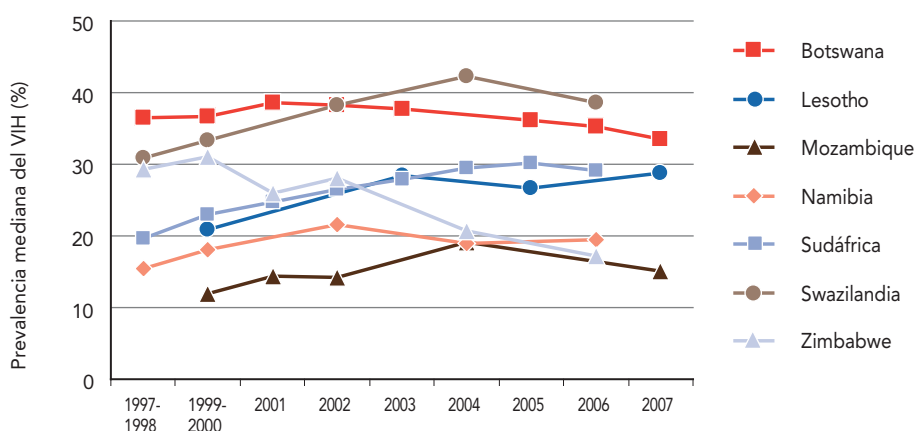
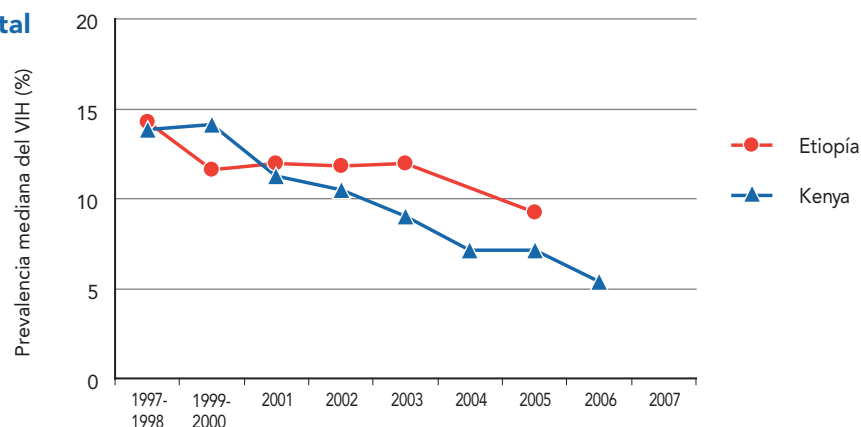
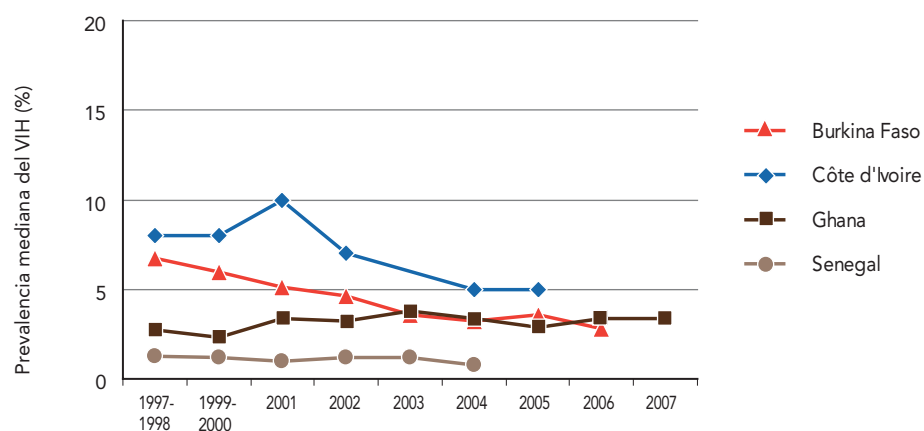


FIGURA 4

Prevalencia del VIH (%) entre embarazadas atendidas en dispensarios prenatales de África subsahariana, 1997-2007

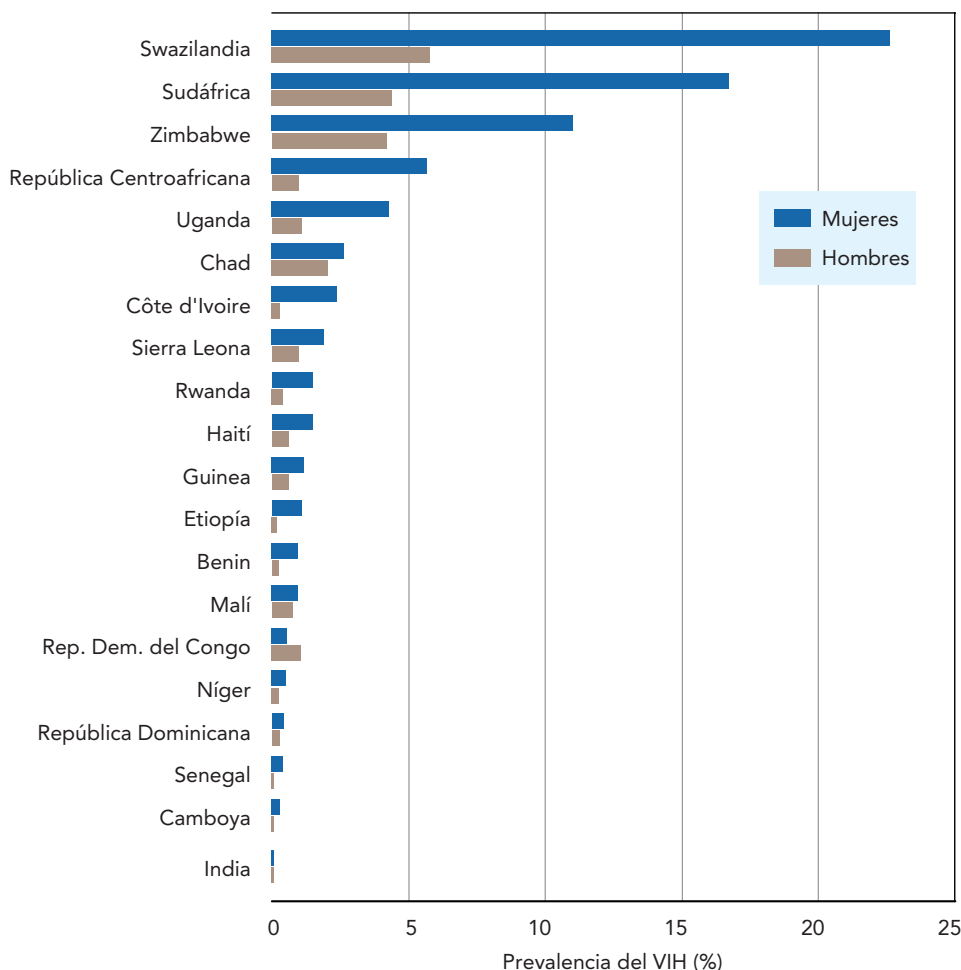
África meridional**África oriental****África occidental**

Nota: Excepto para Sudáfrica (por provincia) y para Swazilandia (por región), el análisis se limita a centros sistemáticos de vigilancia.

Fuente: Informes nacionales de vigilancia y ONUSIDA/OMS/UNICEF, Hojas informativas epidemiológicas sobre el VIH y el sida. Julio de 2008.

FIGURA 5

Prevalencia del VIH (%) entre jóvenes de 15-24 años de edad, por sexo y por países seleccionados, 2005-2007



Fuente: Encuestas demográficas y de salud y otras encuestas poblacionales a nivel nacional que incluyen pruebas del VIH.

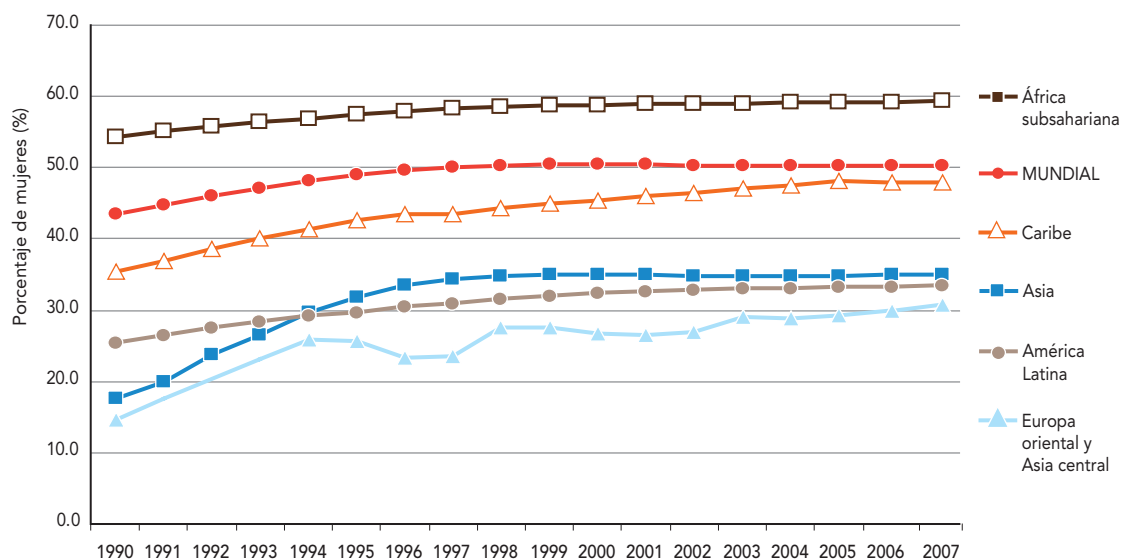
En 14 de 17 países africanos con datos de encuestas fidedignas, el porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) embarazadas que viven con el VIH ha disminuido desde 2000-2001.

En siete países, el descenso en el número de infecciones ha igualado o superado la reducción objetivo del 25% establecida para 2010 en la *Declaración de compromiso*. En jóvenes africanos, la prevalencia del

VIH tiende a ser notablemente más alta entre las mujeres que entre los hombres (Figura 5).

En el plano mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH ha permanecido estable en torno al 50% desde hace varios años. No obstante, el porcentaje de infecciones entre las mujeres está aumentando en varios países (Figura 6).

FIGURA 6

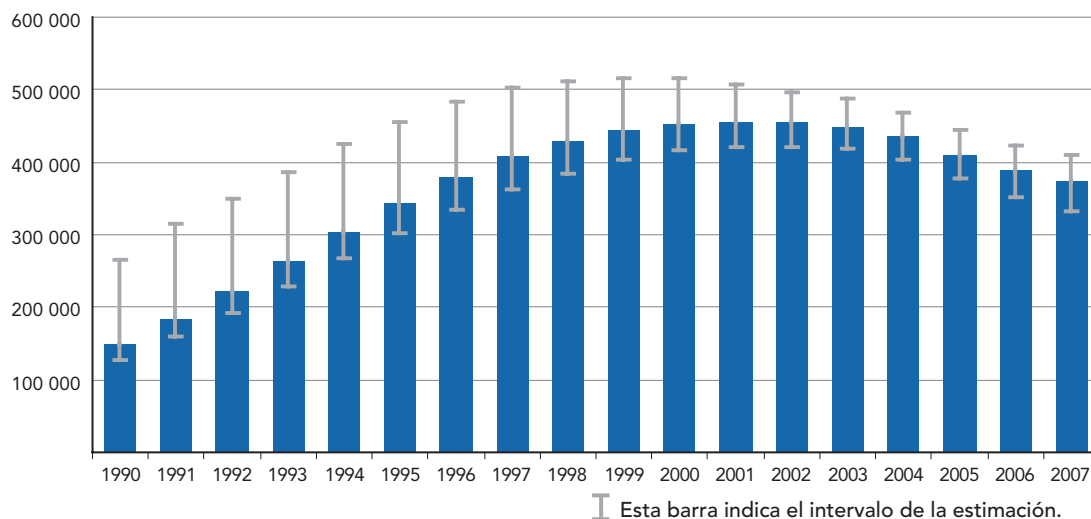
Porcentaje de mujeres adultas (15 años o más) que viven con el VIH, 1990-2007¹

Se estima que 370 000 [330 000-410 000] niños menores de 15 años contrajeron el VIH en 2007. El número anual de nuevas infecciones por el VIH entre los niños ha disminuido desde 2002 en

todo el mundo, conforme se han ido ampliando los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus (Figura 7). A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH

