



# Asamblea General

Distr. general  
2 de abril de 2012  
Español  
Original: inglés

---

## Sexagésimo sexto período de sesiones

Tema 10 del programa

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

## Unidos contra el SIDA: hacia la consecución de las metas establecidas en la Declaración política de 2011

### Informe del Secretario General

#### *Resumen*

El presente informe es el primero que se somete a la Asamblea General desde la celebración de la reunión de alto nivel sobre el VIH/SIDA en junio de 2011. En esa reunión, en la que se examinaron los progresos realizados en el decenio anterior, los Estados Miembros abrazaron el principio de un mundo con cero nuevas infecciones por el VIH, discriminación cero y cero muertes relacionadas con el SIDA. La Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA proporciona una hoja de ruta para hacer realidad ese principio, y establece 2015 como fecha límite para conseguir resultados concretos. Los Estados Miembros se comprometieron a proporcionar terapia antirretroviral a 15 millones de personas que viven con el VIH; trabajar para que no se produzcan nuevas infecciones en niños y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el SIDA; disminuir en un 50% las nuevas infecciones de transmisión sexual y entre los consumidores de drogas inyectables; aumentar sustancialmente los fondos destinados a la lucha contra el VIH, movilizándolo entre 22.000 y 24.000 millones de dólares al año; atender las necesidades de las mujeres y las niñas; y acabar con el estigma y la discriminación.

Hoy día, la comunidad internacional tiene motivos para la esperanza y el optimismo. Ha aumentado el acceso a tratamiento y a servicios de prevención esenciales, las nuevas infecciones y muertes relacionadas con el SIDA están disminuyendo, y los jóvenes de los países con alta prevalencia adoptan cada vez en mayor medida conductas sexuales más seguras. Después de que los resultados de recientes investigaciones pusieran de relieve que el tratamiento antirretroviral reduce en un 96% el riesgo de transmisión del VIH en las parejas en que uno de los miembros vive con el VIH y la otra no está infectada, los dirigentes han empezado a



hablar de un posible “principio del fin del SIDA”. Sin embargo, en estos momentos sin precedentes, persisten ciertos problemas cruciales. Sigue habiendo grandes diferencias en el acceso a los principales servicios, y las poblaciones de mayor riesgo tropiezan con más obstáculos especialmente difíciles de superar. Leyes punitivas, la desigualdad entre los géneros, la violencia contra las mujeres y otras violaciones de los derechos humanos continúan dificultando la respuesta a nivel nacional. Especialmente inquietante es la primera disminución de la financiación en 2010, que podría poner en peligro la capacidad de la comunidad internacional para acabar con las diferencias en el acceso a los tratamientos y servicios, y conseguir avances sostenidos en los próximos años. Hay que seguir trabajando para aprovechar al máximo las sinergias y los efectos de los programas de lucha contra el VIH y otros programas más amplios de salud y desarrollo.

En el presente informe se resumen los resultados y se comparan con las metas establecidas en la Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA. Aunque se han logrado sorprendentes avances, el mundo no va camino de alcanzar los objetivos de 2015, lo que subraya la apremiante necesidad de que todos los interesados redoblen sus esfuerzos para ofrecer una respuesta más eficaz al VIH.

Hay que reorientar los esfuerzos para alcanzar resultados reales y poner fin a una epidemia mundial de proporciones históricas. La respuesta habrá de ser más inteligente y estratégica, racional, eficaz y basada en los derechos humanos. Para acelerar los logros y aprovechar las oportunidades que genera la investigación científica, es indispensable reconocer que esa respuesta es una responsabilidad compartida. Los donantes internacionales, las economías emergentes, los países afectados y otras partes interesadas deben todas contribuir activamente, según sus respectivas capacidades. A medida que se movilicen recursos adicionales y se amplíen los programas fundamentales, la intensificación de los esfuerzos permitirá sentar las bases de una creciente apropiación y sostenibilidad de la respuesta en África Subsahariana. También se requerirá valor y compromiso para afrontar los problemas que siguen menoscabando los progresos, como la falta de justicia social, igualdad y equidad.

Tras más de tres décadas de lucha, por fin se vislumbra la solución.

## I. Introducción

1. Los Estados Miembros, reunidos por la aspiración común de lograr un mundo con cero nuevas infecciones por el VIH, discriminación cero y cero muertes relacionadas con el SIDA, reafirmaron su compromiso colectivo de alcanzar resultados concretos en la Declaración política de 2011 sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. En esta Declaración, en la que se establecen metas para 2015, se comprometieron a suministrar terapia antirretroviral a 15 millones de personas, acabar con las nuevas infecciones en los niños y reducir en un 50% la transmisión sexual, las muertes maternas y las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. Los Estados Miembros se comprometieron además a subsanar el déficit de recursos, responder a las necesidades de las mujeres y las niñas, erradicar los estigmas y la discriminación, y promover la integración de la respuesta al VIH en las actividades más generales de salud y desarrollo.