FIGURA 7

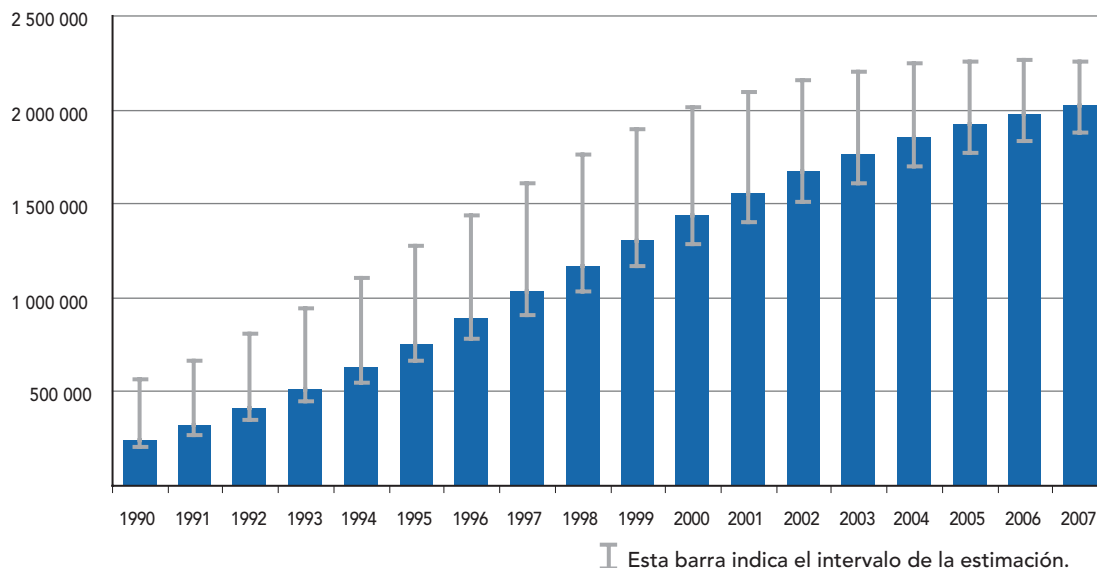
Nuevas infecciones por el VIH en niños, 1990-2007



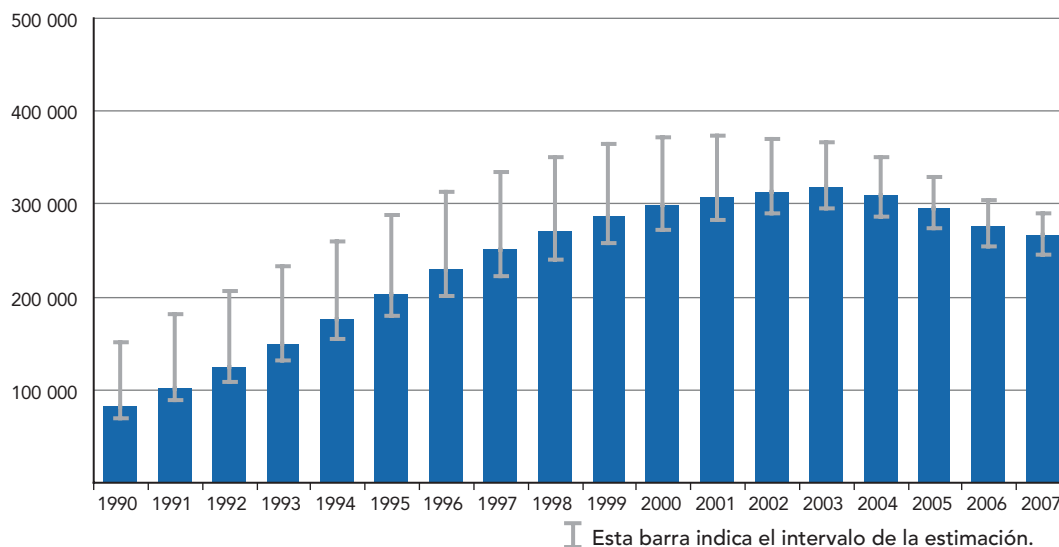
¹ La proporción mundial de mujeres en comparación con varones infectados se mantenido en aproximadamente el 50% desde los últimos años de la década de 1990. En este gráfico de tasas proporcionales, aunque la proporción de mujeres en comparación con varones ha aumentado en cada región, en la mayoría de las regiones, el número total de varones infectados supera ampliamente al número de las mujeres.

FIGURA 8

Niños que viven con el VIH en el mundo, 1990-2007

**FIGURA 9**

Niños fallecidos a causa del sida, 1990-2007

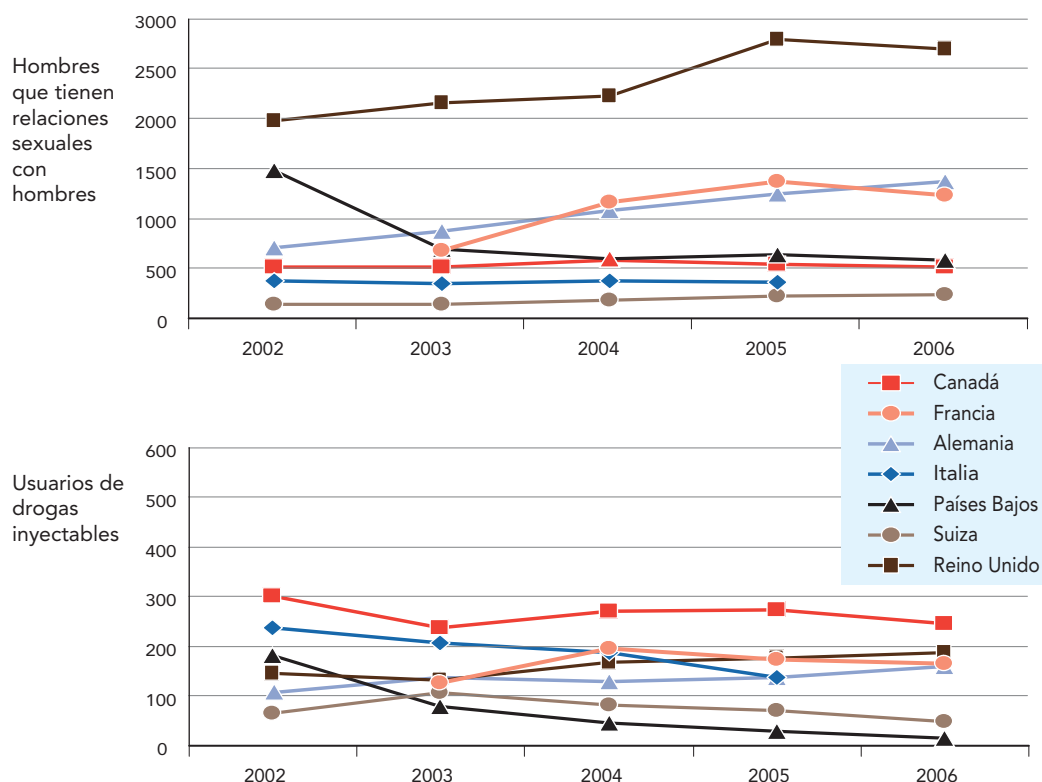


ha aumentado de 1,6 millones [1,4-2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9-2,3 millones] en 2007 (Figura 8). Casi el 90% viven en África subsahariana. Desde 2003, la tasa anual de mortalidad por sida entre los niños también ha empezado a disminuir, gracias a la ampliación progresiva del tratamiento y la prevención maternoinfantil (Figura 9).

En casi todas las regiones fuera de África subsahariana, el VIH afecta de forma desproporcionada a los usuarios de drogas inyectables, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los profesionales del sexo. Algunos estudios recientes ponen de manifiesto altos niveles de infección entre los miembros

FIGURA 10

Nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por país y por año de notificación, 2002-2006



Fuentes: (1) Organismo Canadiense de Salud Pública. HIV and AIDS in Canada. Selected Surveillance Tables to June 30, 2007. División de Vigilancia y Evaluación de Riesgos, Centro para la Prevención y el Control de Enfermedades Infecciosas, Organismo Canadiense de Salud Pública, 2007. (2) Epidemiologisches Bulletin (5. Oktober 2007/ Sonderausgabe B aktuelle daten und informationen zu infektionskrankheiten und public health). (3) Grupo de Colaboración del Reino Unido de Vigilancia del VIH y las ITS. Testing Times. HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom: 2007. Londres: Organismo de Protección de la Salud, Centro de Infecciones. Noviembre de 2007. (4) EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 75. (5) EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe: Mid-year report 2007. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No. 76.

de esos grupos en ciertas partes de África subsahariana. La Figura 10 muestra las nuevas infecciones entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los usuarios de drogas inyectables en varios países de ingresos elevados. Las infecciones por el VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están creciendo de forma aguda en distintas partes de Asia.

Abordar las causas sociales de la vulnerabilidad y el riesgo de VIH

El éxito a largo plazo en la respuesta a la epidemia exigirá realizar progresos sostenidos para reducir las violaciones de los derechos humanos asociadas a ella, incluidos la desigualdad de género, el estigma y la discrimi-

minación. Aunque estos factores sociales difieren en sus manifestaciones, intensidad e impacto entre y dentro de las regiones, están presentes en cierta medida en todo el mundo, y en todos los casos impiden una respuesta a la epidemia eficaz, basada en los resultados y los derechos.

Reducir la desigualdad de género

Aunque muchos países han empezado a reconocer las cuestiones de género en sus procesos de planificación sobre el VIH, un número sustancial sigue mostrando carencias importantes en cuanto a presupuesto y políticas para afrontar esta problemática. De acuerdo con las respuestas de los países a 14 preguntas acerca de sus políticas relacionadas con la

mujer, el ONUSIDA puntuó a cada país utilizando un «índice de políticas» que va de 0 (países que no han instituido ninguna política de equidad) a 14 (países con todas estas políticas). Tal como ilustra la Figura 11, las puntuaciones más bajas por lo que respecta a políticas que aseguren el acceso igualitario de las mujeres correspondieron a Europa oriental y central, mientras que las más altas se obtuvieron en África subsahariana.²

Deberían ampliarse convenientemente programas basados en resultados que contribuyan a forjar normas de igualdad de género, con atención particular a las intervenciones orientadas a los hombres y muchachos.

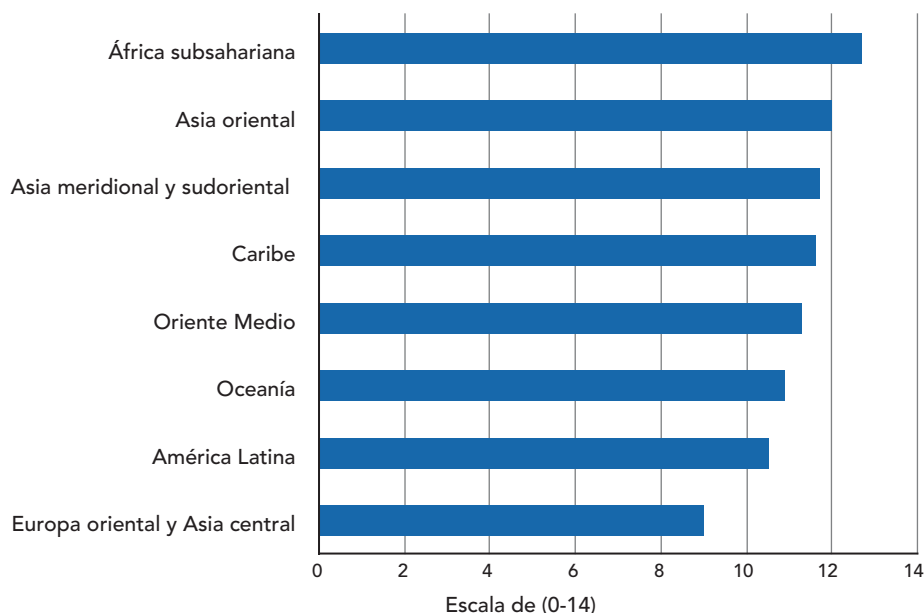
Un metaanálisis de programas para promover la igualdad de género comprobó que los que se dirigían expresamente a transformar las funciones de género a través de la reflexión crítica, la escenificación de papeles y otras interacciones eran los que tenían más probabilidades de resultar eficaces para

modificar las actitudes y comportamientos cuestionados. Las intervenciones para el cambio de normas deberían estar respaldadas por una reforma jurídica que prohibiera la violencia de género; la aplicación estricta de la ley para exigir responsabilidades a los que realizan actos de violencia, e intervenciones para abordar las actitudes y condiciones que puedan contribuir a la violencia de género.

Los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deberían priorizar estrategias para aumentar la independencia económica de las mujeres, junto con reformas jurídicas para reconocer el derecho de las mujeres a la propiedad y la sucesión. Según un estudio reciente efectuado en Botswana y Swazilandia, las mujeres que carecen de comida suficiente —en comparación con las que reciben una nutrición adecuada— tienen un 70% menos de probabilidades de considerar que controlan personalmente sus relaciones sexuales; un 50% más de probabilidades de

FIGURA 11

Índice de políticas relacionadas con la vulnerabilidad de la mujer al VIH

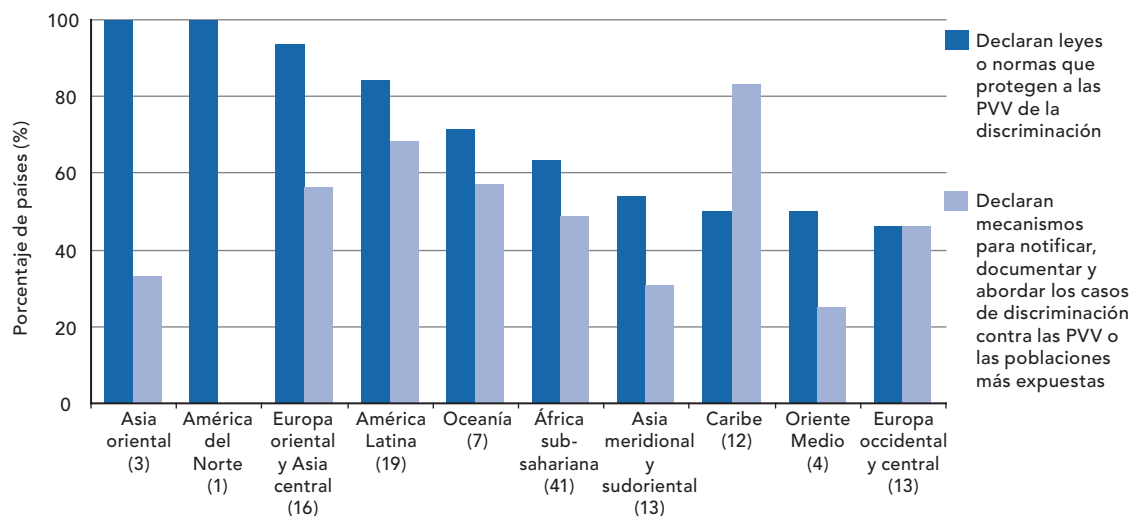


Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

² Los 130 países que contestaron fueron puntuados de acuerdo con sus respuestas a 14 preguntas sobre políticas, incluidas en el ICPN. A cada país se le otorgaba una puntuación de 1 cada vez que tenía una política instaurada. Las preguntas se relacionaban con la inclusión de cuestiones específicas de la mujer en el plan estratégico nacional y en los planes de desarrollo, en la prevención del VIH (respuesta gubernamental) y en los derechos humanos (respuesta no gubernamental). En la pregunta sobre la existencia de leyes, normativas o políticas que planteen obstáculos para los programas sobre el VIH dirigidos a las mujeres, una respuesta positiva correspondía a un valor de menos uno.

FIGURA 12

Porcentaje de países (por región) que declaran amparos legales contra la discriminación y mecanismos relevantes



Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

(número de países que presentaron informes)

mantener relaciones sexuales intergeneracionales; un 80% más de probabilidades de practicar «sexo para la supervivencia», y un 70% más de probabilidades de tener relaciones sexuales no protegidas.

Afrontar el estigma y la discriminación

En la tercera década de la epidemia, un tercio de los países carece de leyes que protejan contra la discriminación a las personas que viven con el VIH. No se ha documentado hasta qué punto se aplican realmente esas leyes ni qué personas tienen acceso a ellas. Según informes no gubernamentales, sólo el 33% de los países utiliza criterios de referencia o indicadores de resultados para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con el VIH (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, 2008) (Figura 12).

La mayoría de los países carece de protecciones jurídicas para las poblaciones con máximo riesgo. Los informadores no gubernamentales en el 26% de los países indican la existencia de leyes que protegen a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; por lo que respecta a los profesionales del sexo y los usuarios de drogas inyectables, existen leyes contra la discriminación en el 21% y 16% de los países, respectivamente (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS,

2008). La Figura 13 pone de manifiesto cómo las leyes antidiscriminación contribuyen a incrementar la cobertura de la prevención del VIH para tales grupos.

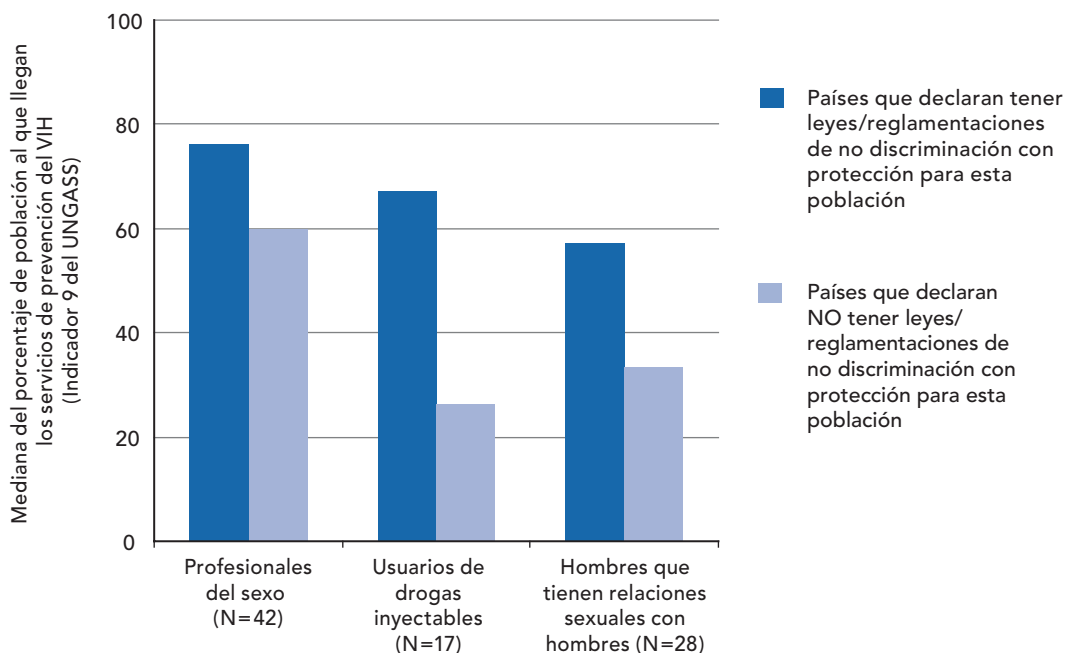
Se requiere un apoyo financiero y técnico mucho más sólido para crear capacidad entre las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH y los grupos con riesgo máximo de infección. Sólo en el 20% de los países, los informadores no gubernamentales indican que las organizaciones de la sociedad civil tienen un acceso significativo a apoyo financiero (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, 2008).

Prevenir nuevas infecciones por el VIH: la clave para invertir el curso de la epidemia

No es posible invertir el curso de la epidemia mundial de VIH ni sostener los avances en la ampliación del acceso al tratamiento sin un mayor progreso en la reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH. Aunque el acceso al tratamiento se ha ampliado poco a poco en los últimos años, los esfuerzos para asegurar actividades sólidas de prevención del VIH han quedado rezagados. Mientras que el 87% de los países con metas sobre acceso universal ha establecido objetivos para el tratamiento del VIH, sólo algo más de la mitad tiene objetivos para estrategias fundamentales de prevención del VIH.

FIGURA 13

Mediana del porcentaje de población alcanzada por los servicios de prevención del VIH dentro del contexto jurídico especificado



Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS 2008.³

Las estrategias existentes de prevención pueden ser eficaces para reducir el riesgo de exposición al VIH.

Existen estrategias de eficacia contrastada para prevenir todos los modos de transmisión del VIH: sexual, por vía sanguínea (a través del consumo de drogas inyectables o en contextos sanitarios) y maternoinfantil. En los últimos años se ha confirmado que la circuncisión médica masculina puede ser una tecnología potencialmente útil para reducir el riesgo de VIH entre los hombres. También ha aparecido una serie de estrategias de prevención del VIH centradas en los fármacos antirretrovíricos, que incluyen la prevención de la transmisión maternoinfantil, profilaxis postexposición, tratamientos experimentales de profilaxis preexposición⁴ y los beneficios probables de la

prevención secundaria mediante la administración terapéutica de agentes antirretrovíricos.

Aunque los jóvenes de 15-24 años representan el 45% de todas las nuevas infecciones por el VIH en adultos, muchos de ellos siguen careciendo de una información precisa y completa sobre cómo evitar la exposición al virus.

Los datos de encuestas realizadas en 64 países indican que el 40% de los varones y el 38% de las mujeres de 15-24 años tienen un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH y sobre cómo evitar su transmisión (Indicador 13 del UNGASS)⁵ (Figura 14). Aunque esto supone una mejora, especialmente entre las mujeres, respecto a los niveles de conocimiento en 2005 —cuando se comprobó que el 37% de los varones y el 28% de las mujeres tenían

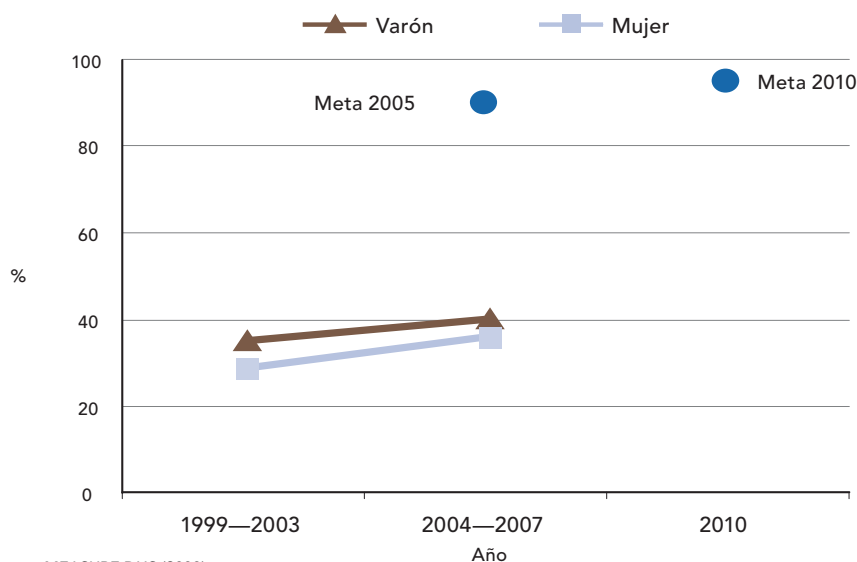
³ Entre un tercio y la mitad de los países no proporcionaron información sobre leyes/reglamentos relativos a la no discriminación para poblaciones expuestas a máximo riesgo. Información de NCPI: un conjunto de datos diferentes (de distintos países) de los que aparecen en la Figura 17.

⁴ Hasta marzo de 2008 se habían planificado o emprendido ensayos sobre ocho enfoques experimentales diferentes de profilaxis preexposición. Dos de estos ensayos están estudiando formulaciones tópicas, incluido CAPRISA 004, el primer ensayo de un producto microbicida que incorpora antirretrovíricos.

⁵ Este indicador utiliza datos de encuestas de población (a ser posible, de los dos últimos años) con el fin de valorar la capacidad de los jóvenes para identificar correctamente formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (por ej., uso de preservativos) y rechazar conceptos erróneos importantes acerca de la transmisión del virus (por ej., que el VIH puede transmitirse por picaduras de mosquito). A los jóvenes se les formulan cinco preguntas pertinentes, y deben responder correctamente a todas ellas para que se considere que tienen un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH.

FIGURA 14

Conocimiento general del VIH en los jóvenes (15-24 años), 1999-2007



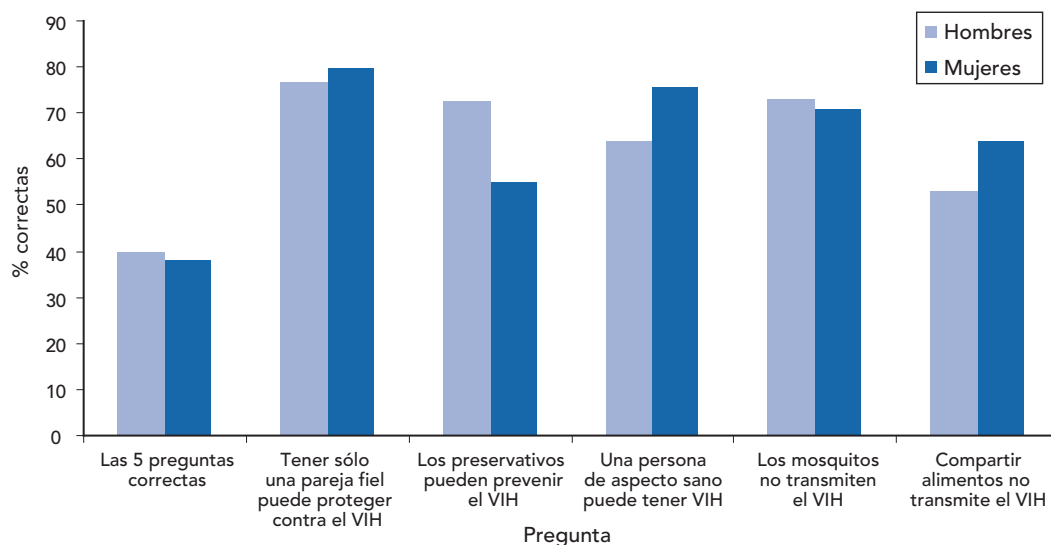
Fuente: MEASURE DHS (2008).

un conocimiento básico sobre el VIH—, los niveles de conocimiento en 2007 siguen estando muy por debajo del objetivo mundial de asegurar que un 95% de los jóvenes tenga un conocimiento exhaustivo sobre el VIH para 2010 (DoC, 2001).