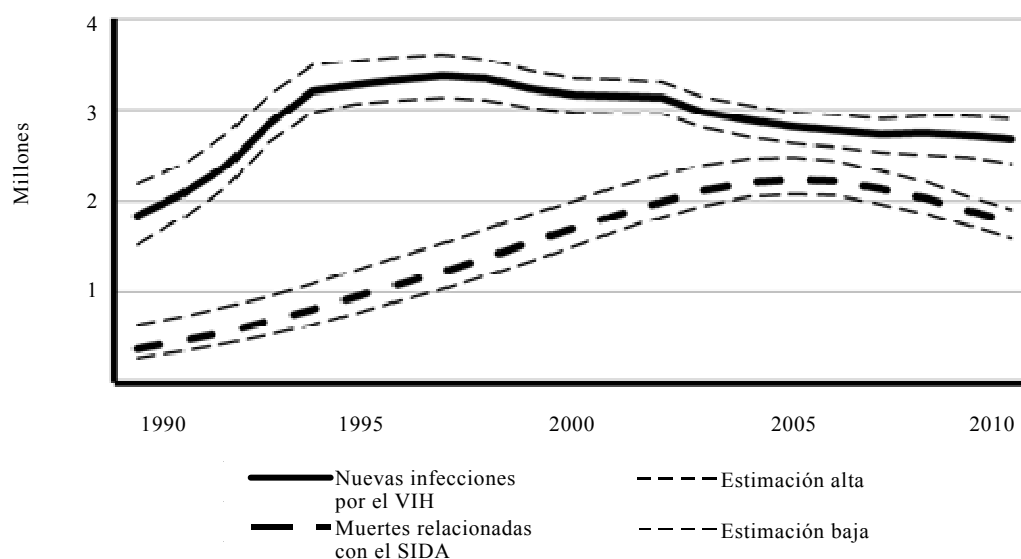
2. En la última década se han alcanzado grandes logros, en particular en los 12 últimos meses, en que los avances han sido alentadores. Sin embargo, es improbable que la actual respuesta permita alcanzar las ambiciosas metas de 2015. La reciente disminución de los gastos mundiales subraya la necesidad crucial de redoblar los esfuerzos para movilizar los recursos que se precisan a fin de lograr las metas de cobertura de los servicios básicos relacionados con el VIH.

3. Lograr las metas de 2015 es esencial para la salud y el bienestar futuros del mundo. En el cuarto decenio de lucha contra el SIDA, se cuenta con más experiencia que antes y el mayor número de instrumentos eficaces hasta la fecha. A menos de cuatro años de que finalice el plazo para cumplir estos objetivos, se necesita con urgencia un mayor compromiso, medidas de base empírica y una orientación estratégica.

4. El SIDA sigue siendo uno de los grandes retos de nuestros tiempos. A diciembre de 2010, más personas que nunca, 34 millones (entre 31,6 millones y 35,2 millones) según las estimaciones, viven con el VIH. África Subsahariana continúa siendo la región más gravemente afectada: en 2010 representó el 68% de la población total infectada por el virus y el 70% de todas las nuevas infecciones. Las mujeres constituyen el 50% de los adultos (de 15 a 49 años) que viven con el SIDA en todo el mundo, y el 59% de todas las infecciones en África Subsahariana. La prevalencia entre las jóvenes (de 15 a 24 años) es especialmente elevada en esta región, donde el 72% de los jóvenes infectados son mujeres. A diciembre de 2010, unos 16,6 millones de niños habían perdido a uno o a ambos padres por el SIDA, casi 15 millones de ellos en África Subsahariana.

5. Las muertes relacionadas con el SIDA han disminuido (véase el gráfico I). En los países de ingresos bajos y medianos, el tratamiento antirretroviral ha evitado 2,5 millones de muertes desde 1995. El número anual de muertes relacionadas con el SIDA (1,8 millones [entre 1,6 millones y 1,9 millones] en 2010) se ha reducido un 18% desde mediados del decenio de 2000.

Gráfico I  
Nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el SIDA, 1990-2010



Fuente: ONUSIDA, *Informe para el Día Mundial del SIDA*, 2011.

6. En 2010, el número de nuevos infectados (2,7 millones [entre 2,4 millones y 2,9 millones]) fue un 21% inferior al de 1997, el máximo jamás registrado. Sin embargo, la cifra sigue siendo demasiado elevada para alcanzar el objetivo de reducir en un 50% las nuevas infecciones para 2015.

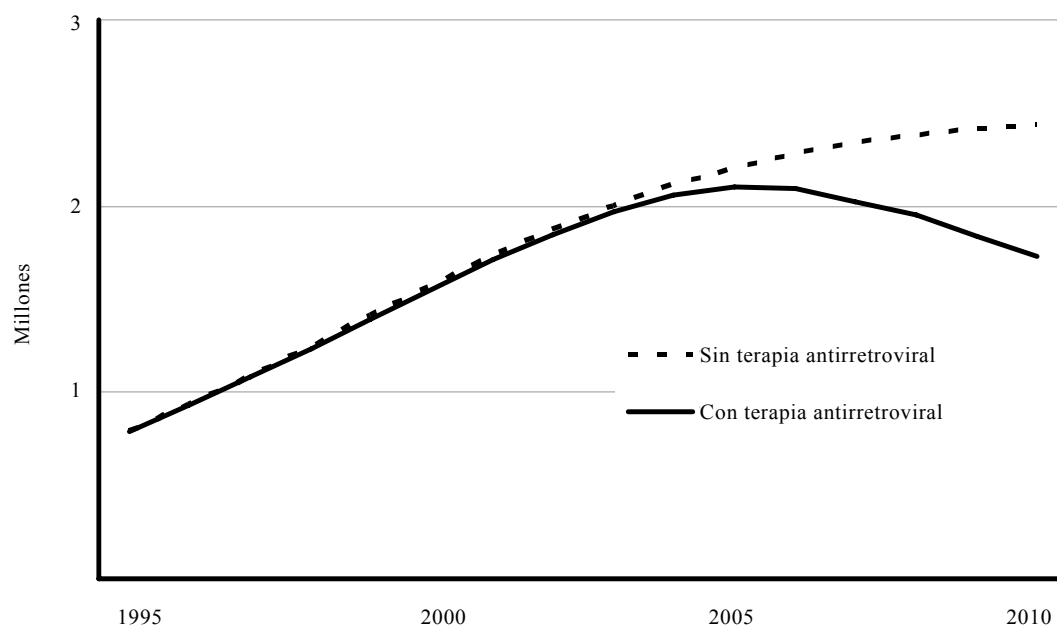
7. En 2010, el número de nuevas infecciones en niños (390.000 [entre 340.000 y 450.000]) fue un 30% inferior a las máximas registradas, que datan de 2002 y 2003. Se estima que, desde 1995, los servicios de prevención han evitado que se infectaran 350.000 niños.

8. Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 42% de las nuevas infecciones en las personas de 15 años o más de todo el mundo. También, a este respecto, los progresos son evidentes. En el último decenio, en 21 de los 24 países con una prevalencia igual o superior al 1%, se ha registrado un descenso significativo en la prevalencia del VIH entre las mujeres jóvenes embarazadas (de 15 a 24 años). Los cambios favorables en el comportamiento sexual se han atribuido al retraso en la edad de la primera relación sexual, la disminución de las parejas múltiples y el mayor uso de preservativos. En 11 de los 19 países africanos estudiados, el porcentaje de hombres jóvenes con parejas múltiples en los últimos 12 meses se ha reducido notablemente.

9. La epidemia varía considerablemente entre los distintos países y regiones y dentro de ellos. Si bien las nuevas infecciones están disminuyendo en África Subsahariana y el Caribe, la incidencia del VIH está aumentando en Europa Oriental y Asia Central, en el Oriente Medio y África Septentrional, y en algunos países asiáticos. A nivel regional, la epidemia parece haberse estabilizado en Asia, América Latina, América del Norte y Europa Occidental y Central.

10. Las tasas de mortalidad relacionadas con el SIDA también varían. Por ejemplo, han disminuido considerablemente en África Subsahariana, pero no han registrado ningún descenso en Asia. Las diferencias son reflejo de los distintos grados de éxito en la ampliación del tratamiento en países de ingresos bajos y medianos. El VIH sigue siendo una de las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva de todo el mundo. En 2010, se administró tratamiento antirretroviral al 63% (entre el 57% y el 74%) de la población que lo necesitaba en América Latina y el Caribe y el 56% (entre el 53% y el 59%) en África Oriental y Meridional, esos porcentajes fueron muy inferiores en Asia Oriental, Meridional y Sudoriental (39% (entre el 36% y el 44%)), África Occidental y Central (30% [entre el 28% y el 33%]), Europa Oriental y Asia Central (23% [entre el 20% y el 26%]), y el Oriente Medio y África Septentrional (10% [entre el 8% y el 13%]). En los países de ingresos bajos y medianos, el índice de tratamiento es mucho mayor entre los adultos (51% (entre el 48% y el 54%)) que en los niños (23% (entre el 20% y el 25%)). En el período 1995-2010, en estos países se evitaron 2,5 millones de muertes por causas relacionadas con el SIDA gracias a la utilización de terapia antirretroviral (véase el gráfico II).

Gráfico II  
**Muertes por causas relacionadas con el SIDA en los países de ingresos bajos y medianos, 1995-2010**



Fuente: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al VIH/SIDA*.

11. La prevalencia e incidencia del VIH tienden a ser elevadas en las poblaciones de alto riesgo, tanto en las epidemias concentradas como generalizadas. La causa es la falta de acceso a instrumentos preventivos de eficacia comprobada, atribuible en gran parte a los efectos de leyes punitivas, las prácticas abusivas de la policía y los altos niveles de estigma y discriminación. El sexo remunerado sin protección sigue siendo un factor importante de propagación del VIH en África Subsahariana, en particular en epidemias consolidadas, al igual que en otras regiones, donde el nivel de infección entre los trabajadores del sexo es elevado. El consumo de drogas inyectables, por su parte, se encuentra entre las principales causas de la epidemia en Europa Oriental y Asia Central, y coadyuva a su extensión hacia otras regiones. Por otro lado, existe una epidemia a nivel mundial entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, en particular en África Subsahariana.

## **II. Principales objetivos para 2015: progresos realizados hasta la fecha y dificultades por superar**

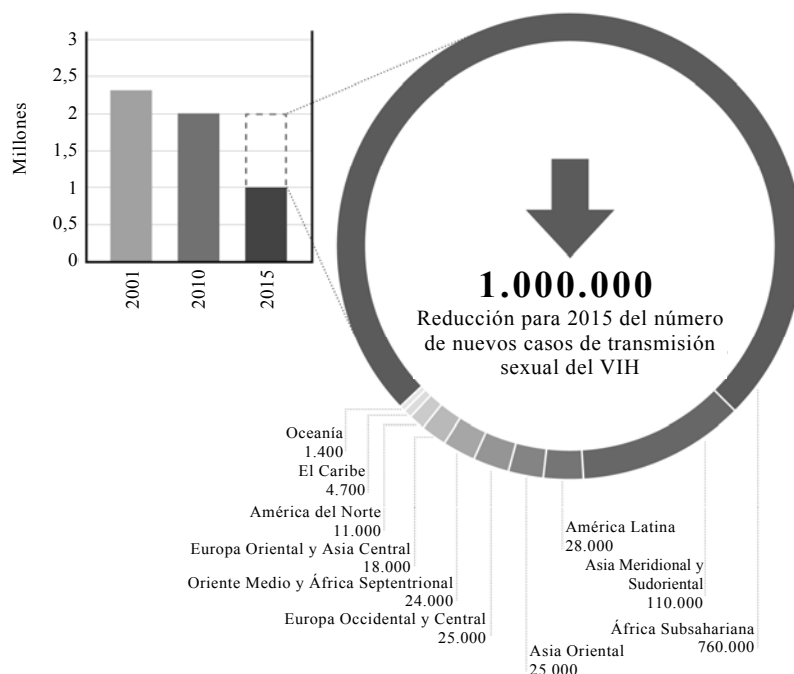
12. En las páginas que siguen se describen los progresos realizados hasta la fecha en la consecución de las metas enunciadas en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, se determinan los obstáculos que deben superarse y se exponen las principales medidas necesarias para acelerar los progresos. Los gráficos III a XII muestran los cambios que se requieren en cada región para alcanzar las diversas metas para 2015, según datos y modelos proporcionados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

### **A. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50%**

13. Para hacer realidad el principio de un mundo con cero nuevas infecciones, es esencial disminuir la tasa de transmisión sexual, por cuanto esta forma de transmisión sigue siendo la principal vía de contagio en todo el mundo. Para alcanzar la meta de 2015, tendrá que reducirse en al menos 1 millón la cifra anual de nuevas infecciones transmitidas a través de las relaciones sexuales.