Las mujeres jóvenes tienen una probabilidad mucho menor que los varones jóvenes de poseer un conocimiento preciso y exhaustivo sobre el VIH (Figura 15). Mientras que más del 70% de los varones jóvenes saben que los preserva-

FIGURA 15

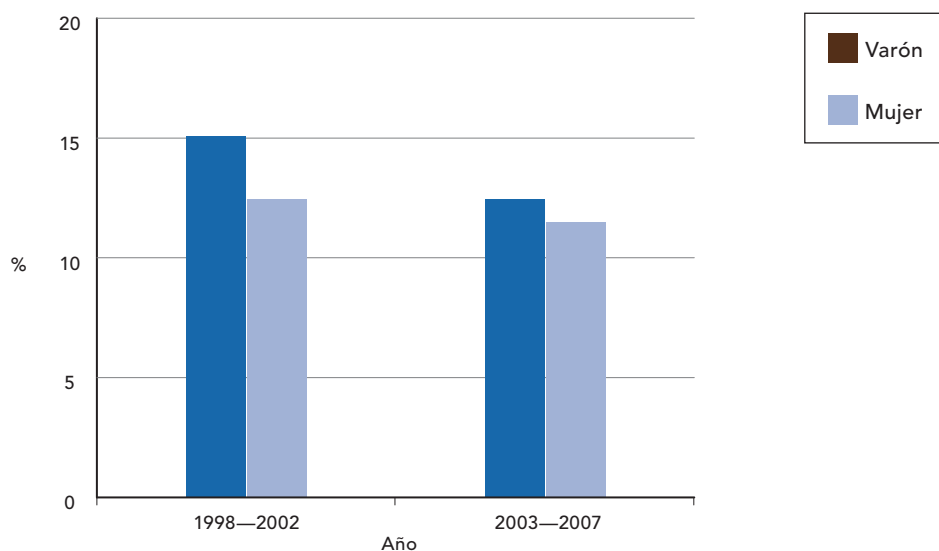
Conocimiento general del VIH en los jóvenes, por tipo de pregunta



Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS 2008.

FIGURA 16

Porcentaje de jóvenes que tienen su primera relación sexual antes de los 15 años, por sexo



Fuente: MEASURE DHS.

tivos pueden proteger contra la exposición al VIH, sólo el 55% de las mujeres jóvenes cita el uso de preservativos como una estrategia eficaz de prevención (Indicador 13 del UNGASS).

En los países de ingresos bajos y medianos, el porcentaje de jóvenes que tiene relaciones sexuales antes de los 15 años está disminuyendo en todas las regiones, una continuación de las tendencias detectadas a comienzos de esta década (Figura 16).

Sin embargo, existe una variación sustancial entre los países, de modo que en algunos de ellos está aumentando el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años.

A pesar de un incremento notable en la cobertura, los programas de prevención del VIH todavía no llegan a muchas personas con riesgo de contraer el virus, incluida una mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y de los usuarios de drogas inyectables (Figura 17).⁶ Además, los informadores no gubernamentales en casi las dos terceras partes de los países (63%) señalan la existencia de leyes, normativas o políticas que plantean obstáculos para la dispensación de servicios eficaces de prevención, tratamiento, atención y apoyo rela-

cionados con el VIH para las poblaciones con riesgo máximo (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, 2008).

Durante los dos últimos años, los importantes progresos realizados en la ampliación del acceso a servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil sugieren que este modo de transmisión podría volverse sumamente inusual en el futuro si se dispone de una financiación, compromiso y acción estratégica suficientes.

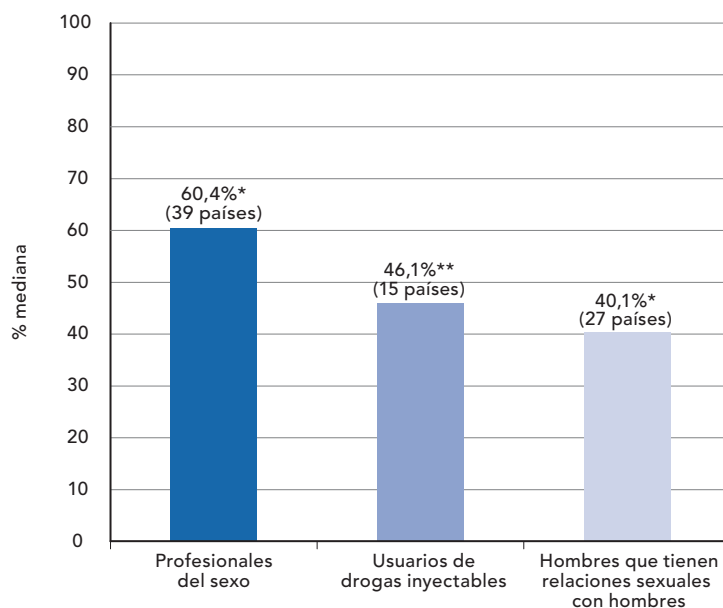
Después de las correcciones introducidas en las estimaciones previas de cobertura —basadas en las estimaciones epidemiológicas revisadas de la prevalencia mundial y nacional del VIH, y después de un proceso de reconciliación de datos entre el ONUSIDA, la OMS, el UNICEF y los países que informan sobre este indicador (indicador 5 del UNGASS)—, parece que la cobertura de medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil entre las mujeres embarazadas VIH-positivas de los países de ingresos bajos y medianos aumentó del 9% en 2004 al 33% en 2007 (Figura 18).

Los esfuerzos de prevención deberían enfocarse de forma más estratégica en las relaciones sexuales, especialmente aquellas

⁶ Puesto que los informes de los países sobre la cobertura de la prevención del VIH para las poblaciones con riesgo máximo se basan a menudo en encuestas en muestras de «conveniencia» extraídas de ámbitos urbanos, es probable que los promedios comunicados sobrestimen la magnitud real de la cobertura de los programas de prevención para tales grupos.

FIGURA 17

Porcentaje de las poblaciones más expuestas que logran atender los programas de prevención del VIH, 2005–2007



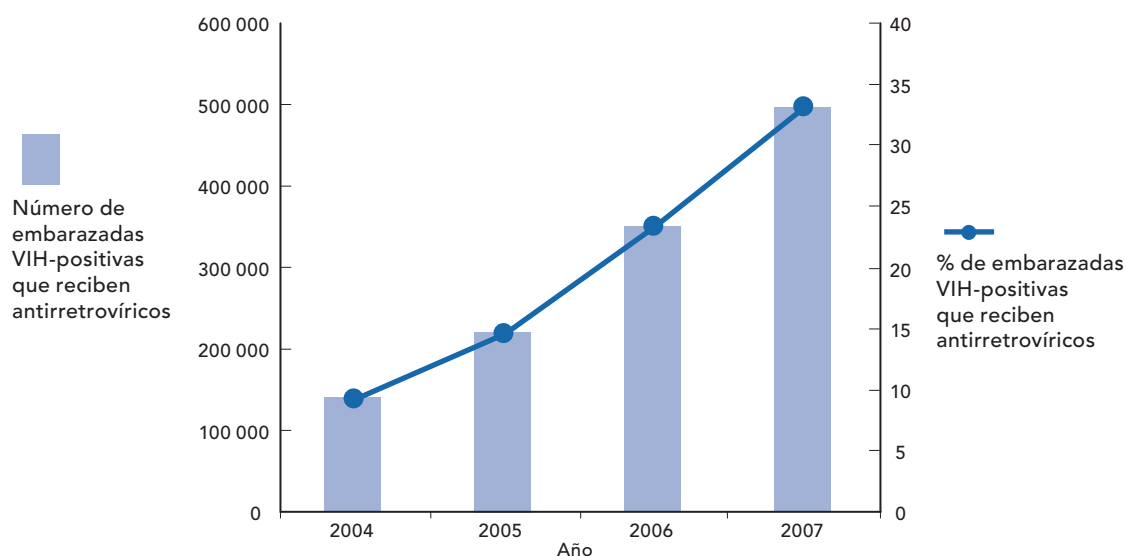
* Porcentaje notificado de profesionales del sexo y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que saben dónde pueden recibir una prueba del VIH y que recibieron preservativos.

** Porcentaje informado de usuarios de drogas inyectables que saben dónde podrían recibir una prueba del VIH, y que recibieron preservativos y agujas y jeringas estériles.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

FIGURA 18

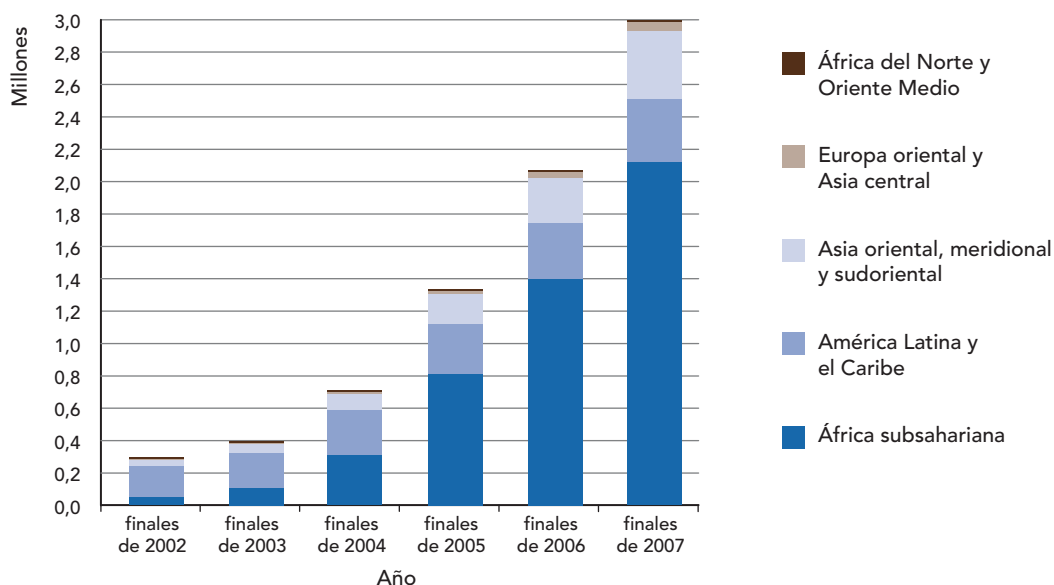
Número y porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben terapia antirretrovírica, 2004–2007



Fuente: UNUSIDA, UNICEF y OMS, 2008; datos provistos por países.

FIGURA 19

Número de personas que reciben antirretrovíricos en países de ingresos bajos y medianos, 2002-2007



Fuente: Datos provistos por ONUSIDA y OMS, 2008.

que aumentan el riesgo de exposición al VIH. En Uganda, entre parejas heterosexuales sero-discordantes, el miembro no infectado tiene una probabilidad estimada del 8% de contraer el VIH cada año, lo que subraya la importancia de iniciativas de prevención adaptadas a tales parejas. Del mismo modo, se requiere una atención enfocada para reducir la prevalencia de múltiples parejas concomitantes, que pueden conducir a la rápida propagación de la infección por el VIH dentro de redes sexuales.

Sostener los logros alcanzados representa uno de los mayores retos en el contexto de la prevención del VIH. A fin de mantener una respuesta sólida de prevención, los países deben fomentar un «movimiento pro prevención»; acrecentar la capacidad humana y técnica que se necesitará para sostener los esfuerzos preventivos, y trabajar para estimular una mayor demanda de servicios de prevención. En todos los países donde las tasas de infección por el VIH han disminuido sustancialmente, la movilización comunitaria para la prevención del VIH ha sido un elemento crítico del éxito.

Tratamiento y asistencia sanitaria: progresos nunca vistos, pero desafíos persistentes

En sólo seis años, el número de personas que reciben medicamentos antirretrovíricos en

los países de ingresos bajos y medianos se ha multiplicado por diez, llegando casi a tres millones de personas a finales de 2007 (Figura 19). Muchos agentes comparten el mérito de este logro, principalmente las propias personas que viven con el VIH, cuya labor de sensibilización pública ha contribuido a alcanzar lo que se había considerado imposible en otros momentos.