14. En la última década se han hecho avances históricos en la reducción de la transmisión sexual, especialmente en numerosos países hiperendémicos. En 22 países, la incidencia del VIH disminuyó más de un 25% entre 2001 y 2009. Entre 2000 y 2010, la prevalencia entre las mujeres embarazadas que acuden a centros prenatales disminuyó en promedio un 31% en 24 países africanos de alta prevalencia.

Gráfico III  
**Cambios necesarios para alcanzar el objetivo de reducir en un 50% la tasa de transmisión sexual para 2015**



Fuente: ONUSIDA.

15. Para prevenir eficazmente la transmisión sexual se requiere una base de conocimientos y aptitudes, el respeto de los derechos humanos, un compromiso con la igualdad entre los géneros y la erradicación de la violencia sexual, y la mayor implicación de las personas que viven con el VIH. Los buenos programas de prevención combinan estratégicamente intervenciones conductuales, biomédicas y estructurales con importantes inversiones en actividades programáticas básicas y de gran repercusión y políticas de apoyo.

16. Pese a que la adopción generalizada de conductas sexuales menos peligrosas ha permitido disminuir la incidencia del VIH en muchos contextos de alta prevalencia, persisten aún obstáculos importantes. Menos de la mitad de los jóvenes encuestados en África tiene un conocimiento preciso y extenso del VIH, y en África Subsahariana se dispone de menos de 10 preservativos masculinos por hombre al año, si bien estas cifras varían considerablemente de un país a otro.

17. Gracias a las medidas urgentes adoptadas, se siguen elaborando nuevos instrumentos de prevención biomédica. En 2011, dos importantes ensayos clínicos realizados en África Subsahariana pusieron de manifiesto que un régimen diario de profilaxis antirretroviral reduce significativamente el riesgo de contraer el VIH entre adultos heterosexuales. Menos prometedores fueron los resultados de un estudio efectuado a finales de 2011, que no consiguió demostrar que la utilización diaria de un microbicida vaginal basado en antirretrovirales tuviera efecto preventivo alguno. No obstante, nuevos análisis de estos datos parecen indicar que estos resultados podían explicarse, al menos en parte, porque las participantes en el estudio no

siguieron estrictamente el tratamiento. Hay que seguir buscando métodos nuevos, seguros y efectivos de reducir los riesgos de transmisión del VIH a las mujeres por vía sexual, como nuevos tipos de preservativos femeninos.

18. El hecho probado de que el tratamiento antirretroviral reduce sustancialmente el riesgo de transmisión subraya la necesidad de mejorar la integración de los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH. En un intento por aprovechar las ventajas preventivas de iniciar pronto el tratamiento antirretroviral, a diciembre de 2010, 43 de los 52 países encuestados habían revisado sus criterios nacionales sobre el momento de iniciar la terapia.

19. Cada vez es mayor el volumen de datos que sirven de base a las iniciativas desplegadas para abordar los factores sociales y estructurales que inciden en la transmisión del VIH. Nuevos datos indican que las transferencias de efectivo ayudan a reducir la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH, que la escolarización es un factor de protección, especialmente en el caso de las mujeres, y que las leyes y su aplicación influyen en el acceso de sectores clave de la población a los servicios.

20. Hasta la fecha, los grupos de población de mayor riesgo no han recibido la atención necesaria para asegurar su acceso a una prevención del VIH de base empírica. Los estudios demuestran claramente la eficacia de los programas de prevención basados en los derechos y centrados en los sectores clave de la población. En 2011, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en asociación con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el ONUSIDA y otras instituciones, publicó sus primeras directrices para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres y personas trans. Otros grupos que necesitan un urgente apoyo específico de prevención son las mujeres, los jóvenes, las personas que viven en contextos carcelarios, los migrantes, las poblaciones afectadas por crisis humanitarias y los compañeros sexuales de los consumidores de drogas inyectables o de personas que practican el sexo remunerado.

21. Aunque las normas internacionales de derechos humanos prohíben la discriminación en la prestación de servicios de salud, en muchas regiones del mundo, algunos grupos clave de población siguen teniendo un acceso muy limitado a los servicios de prevención. En África Subsahariana, por ejemplo, la mayoría de los países han comunicado que no realizan intervenciones conductuales, individuales o comunitarias específicamente destinadas a los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. A nivel mundial, al menos 18 países no realizan ninguna labor de promoción del uso del preservativo específicamente dirigida a los trabajadores sexuales, aspecto esencial de los programas generales de prevención concebidos para este colectivo. Esta negligencia discriminatoria tiene que acabar.

22. Según diversos estudios, la circuncisión médica del 80% de los hombres de 13 países africanos con una alta prevalencia del VIH y baja prevalencia de circuncisión masculina evitaría, de aquí a 2025, más del 20% de nuevas infecciones y ahorraría unos 16.600 millones de dólares en futuros gastos médicos. Sin embargo, a diciembre de 2010, solo se había circuncidado el 5% de esos hombres, si bien el ritmo se aceleró en 2010. En el pasado año, en varios países se pusieron en marcha o se planificaron diversos estudios a fin de evaluar los nuevos equipos existentes para esta intervención, los cuales abren el camino al posible aumento de la demanda y la aceleración de la respuesta.



23. Hay que intensificar los esfuerzos de prevención para proteger a las mujeres de la infección por el VIH. Cuando un estudio efectuado en 2011 en África Subsahariana reveló que las mujeres que utilizaban inyecciones anticonceptivas hormonales a base de progestógeno aumentaban el riesgo de contraer el virus o de transmitirlo en parejas serodiscordantes, expertos internacionales en sanidad determinaron que las pruebas disponibles no eran concluyentes y no justificaban que se recomendase a las mujeres evitar los anticonceptivos hormonales. No obstante, sí se les recomienda que, en caso de utilizarlos, hagan uso también de preservativos y otras medidas de prevención. Es imprescindible seguir investigando la relación entre los anticonceptivos hormonales y la infección por el VIH.

24. Si bien las encuestas realizadas en diversos países indican que el número de jóvenes que retrasan la edad de su primera relación sexual va en aumento, se precisan mayores esfuerzos, y más específicos, de prevención, ya que los menores de 25 años representan más de 4 de cada 10 nuevas infecciones. Los jóvenes aún no conocen bien las formas de prevención, y la información sexual y reproductiva y los servicios globales de educación y salud sexuales deben adaptarse a sus necesidades y hacerse accesibles. Los jóvenes deben participar activamente en la elaboración y aplicación de las políticas y los programas que les afectan; se necesitan mayores esfuerzos para cultivar una nueva generación de líderes en materia de VIH; y deben emplearse las redes sociales, los medios de comunicación y otros instrumentos innovadores para generar demanda de estos servicios entre los jóvenes.

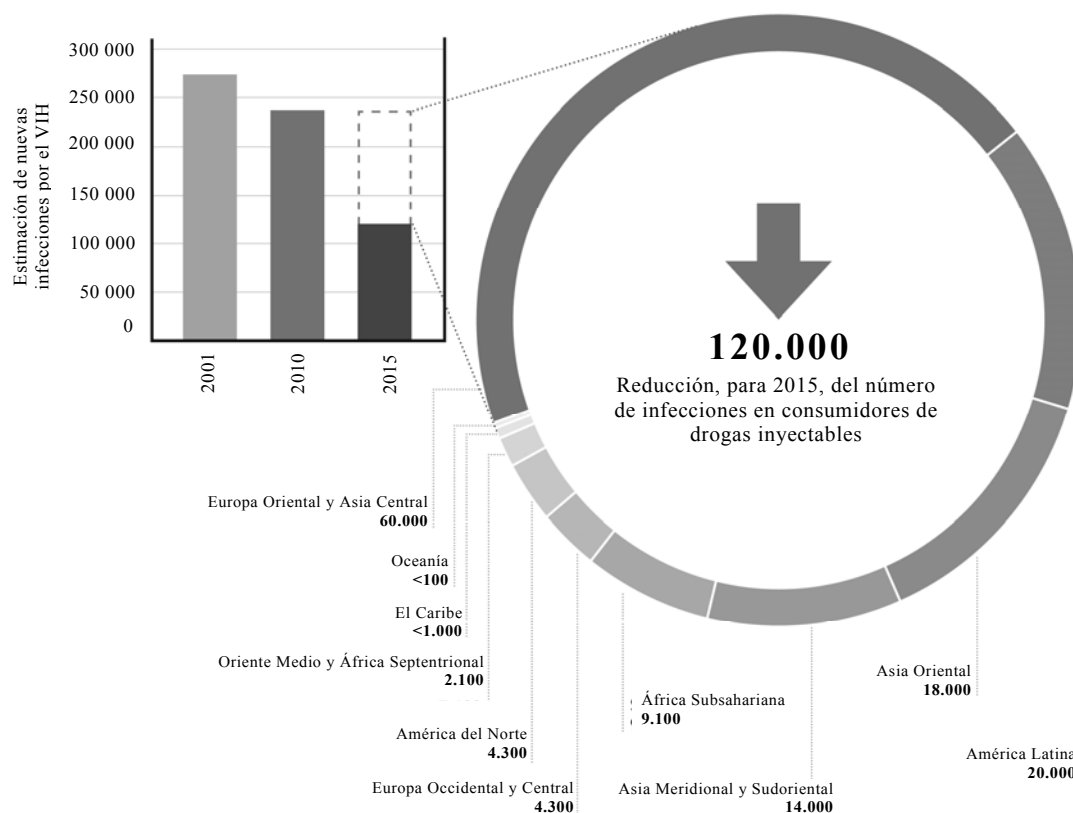
## **B. Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables**

25. Se estima que unas 240.000 personas que consumen drogas inyectables contraen el virus cada año; para alcanzar la meta de 2015 y contribuir a hacer realidad la aspiración de lograr un mundo con cero nuevas infecciones, esa cifra debe reducirse como mínimo hasta 120.000. La transmisión debida al consumo de drogas se puede prevenir totalmente aplicando una serie de métodos de probada eficacia, como los programas de intercambio de agujas y jeringas, la terapia de sustitución con opioides y los servicios integrales de salud y apoyo social.

26. Es imprescindible intensificar las iniciativas de prevención y revisar los métodos actuales. En 2010, de 109 países, solo 43 afirmaron que disponían de un programa de intercambio de agujas o jeringas, y solo 58 proporcionaban terapia sustitutiva de opioides. Incluso en los casos en que se cuenta con estos servicios, la cobertura sigue siendo extremadamente baja.