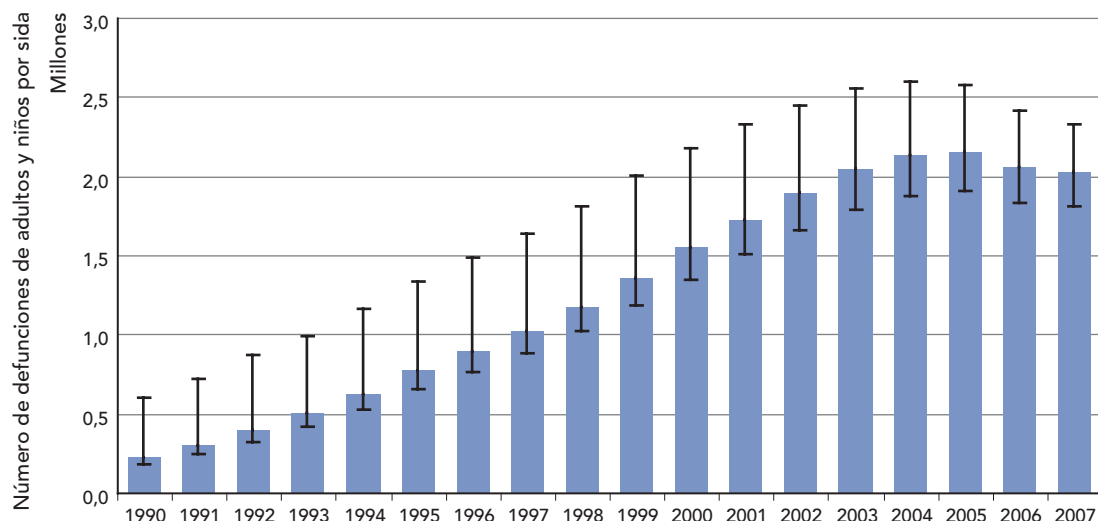
La rápida ampliación del acceso al tratamiento en los contextos con recursos limitados está salvando vidas, mejorando la calidad de vida y contribuyendo a rejuvenecer hogares, comunidades y sociedades enteras.

Después de décadas de mortalidad creciente, el número anual de fallecimientos por sida en todo el mundo ha disminuido durante los dos últimos años (Figura 20).

Se requiere una acción intensificada para asegurar la prestación oportuna de tratamiento del VIH para los niños, quienes tienen una probabilidad significativamente menor que los adultos de recibir medicamentos antirretrovíricos. Sin tratamiento, aproximadamente la mitad de los niños con infección perinatal por el VIH habrá fallecido antes de los dos años de edad. El VIH es más difícil de diagnosticar en los niños que en los adultos, aunque han aparecido recientemente medios diagnósticos pediátricos rentables.

FIGURA 20

Número estimado de defunciones por sida en adultos y niños a nivel mundial, 1990-2007

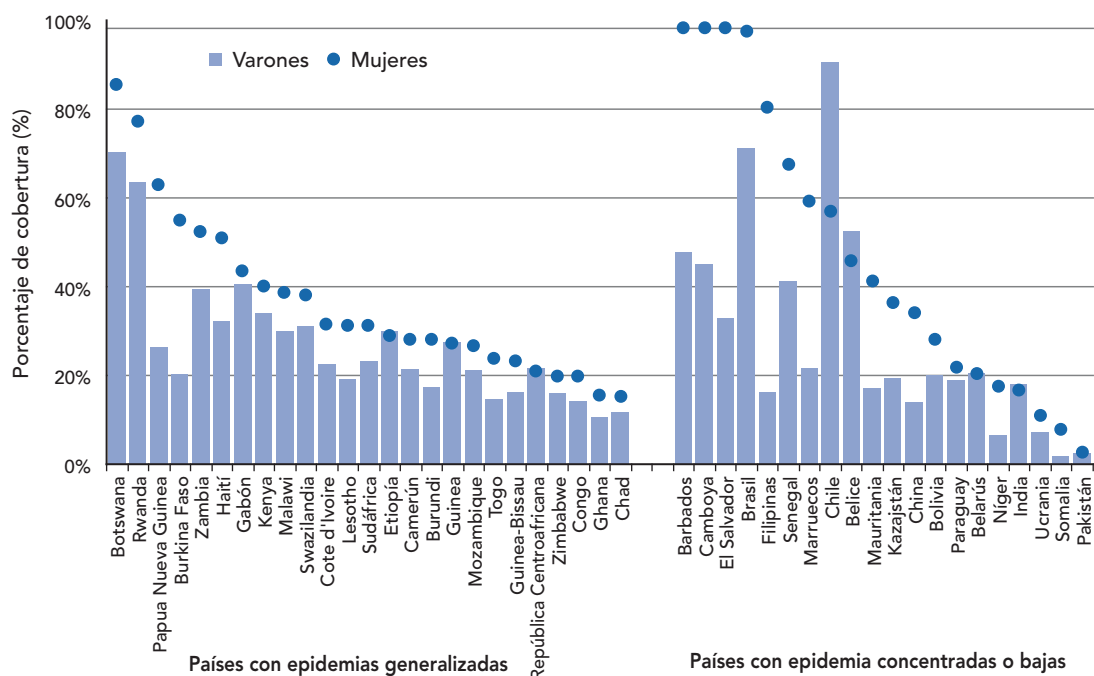


Fuente: Datos provistos por ONUSIDA y OMS, 2008.

Esta barra indica el intervalo de la estimación.

FIGURA 21

Comparación de la cobertura de la terapia antirretrovírica en 2007 entre varones y mujeres (para países con datos notificados sobre el número de personas en tratamiento para ambos sexos por separado)

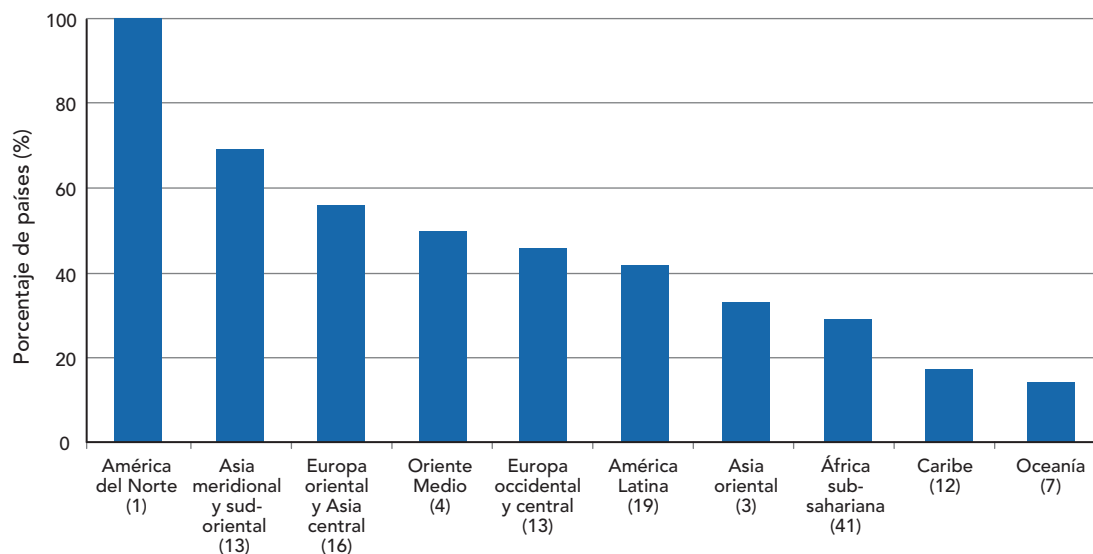


Fuente: Datos de ONUSIDA/OMS, 2008.

Nota: Las estimaciones de la cobertura se realizaron aplicando el coeficiente del número de varones y el de mujeres que reciben terapia antirretrovírica al valor final proyectado de todas las personas en este tipo de tratamiento hasta diciembre de 2007. El cuadro muestra las cifras estimadas de diciembre de 2007 de varones y mujeres que reciben terapia antirretrovírica, que luego se dividen por el número estimado de varones y mujeres que necesitan esta terapia, respectivamente.

FIGURA 22

Porcentaje de países que informan la existencia de leyes, reglamentación o políticas que plantean obstáculos a los servicios para los usuarios de drogas inyectables



Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

(número de países que presentaron informes)

Los fármacos antirretrovíricos disponibles se desarrollaron inicialmente para los adultos, y la mayoría de las formulaciones convencionales de dosis fija son inadecuadas para los niños; este problema puede superarse, también, gracias a la disponibilidad creciente de tratamientos pediátricos; sistemas de dosificación para ayudar a los médicos en contextos con recursos limitados, y mayor apoyo financiero para la aceptación del tratamiento pediátrico.

A nivel mundial, la cobertura del tratamiento antirretrovírico para las mujeres es igual o superior a la de los hombres (Figura 21). En la mayoría de los países, la cobertura del tratamiento para las mujeres supera una cobertura comparable para los hombres. Esta disparidad de género es particularmente acusada en los países con epidemias generalizadas, como consecuencia posiblemente del hecho de que muchas mujeres VIH-positivas tengan dos puertas de entrada al tratamiento, a saber, los programas de tratamiento del VIH y los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil.

Las poblaciones con máximo riesgo de exposición al VIH, como los usuarios de drogas inyectables, se enfrentan a obstáculos considerables para acceder al tratamiento del VIH, a menudo como resultado de una discriminación institucionalizada. Por ejemplo, el tratamiento para la rehabilitación de toxicómanos, como la terapia de sustitución, con frecuencia es

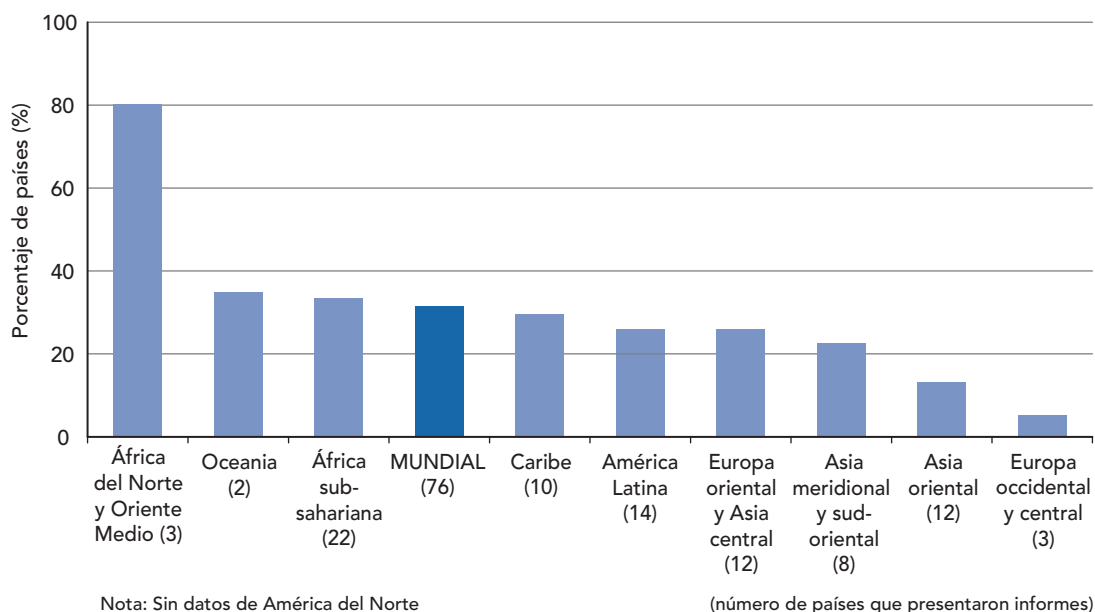
esencial para el éxito del tratamiento del VIH, pero en muchos países está prohibido o restringido por ley. Según los datos de informadores no gubernamentales, muchos países, incluidos la Federación de Rusia y la mayoría de los países de Europa oriental y Asia central, Asia meridional y sudoriental y América del Norte, tienen leyes, normativas o políticas que impiden que los consumidores de drogas inyectables utilicen servicios para el VIH (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, 2008) (Figura 22).

A pesar de la existencia de medicaciones asequibles, muy pocas personas que viven con el VIH y la tuberculosis están recibiendo tratamiento para ambas enfermedades (Figura 23). La incapacidad para hacer un uso óptimo de los medios diagnósticos y terapéuticos existentes provoca una morbilidad y mortalidad considerables. Se estima que el 22% de los casos de tuberculosis en África —y, en algunos países de la región, hasta el 70%— incide en personas que viven con el VIH.

Las debilidades de los sistemas sanitarios están frenando la ampliación progresiva de los programas de tratamiento del VIH, lo que pone de manifiesto la necesidad de una acción intensificada para reforzar dichos sistemas. Los datos indican que la ampliación progresiva del suministro de medicamentos antirretrovíricos está ayudando a impulsar mejoras

FIGURA 23

Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis en las personas que viven con el VIH y reciben medicamentos antirretrovíricos y antituberculosos, 2007



Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

significativas de la infraestructura sanitaria en contextos con recursos limitados.

Puesto que el tratamiento para el VIH es para toda la vida, resulta esencial que los programas de tratamiento sean sostenibles a largo plazo. Entre los avances que deben realizarse para asegurar la continuidad del tratamiento del VIH figuran las terapias de segunda y tercera línea más asequibles, así como un mayor éxito en la prevención de las nuevas infecciones por el VIH.

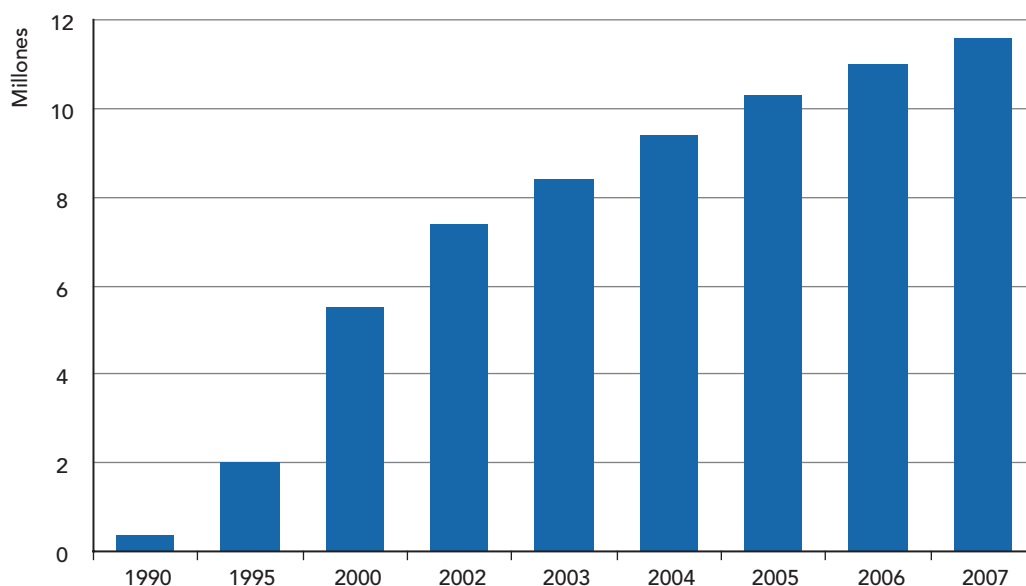
Mitigar el impacto de la epidemia sobre los hogares, comunidades y sociedades

La epidemia sigue infligiendo un daño significativo a los hogares afectados, con efectos particularmente nocivos sobre las mujeres y niños. En los hogares más pobres de la India, la carga financiera asociada al VIH representa el 82% de los ingresos anuales, mientras que la carga comparable para las familias más acomodadas supera ligeramente el 20%. En África subsahariana, cerca de 12 millones de niños (menores de 18 años) han perdido a uno o ambos padres a causa del sida, y el número de niños huérfanos como consecuencia de la epidemia sigue aumentando (Figura 24).

Aunque la mayoría de los países con una alta prevalencia ha establecido estrategias para apoyar a los niños huérfanos o vulnerables a causa del VIH, pocos programas nacionales llegan a más de una pequeña minoría de tales niños. En 10 países en los que el 5% o más de los adultos están viviendo con el VIH y en los que se han efectuado encuestas recientes por hogares, un promedio (ajustado por la población) del 15% de los huérfanos vive en hogares que reciben alguna forma de asistencia, como atención médica, ayudas escolares, apoyo financiero o servicios psicosociales (Figura 25). En África oriental y meridional, los gobiernos nacionales, la sociedad civil y otras partes interesadas se están centrando cada vez más en la prestación de un conjunto mínimo de medidas de protección social para los niños vulnerables, incluidos los afectados por el VIH. Proporcionar apoyo monetario a los hogares afectados por el VIH aumentaría sustancialmente la asistencia a los niños, que constituyen una parte significativa de las familias. En el proyecto piloto llevado a cabo en el distrito zambiano de Kalomo, el 68% de los niños a los que llegaron transferencias sociales de dinero eran huérfanos, y el 35% de ellos había perdido tanto al padre como a la madre.

FIGURA 24

Número estimado de niños menores de 18 años que han quedado huérfanos a causa del sida en África subsahariana (1990–2007)



Fuente: ONUSIDA/OMS, 2008.

FIGURA 25

Apoyo a niños huérfanos y niños vulnerables según lo informado por los países con prevalencia del VIH $\geq 5\%$ (estimaciones de 2005)

País	HNV que reciben apoyo	Total de HNV ¹	Cobertura en 2007 (n = 10)
Datos de encuestas poblacionales			
Botswana	No informado	No informado	No informado
Camerún	412	4431	9%
República Centroafricana	No informado	No informado	7%
Gabón	259	2637	10%
Kenya	No informado	No informado	17% ²
Lesotho	No informado	No informado	No informado
Malawi	No informado	No informado	19%
Namibia	882	5343	17%
Swazilandia	1472	3576	41%
Uganda	569	5321	11%
Zambia	578	3671	16%
Zimbabwe	1972	6322	31%
Promedio ajustado a la población	34 161	4 970	15%
Datos basados en programas			
Côte d'Ivoire	37 250	420 943	9%
Sudáfrica	1 057 900	1 577 200	67%
República Unida de Tanzania	471 315	930 000	51%
Promedio ajustado a la población	2 928 143	1 566 465	53%

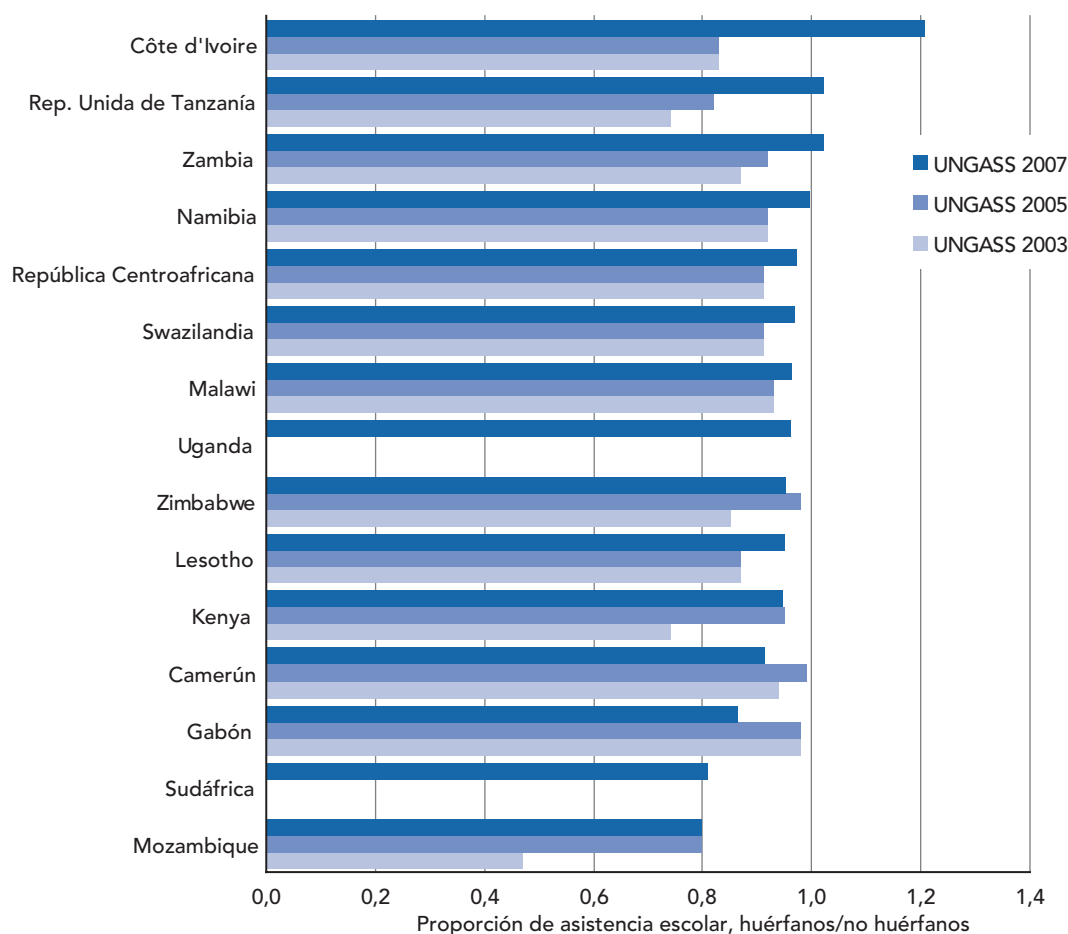
¹ Número total de HNV según lo informado por los países.

² Información basada en encuesta realizada por el PEPFAR en Kenya sobre el apoyo a HNV en 2007, fuente: Informe nacional del UNGASS de Kenya 2008.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

FIGURA 26

Razón de asistencia escolar entre huérfanos y no huérfanos en países con prevalencia del VIH mayor al 5%



Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

Asegurar que los niños dispongan de oportunidades educativas es crucial para mitigar la vulnerabilidad relacionada con el VIH. En 56 países en los que se dispone de datos de encuestas recientes por hogares, los huérfanos que habían perdido a ambos padres tenían, en promedio, una probabilidad un 12% menor de acudir a la escuela que los niños no huérfanos. En países con una prevalencia del VIH superior al 5%, la probabilidad de los huérfanos de estar escolarizados sólo era un 4% menor que la de los no huérfanos, lo que señala que los países más afectados están afrontando algunas de las disparidades educativas

observadas en etapas anteriores de la epidemia⁷ (Figura 26).

La epidemia está teniendo efectos especialmente severos sobre las mujeres, lo que exige la aplicación de mayores medidas dirigidas a incrementar el potencial de este colectivo para generar ingresos independientes. Las mujeres representan las dos terceras partes de todos los cuidadores de personas que viven con el VIH en África, y las mujeres viudas como consecuencia del VIH corren riesgo de ostracismo social o indigencia. Potenciar las opciones financieras de las mujeres contribuye a mitigar algunos de los efectos más

⁷ Este indicador corresponde a huérfanos en general, no a niños huérfanos como consecuencia del VIH exclusivamente.

FIGURA 27

Costos laborales relacionados con el VIH

Sector	País	Núm. de trabajadores en el sector	Prevalencia estimada de VIH (% de población adulta)	Costo por defunción o jubilación a causa del sida (múltiplo de compensación anual)	Costos anuales agregados (% del costo de mano de obra)
Comercio minorista	Sudáfrica	500	10,50	0,7	0,50
Comercio agrícola	Sudáfrica	700	23,70	1,1	0,70
	Uganda	500	5,60	1,9	1,20
	Kenya	22 000	10,00	1,1	1,00
	Zambia	1200	28,50	0,9	1,30
Fabricación	Sudáfrica	1300	14,00	1,2	1,10
	Uganda	300	14,40	1,2	1,90
	Etiopía	1500	5,30	0,9	0,60
	Etiopía	1300	6,20	0,8	0,60
Medios de comunicación	Sudáfrica	3600	10,20	1,3	1,30
Servicios	Sudáfrica	>25 000	11,70	4,7	2,20
Minería	Sudáfrica	600	23,60	1,4	2,40
	Botswana	500	29,00	4,4	8,40
Turismo	Zambia	350	36,80	3,6	10,80

Fuente: Piot P et al. (2007). Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development.

nocivos de la epidemia; el 90% de las mujeres que participan en iniciativas de microfinanzas comunican una mejoría significativa en su vida, incluidos un mayor sentido de solidaridad comunitaria ante la crisis y una reducción de la violencia conyugal.

Aunque los efectos macroeconómicos de la epidemia son menos graves de lo que se temía anteriormente, el VIH está teniendo profundos efectos negativos en ciertas industrias y sectores agrícolas de los países con una alta prevalencia (Figura 27). Utilizando modelos económicos normalizados, los mejores datos disponibles señalan que, durante un periodo de 10–20 años, el VIH reducirá probablemente en un 0,5–1,5% el crecimiento económico de los países con una alta prevalencia, un impacto notable pero no catastrófico.⁸ Sin embargo, el VIH puede ralentizar el crecimiento económico, agravar las desigualdades económicas y causar graves tensiones en los hogares afectados. En Botswana,

los modelos indican que el VIH ha aumentado en un 6% la proporción de hogares por debajo del umbral de la pobreza y en un 4% el porcentaje de personas que viven en hogares pobres. Fuera de África, los análisis económicos del Banco Asiático de Desarrollo y el ONUSIDA indican que, como consecuencia del VIH, el ritmo anual de reducción de la pobreza disminuirá un 60% en Camboya, un 38% en Tailandia y un 23% en la India entre 2003 y 2015. Se estima que el VIH impone un costo anual adicional de US\$ 2.000 millones a los hogares afectados de Asia.