27. Es esencial adoptar un enfoque basado en los derechos para todas las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por el virus, y muy especialmente en el caso de las personas que consumen drogas inyectables. Muchas de ellas evitan los servicios sociales y sanitarios por no exponerse a la criminalización, la abierta discriminación y el uso abusivo de la ley. Dado que los consumidores de drogas inyectables y otros sectores de ingresos bajos o socialmente marginados no suelen poder pagar los servicios de tratamiento del VIH, deben ponerse a su disposición servicios de protección social que no los discriminen ni estigmaticen, así como otros servicios de extensión y de atención sanitaria gratuita.

**Gráfico IV**  
**Cambios necesarios para alcanzar la meta de reducir en un 50% el número de nuevas infecciones por el VIH entre los consumidores de drogas inyectables**



Fuente: ONUSIDA.

### C. Acabar con las nuevas infecciones entre los niños y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el SIDA

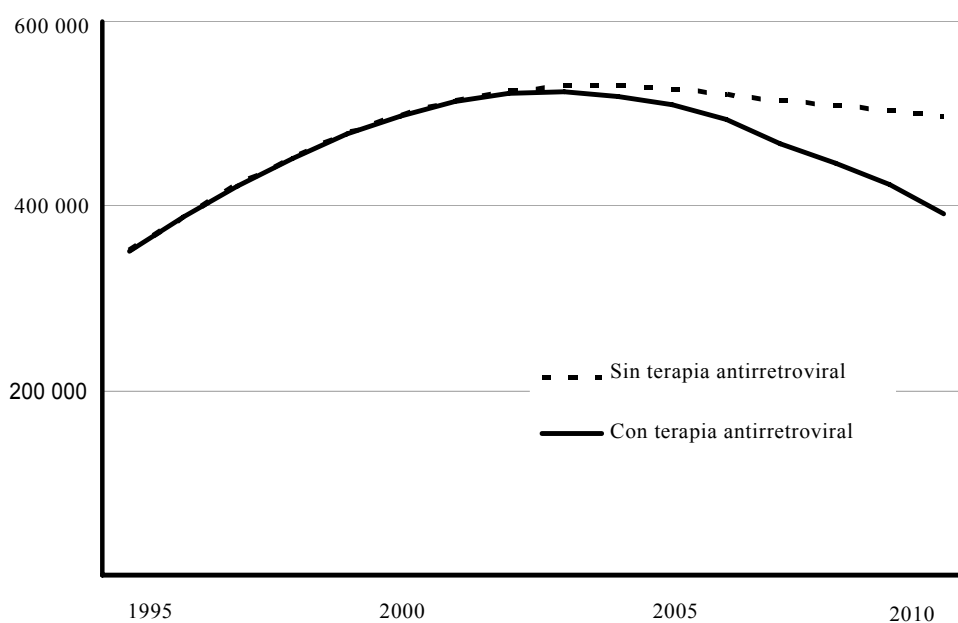
28. El logro de un mundo con cero nuevas infecciones requiere esfuerzos concertados para proteger a los niños y promover la salud y el bienestar de sus madres. A fin de acabar con las nuevas infecciones entre los niños y reducir en 50% las muertes maternas relacionadas con el SIDA, los asociados tendrán que aplicar un plan de cuatro puntos esbozado en el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres: a) prevenir la infección por el VIH en las mujeres y las niñas; b) cerrar la brecha en el acceso de la mujer a los servicios de planificación familiar, en particular las que viven con el VIH; c) poner en marcha el conjunto de servicios recomendados para garantizar que las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos reciben tratamiento profiláctico antirretroviral a fin de reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia materna; y d) garantizar el acceso universal al tratamiento y los servicios de atención y apoyo en relación con el VIH de las mujeres y los niños que viven con el virus, así como de sus familias. Habida

cuenta de que los servicios integrales ayudan a superar barreras para iniciar y seguir el tratamiento, los programas de erradicación deben integrarse en servicios más amplios de salud y nutrición para mujeres y niños.

29. Se precisan medidas urgentes para acabar con las diferencias de acceso a los servicios y prevenir así nuevas infecciones en los niños. En 2010, el 48% de las mujeres embarazadas seropositivas de los países de ingresos bajos y medianos recibieron una combinación eficaz de profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión a sus hijos recién nacidos. En 5 de los 22 países que se consideraron prioritarios en el Plan Mundial (Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica y Swazilandia), más del 80% de los afectados recibieron tratamiento antirretroviral eficaz. Para prevenir nuevas infecciones en los niños se necesita urgentemente reforzar los servicios de prevención destinados a las mujeres, especialmente las embarazadas que pueden correr un mayor riesgo, así como adoptar medidas inmediatas para atender las necesidades de servicios de planificación familiar de todas las mujeres, incluidas las mujeres seropositivas, respetando a la vez sus derechos reproductivos. En los países de ingresos bajos y medianos, el tratamiento profiláctico antirretroviral evitó 350.000 nuevas infecciones de niños en el período 1995-2010.

Gráfico V

**Reducción del número de niños infectados por el VIH mediante la administración de tratamiento profiláctico antirretroviral en países de ingresos bajos y medianos, 1995-2010**



Fuente: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al VIH/SIDA*.

30. Es necesario suplir de inmediato las deficiencias programáticas que merman la efectividad de los programas. En seis países de alta prevalencia de África Subsahariana, las encuestas realizadas entre 2006 y 2010 pusieron de manifiesto que la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar entre las mujeres

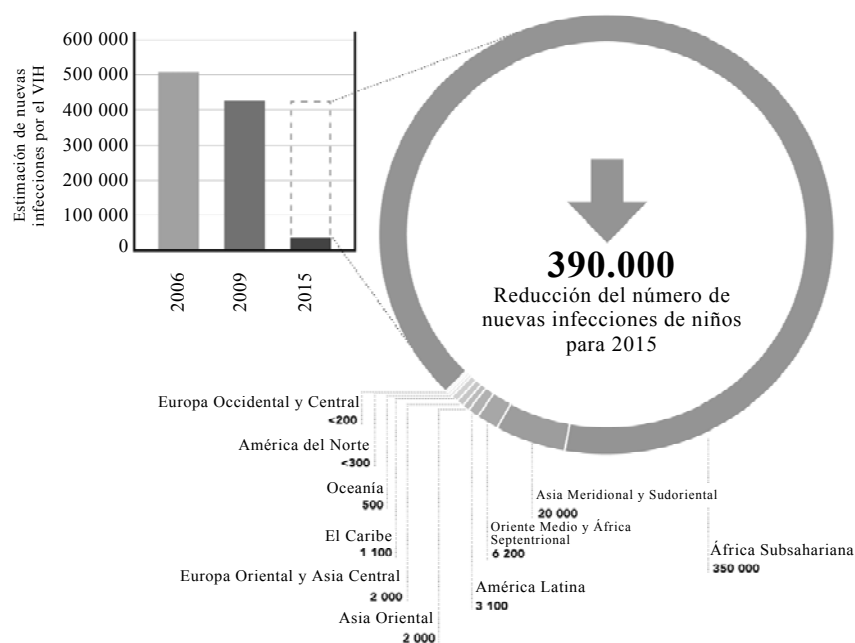
seropositivas se sitúa entre el 12% y el 21%. Los niños siguen a la zaga en el acceso al tratamiento, ya que solo el 23% de los que necesitan terapia antirretroviral la recibieron en 2010. Debido a la persistencia de diferencias en el acceso y la administración inadecuada de los tratamientos profilácticos, solo se ha registrado un ligero descenso en la tasa de transmisión a los niños, del 29% en 2009 al 26% en 2010.

31. En 2010, solo el 34% de las mujeres que necesitaban terapia antirretroviral para proteger su propia salud la recibieron. Las madres de recién nacidos de los países de altos ingresos suelen recibir tratamiento, lo que les permite seguir siendo productivas y mantener a sus familias unidas. La experiencia en todas las regiones indica que los enfoques centrados en la familia son más eficaces para promover los objetivos de reducir las nuevas infecciones en los niños, optimizar los resultados en materia de salud para las mujeres y los niños que viven con el VIH, lograr la disminución del número de niños huérfanos por el SIDA, y reducir al mínimo la pobreza entre los hogares afectados por el virus.

32. En muchos países, las mujeres VIH-positivas embarazadas están siendo sometidas a regímenes inadecuados de medicamentos para prevenir la transmisión a sus bebés. En 2010, en los 22 países donde se encontraba la abrumadora mayoría de las nuevas infecciones entre los niños, se prescribió una dosis única de nevirapina al 13% de las mujeres seropositivas embarazadas, y aproximadamente una de cada tres recibió el tratamiento óptimo de doble profilaxis. Con la eliminación de estos regímenes insuficientes se evitaría aproximadamente el 20% de todas las nuevas infecciones de niños.

Gráfico VI

**Cambios necesarios para alcanzar la meta de erradicar prácticamente todas las nuevas infecciones por el VIH entre los niños**



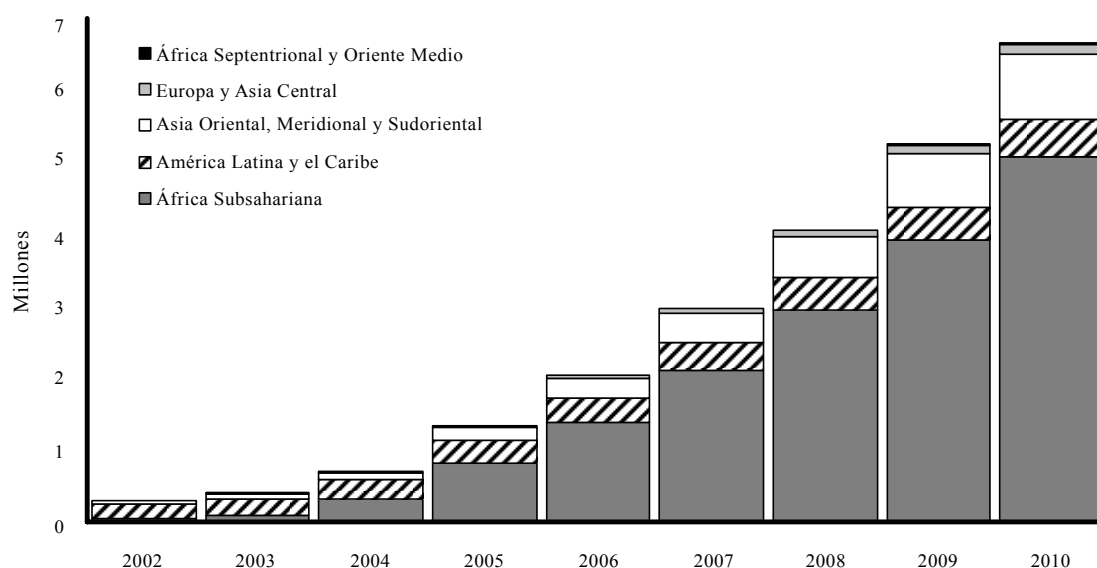
Fuente: ONUSIDA.

## D. Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH reciban tratamiento antirretroviral

33. Además de redoblar los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones, hay que poner un empeño renovado en promover la salud y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH. La rápida expansión de la terapia antirretroviral en los países de ingresos bajos y medianos constituye uno de los logros más importantes para la salud mundial y ha hecho aumentar las esperanzas de alcanzar el objetivo de un mundo con cero muertes relacionadas con SIDA. En una sola década, el número de personas en países de ingresos bajos y medianos que reciben terapia antirretroviral se ha multiplicado por más de 20. En 2010, se administró tratamiento antirretroviral al 47% de las personas de países de bajos y medianos ingresos que lo necesitaban. Para lograr la meta de 2015, el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral tendrá que aumentar en un 57% respecto a 2010.