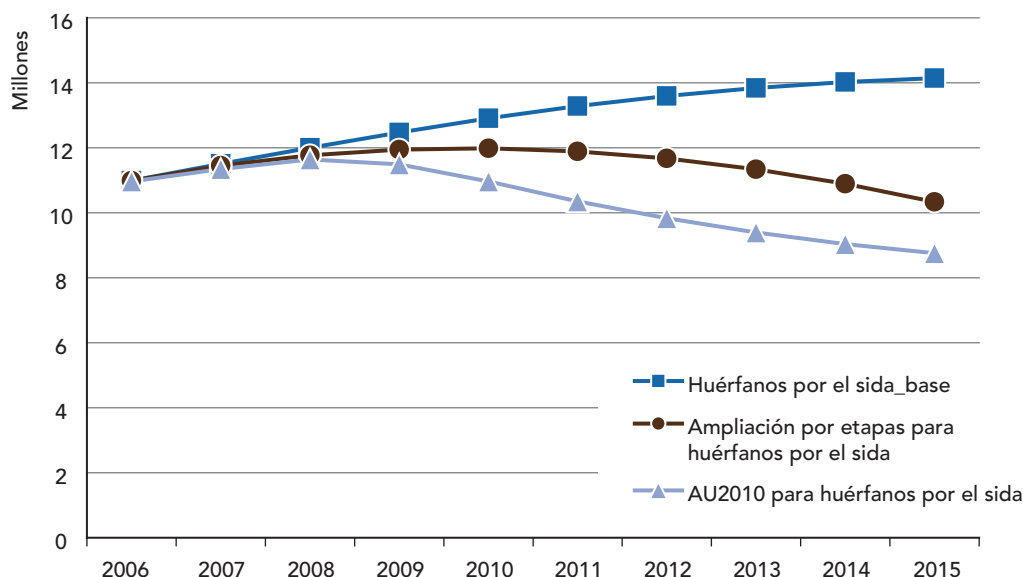
Para abordar el deterioro continuado de la capacidad de gobierno en los países con una alta prevalencia, se requieren planteamientos estratégicos ampliados para preservar y acrecentar la capacidad en el sector público, incluidas estrategias innovadoras dirigidas a expandir lo máximo posible la escasa capacidad existente. Los resultados preliminares de un

⁸ Estas estimaciones son sustancialmente menores que las proyecciones desarrolladas en etapas anteriores de la epidemia. En 2001, por ejemplo, los economistas estimaron que el VIH provocaría probablemente que el crecimiento económico de Botswana se desplomara de cerca del 5,5% anual al 1,5–2,5%. En los años transcurridos desde entonces, sin embargo, el crecimiento económico de Botswana ha seguido siendo sólido, a pesar de niveles sumamente altos de infección por el VIH.

No existe consenso universal por lo que respecta a ciertas conclusiones más recientes según las cuales el impacto a largo plazo de la epidemia sobre las economías nacionales será algo menor de lo previsto. Un análisis económico de 2006 sugería que las proyecciones más bajas del impacto macroeconómico se fundamentan en la premisa de que los países fuertemente afectados tienen un excedente de mano de obra no cualificada. Cuestionando la validez de este presupuesto a la luz de la tasa de mortalidad a largo plazo como consecuencia del VIH, el análisis argumentaba que «una perspectiva más amplia y a más largo plazo» sugiere que «el sida podría causar el colapso completo de muchas economías, especialmente en África subsahariana».

FIGURA 28

Huérfanos a causa del sida en África subsahariana, 2006–2015



Fuente: UNICEF, ONUSIDA, OMS (2008).

estudio del impacto del VIH sobre la gobernanza en siete países africanos indican que la epidemia está socavando la capacidad parlamentaria, lo que se traduce en un gasto gubernamental adicional considerable. La epidemia está teniendo efectos, a veces graves, sobre componentes concretos del sector público; en 2005, por ejemplo, la mortalidad relacionada con el VIH redujo en un 6,2% la capacidad de prestación de servicios de la *Zambian Wildlife Authority* y elevó casi un 10% los costos en mano de obra, lo que limitó la capacidad del Gobierno para proteger la vida salvaje y los parques naturales del país.

Los programas de tratamiento antirretrovírico representan una estrategia crucial para mitigar el impacto de la epidemia. Entre los trabajadores del té en Kenia se observaron mejoras rápidas de la productividad durante el año siguiente a la instauración de terapia antirretrovírica. Un estudio reciente en Uganda constató una reducción del 81% en la mortalidad infantil entre los hijos no

infectados de adultos que recibían terapia antirretrovírica, así como un descenso del 93% en la orfandad. Alcanzar en 2015 el acceso universal al tratamiento determinaría que el número de huérfanos fuera aproximadamente cinco millones menor que las proyecciones actuales (Figura 28).

¿Adónde vamos a partir de aquí? Sostener una respuesta sólida y eficaz al VIH a largo plazo

Avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH es un paso importante en la dirección de una respuesta eficaz y sostenible al VIH. Tal como revela la Figura 29, varios países ya han alcanzado sus objetivos nacionales de acceso universal a la prevención de la transmisión materno-infantil y al tratamiento antirretrovírico. Todos los valores se basan en las estimaciones de necesidades según la metodología del ONUSIDA/OMS.

FIGURA 29a Porcentaje de cobertura de los medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión maternoinfantil. Desglose por cuartiles (N = 63)

Menos de 25% de cobertura (36 países)	De 25% a 49% de cobertura (16 países)	De 50% a 75% de cobertura (7 países)	Más de 75% de cobertura (4 países)
Angola Burkina Faso Burundi Camerún Chad China Colombia Congo, Rep. del Côte d'Ivoire Rep. Dem. del Congo El Salvador Eritrea Etiopía Gabon Ghana Guatemala Guinea Guinea-Bissau Haití India Indonesia Irán, Rep. Islámica de Liberia Madagascar Malasia Malí Nepal Nigeria Pakistán Papua Nueva Guinea Senegal Sierra Leona Somalia Togo Venezuela Viet Nam	Benin Camboya República Centroafricana República Dominicana Gambia Honduras Lesotho Malawi Mozambique Myanmar Níger Perú Uganda Rep. U. de Tanzania Zambia Zimbabwe	Brasil Kenya Namibia Rwanda Sudáfrica Swazilandia Ucrania	Argentina Botswana Federación de Rusia Tailandia

Todos los valores se basan en estimaciones de las necesidades según la metodología del ONUSIDA y la OMS. Incluye todos los países para los que se informó el número de mujeres embarazadas que recibían terapia antirretrovírica en 2007, excepto aquellos países para los que se disponía de estimaciones de la necesidad según ONUSIDA/OMS, o cuyas estimaciones de la necesidad eran inferiores a 500.

FIGURA 29b Porcentaje de cobertura de tratamiento antirretrovírico para adultos y niños con VIH avanzado. Desglose por cuartiles (N = 106)

Menos de 25% de cobertura (45 países)	De 25% a 49% de cobertura (40 países)	De 50% a 75% de cobertura (14 países)	Más de 75% de cobertura (7 países)
Argelia Armenia Azerbaiyán Bangladesh Belarús Bolivia Burundi República Centroafricana Chad China Congo, Rep. del Rep. Dem. del Congo Djibouti Egipto Eritrea Gambia Ghana Guinea-Bissau Hungría Indonesia Irán, República Islámica de Kazajistán Kirguistán Liberia Lituania Madagascar Mauritania Mauricio Mozambique Myanmar Nepal Níger Pakistán Paraguay Federación de Rusia Serbia Sierra Leona Somalia Sri Lanka Sudán Tayikistán Togo Ucrania Uzbekistán Zimbabue	Angola Bahamas Belice Benin Burkina Faso Camerún Côte d'Ivoire República Dominicana Ecuador Guinea Ecuatorial Estonia Etiopía Gabón Guatemala Guinea Guyana Haití Honduras Jamaica Kenya Líbano Lesotho Malawi Malasia Malí Marruecos Nicaragua Nigeria Papua Nueva Guinea Perú Filipinas Polonia Sudáfrica Suriname Swazilandia Uganda República Unida de Tanzania Venezuela Viet Nam Zambia	Argentina Barbados Camboya República Checa El Salvador República de Moldova Países Bajos Panamá Rumania Rwanda Senegal Tailandia Trinidad y Tobago Uruguay	Botswana Brasil Chile Costa Rica Cuba Rep. Dem. Pop. Lao Namibia

Todos los valores se basan en estimaciones de las necesidades según la metodología del ONUSIDA y la OMS. Incluye todos los países para los que se informó el número de adultos y niños que recibían terapia antirretrovírica en 2007, excepto aquellos países para los que se disponía de estimaciones de la necesidad según ONUSIDA/OMS, o cuyas estimaciones de la necesidad eran inferiores a 500.

Para ampliar estos éxitos aislados a un mayor número de países de todas las regiones —y para sostener tales logros en las décadas venideras— se requieren las siguientes acciones fundamentales.

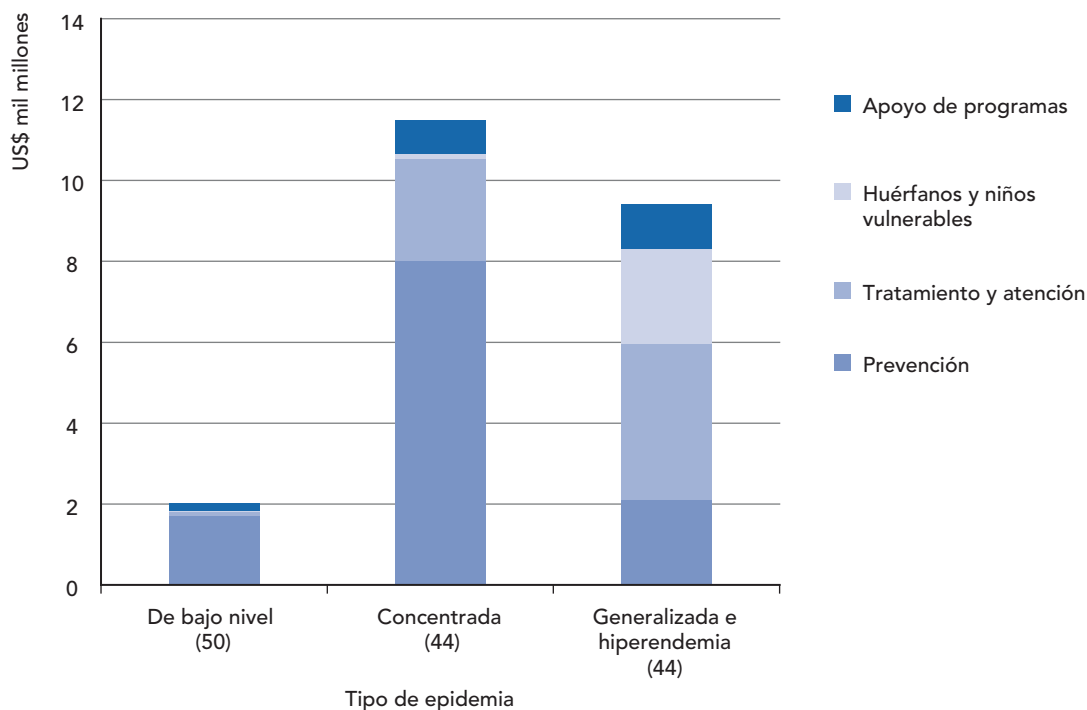
- *Basar la acción nacional en pruebas sólidas de aquello que funciona con el fin de abordar las necesidades nacionales documentadas, asegurando la plena aplicación de políticas y programas basados en resultados.* Basando las decisiones en una vigilancia estricta de salud pública, levantamiento de mapas de recursos y pruebas de lo que funciona, los esfuerzos nacionales eficaces equiparan estrategias basadas en resultados con necesidades nacionales documentadas.

Con demasiada frecuencia, sin embargo, el gasto nacional relativo al VIH no está en consonancia con las necesidades nacionales.

Esto es especialmente cierto en muchos países con epidemias concentradas o de bajo nivel, donde una financiación racional se centraría principalmente en servicios de prevención del VIH para las poblaciones con máximo riesgo (Figura 30). En América Latina, donde la prevalencia del VIH se sitúa muy por debajo del 1%, las actividades de prevención sólo representaron el 15% del gasto dedicado al VIH en 2007. En las epidemias concentradas, y dentro de la categoría del gasto en prevención del VIH, los países optan a menudo por programas genéricos de prevención dirigidos a la población general, en detrimento de intervenciones más rentables enfocadas a las poblaciones con máximo riesgo. Para las epidemias concentradas en general, los programas de reducción del riesgo orientados a las poblaciones con riesgo

FIGURA 30

Recursos que se necesitarán en 2010 al aplicar una estrategia de ampliación por etapas para lograr acceso universal⁹

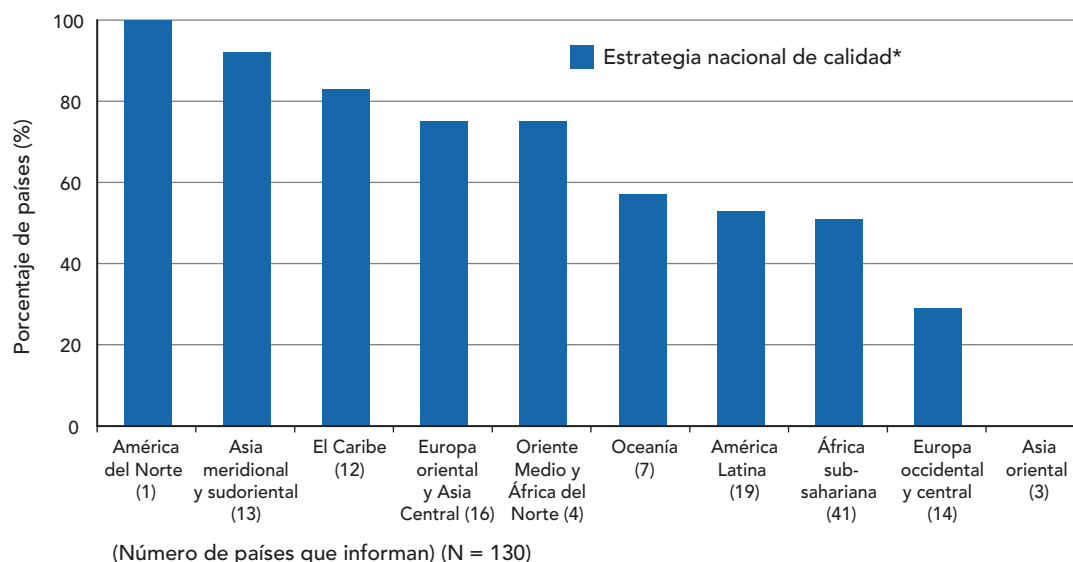


Fuente: ONUSIDA, 2008.

⁹ Estimaciones en 138 países de ingresos bajos y medianos para la implantación de servicios programáticos más eficaces según datos derivados de iniciativas nacionales para "conocer y combatir su epidemia".

FIGURA 31

Países que informaron ejecución de calidad de la estrategia nacional contra el sida



* Una estrategia nacional multisectorial y un plan operativo con objetivos, análisis de costos e identificación de las fuentes de financiamiento por área programática, y un marco de vigilancia y evaluación.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

máximo sólo representan el 10% del gasto total en prevención del VIH.

El verdadero liderazgo en materia de VIH sigue centrado en las estrategias que funcionan. Aunque algunos pueden sentirse tentados a afrontar la epidemia aplicando restricciones en el desplazamiento de las personas que viven con el VIH, o limitando los programas de prevención para los jóvenes a lecciones para que permanezcan sexualmente abstinentes, los datos de salud pública convencerán a los líderes en el campo del VIH de que tales estrategias son ineficaces y contraproducentes.

Los líderes genuinos no se dan por satisfechos con el mero desarrollo de políticas bien fundamentadas, sino que aseguran la aplicación plena y oportuna de marcos estratégicos de acción. Sólo en el 69% de los países —muchos menos que el 97% que comunica la existencia de una estrategia nacional—, estas estrategias nacionales se han traducido en planes operativos presupuestados con objetivos programáticos, cálculo detallado de costos e identificación de fuentes financieras. En África subsahariana, sólo la mitad aproximada de las

estrategias nacionales sobre el VIH cumple los criterios de calidad del ONUSIDA (Figura 31).

- **Planificar para el futuro, instaurando mecanismos de planificación estratégica y evaluación que vayan más allá de ciclos trienales y quinquenales.** Un liderazgo fuerte en el campo del VIH sigue centrado en objetivos a largo plazo, procurando allanar obstáculos intermedios que socaven la respuesta nacional a la epidemia.

Los líderes auténticos en la lucha contra el VIH reconocen que la epidemia es un reto que se prolongará durante generaciones y que requiere persistencia, visión de futuro y flexibilidad. Aunque la planificación trienal y quinquenal seguirá desempeñando un papel clave en las respuestas nacionales, estos procesos deben situarse cada vez más en el contexto de esfuerzos de planificación a más largo plazo que reconozcan que el VIH seguirá planteando un reto durante décadas. Namibia proporciona un ejemplo al respecto: su actual plan quinquenal para el VIH, que llega hasta 2009, entronca específicamente con objetivos y estrategias del proceso de

planificación para el desarrollo a más largo plazo, que se prolonga hasta 2030.

- ***Invertir en una respuesta realmente eficaz al VIH, con atención particular a estrategias de prevención basadas en resultados que ayuden a contener las epidemias nacionales.*** La prevención del VIH se subprioriza constantemente en muchas respuestas nacionales. Por otra parte, a medida que aumente el acceso al tratamiento, la discapacidad y mortalidad asociadas al VIH podrían volverse menos evidentes, animando a las comunidades a bajar la guardia y tentando a los líderes a reducir las inversiones en programas de prevención.
En los lugares donde la prevención del VIH ha resultado fructífera, se ha emprendido un movimiento popular para convertir la reducción del riesgo en una norma social, con el incremento consiguiente en la demanda de servicios preventivos. Aquí, una vez más, resulta evidente la necesidad de un liderazgo fuerte. Se ha aprendido mucho sobre cómo generar y apoyar una movilización comunitaria sólida, pero alentar un movimiento popular de este tipo requiere la valentía de invertir en estrategias que aumenten la responsabilidad de los gobiernos nacionales y otras partes interesadas frente al VIH.
- ***Conectar la ampliación programática progresiva con medidas para reducir los factores sociales que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de VIH, como las desigualdades de género, el estigma, la discriminación y la marginación social.*** Apoyar esfuerzos de prevención basados en resultados requiere que los países aborden temas difíciles, inviertan juiciosamente en el futuro y afronten los factores sociales que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de VIH. Mientras no exista un compromiso político suficiente para abordar los orígenes de la vulnerabilidad y el riesgo de VIH, la epidemia seguirá expandiéndose y socavando la sostenibilidad de la respuesta.

Enfrentarse al VIH exige tratar cuestiones como la sexualidad humana y el consumo de drogas, con las que muchas personas se sienten incómodas. También requiere compasión y

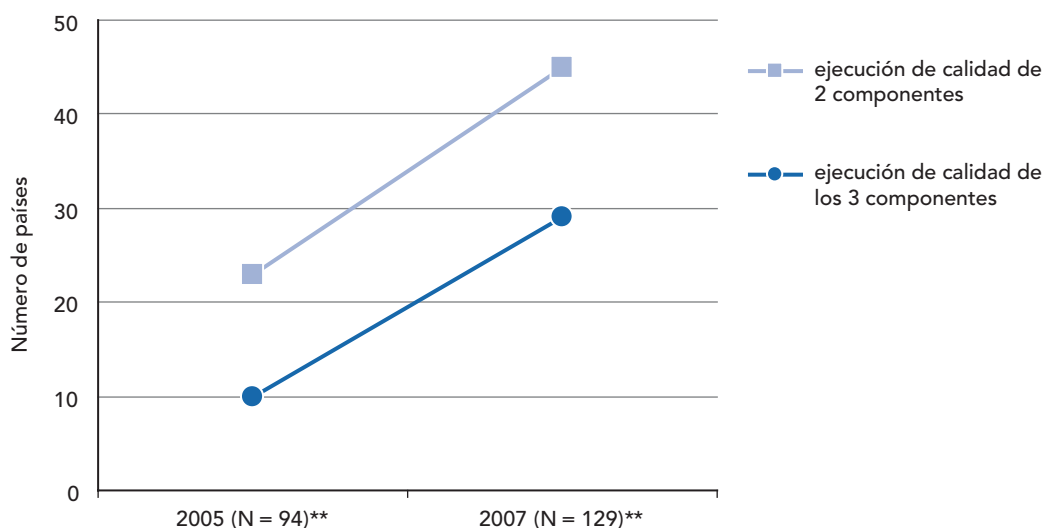
una acción eficaz para con grupos a los que la sociedad prefiere a menudo ignorar.

- ***Capacitar a las personas que viven con el VIH para que ayuden a liderar las respuestas nacionales a la epidemia, e involucrar a la sociedad civil en el desarrollo, ejecución y evaluación de las estrategias nacionales sobre el VIH.*** Aunque es fundamental el liderazgo de los jefes de gobierno y los ministerios nacionales, las respuestas nacionales eficaces dependen del compromiso y la acción de agentes muy diversos. Especialmente en los países donde el VIH es hiperendémico, se requiere que el liderazgo proceda de todos los ámbitos de la vida, incluidos los grupos comunitarios, las organizaciones religiosas, las empresas privadas, los jóvenes y los ancianos. Por encima de todo, las personas que viven con el VIH deben estar capacitadas para contribuir a liderar las respuestas nacionales. Sin embargo, según informadores no gubernamentales, sólo un 20% de los grupos de la sociedad civil tiene acceso a asistencia financiera para programas y creación de capacidad (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, 2008).
- ***Armonizar y ajustar los esfuerzos de todas las partes interesadas con las estrategias y prioridades sobre el VIH establecidas a nivel nacional, reforzando la calidad y flexibilidad del apoyo técnico para acelerar la ampliación progresiva de los programas.*** En consonancia con los esfuerzos internacionales para mejorar la armonización y el ajuste de la ayuda internacional para el desarrollo con las estrategias y planes elaborados por el propio país, la acción sobre el VIH en el plano nacional se dirige a promover los principios de los «Tres unos»: una autoridad nacional sobre el sida, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de vigilancia y evaluación. A menos que se coordinen los esfuerzos de las diversas partes interesadas, la respuesta al VIH será innecesariamente costosa y carecerá de una orientación estratégica óptima.

Los países han realizado progresos notables en la ejecución de respuestas nacionales acordes con los principios de los «Tres unos» (Figura 32). Aun así, menos de la mitad de los países

FIGURA 32

Progreso de los países en relación con la mejora de la calidad de ejecución de los "Tres unos": una autoridad nacional sobre sida, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de vigilancia y evaluación



* La ejecución de calidad se refiere a:

- 1 Una estrategia nacional multisectorial y un plan operativo con objetivos, análisis de costos e identificación de las fuentes de financiamiento por área programática, y un marco de vigilancia y evaluación.
- 2 Un órgano nacional coordinador con términos de referencia, miembros definidos, un plan de acción, una secretaría funcional y reuniones periódicas.
- 3 Un plan nacional de vigilancia y evaluación con análisis de costos y financiamiento asegurado; una unidad nacional funcional de vigilancia y evaluación o un grupo de trabajo técnico; una base de datos nacional centralizada sobre sida.

** Sólo se muestran los países que han implantado los tres o dos de los tres componentes; los países restantes sólo disponen de un componente o de ninguno, o bien no suministraron información.

Fuente: Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008.

han conseguido la armonización y el ajuste completos de la acción que se requieren para asegurar una respuesta nacional de eficacia óptima. Casi la mitad (45%) de los gobiernos indican que no todos los asociados externos adecuan sus esfuerzos a las estrategias nacionales sobre el VIH (Informes de los países sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, 2008).

Se requieren esfuerzos continuados, en especial por parte de los organismos multilaterales, para potenciar la oportunidad y eficacia del apoyo técnico a las respuestas nacionales. En 2008, el ONUSIDA y el Fondo Mundial establecieron un acuerdo formal para reforzar su asociación con el fin de acelerar la ejecución y ampliación

progresiva de los programas nacionales financiados mediante subvenciones del Fondo Mundial. Los copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA han consensuado una división del trabajo de apoyo técnico con objeto de mejorar la coherencia y el enfoque estratégico del apoyo de las Naciones Unidas a los países. A finales de 2008 se habrán establecido sucursales de apoyo técnico en siete regiones, y la OMS ha creado «centros regionales de conocimiento» para ayudar a los países a traducir la información estratégica en programas y políticas.

- **Movilizar recursos financieros suficientes para alcanzar el objetivo mundial de acceso universal, implantando mecanismos innovadores que permitan una financiación sostenida a largo plazo.** Se necesitará una

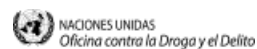
financiación constante para el VIH durante décadas. En los países de ingresos bajos, los donantes internacionales tendrán que proporcionar la mayor parte de la financiación para el VIH durante los próximos años. La búsqueda de financiación a largo plazo para la respuesta al VIH ya ha conducido a la creación de diversos mecanismos innovadores, como Product RED y UNITAID. Serán necesarios una mayor innovación, el compromiso mundial y la implicación de múltiples asociados para generar la financiación suficiente con la que afrontar la respuesta al VIH a largo plazo.

Puesto que no es realista esperar que la financiación dedicada al VIH respalde la amplia gama de iniciativas necesarias

para una respuesta integral y eficaz a la epidemia —por ejemplo, educación primaria y secundaria universal, oportunidades económicas significativas para las mujeres, sistemas de protección social amplios y funcionales, apoyo para los sectores agrícolas y las comunidades rurales—, los donantes internacionales deben cumplir sus promesas de aumentar significativamente la asistencia global para el desarrollo. En 2005, sólo cinco países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos y Suecia) estaban invirtiendo en asistencia para el desarrollo al menos el 0,7% de su producto interior bruto, tal como se había prometido en la *Declaración de compromiso* y otros acuerdos internacionales.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para la respuesta mundial al SIDA. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 80 países de todo el mundo.

Uniendo al mundo contra el sida



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org

www.unaids.org