Gráfico VII

### Número de personas que reciben terapia antirretroviral en los países con ingresos bajos y medianos, por regiones, 2002-2010



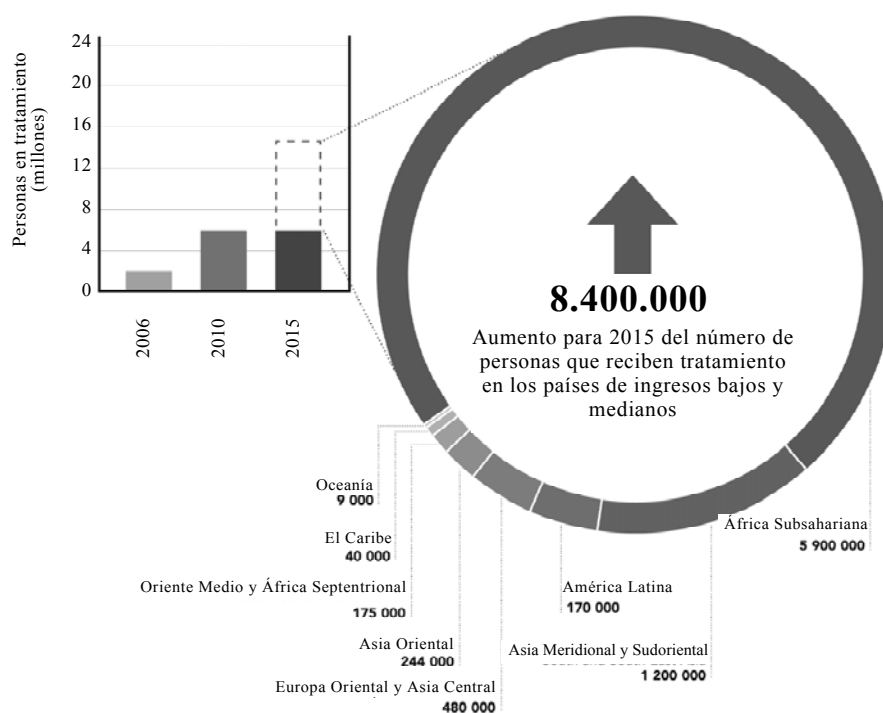
Fuente: OMS, ONUSIDA y UNICEF, *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al VIH/SIDA*.

34. Para alcanzar la meta de proporcionar tratamiento antirretroviral a 15 millones de personas para 2015, serán necesarios progresos mucho mayores en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento. Aunque la realización de pruebas y el asesoramiento son la puerta de acceso al tratamiento, muchas personas que viven con el VIH aún desconocen su infección. A nivel mundial, el número de establecimientos que ofrecen servicios de pruebas y asesoramiento aumentó en un 18% en 2010. En un intento de aumentar el número de personas que conocen su estado serológico, se ha intentado ampliar los servicios de prueba más allá de los prestados por los centros independientes de asesoramiento y realización de pruebas de carácter voluntario, mediante la realización de pruebas practicadas a instancias

del profesional en los centros sanitarios, campañas comunitarias puerta a puerta, programas de realización de pruebas en el lugar de trabajo y tecnologías que permitan a los propios interesados realizar las pruebas en su domicilio.

Gráfico VIII

**Cambios necesarios para alcanzar, a más tardar en 2015, la meta de suministrar tratamiento antirretroviral a 15 millones de personas que viven con el VIH en países con ingresos bajos y medianos**



Fuente: ONUSIDA.

35. Las pruebas siempre deben ir acompañadas de asesoramiento y tratamiento. Se estima que en África Subsahariana no se somete a pruebas de recuento de CD4 ni de la carga viral a un 41% de las personas que reciben un resultado positivo, y el 32% de los pacientes aptos para el tratamiento antirretroviral no reciben medicamentos. Deben suprimirse los obstáculos económicos que impiden el acceso al tratamiento, como los honorarios y los elevados gastos de transporte.

36. En entornos con recursos limitados, proporcionar ayuda alimentaria y nutricional puede ser una inversión rentable para aumentar la eficacia del tratamiento y atenuar las repercusiones del VIH y la tuberculosis en los medios de subsistencia, al reducir la mortalidad temprana, favorecer la recuperación nutricional y la adhesión del paciente al tratamiento, y asegurar que este siga recibéndolo. El tratamiento debe ir acompañado de evaluaciones nutricionales, formación y orientación nutricional y tratamiento de la desnutrición.

37. Se requieren esfuerzos especiales para garantizar el acceso al tratamiento de las poblaciones de mayor riesgo, que suelen tener problemas para someterse a la terapia debido al estigma y la discriminación. Camboya ha puesto en marcha una

gama completa de servicios para estos grupos de población y ha mejorado los vínculos entre los programas de tratamiento y las iniciativas de extensión comunitaria.

38. Las personas que viven con el VIH en poblaciones afectadas por emergencias humanitarias deben tener un acceso al tratamiento similar al de las comunidades de acogida vecinas. Hay que hacer frente al mayor riesgo y vulnerabilidad de las personas en situaciones de conflicto y posteriores a los conflictos, y garantizar que los programas relativos al VIH pasen a formar parte esencial de todos los procesos de desarme, desmovilización, reintegración y consolidación de la paz, y de las reformas del sector seguridad.

39. Para el éxito a largo plazo de la respuesta, es fundamental aumentar la eficiencia y la eficacia de los servicios de tratamiento. El marco Tratamiento 2.0 tiene por objeto acelerar la ampliación del tratamiento y mejorar los resultados de salud, optimizando los regímenes de medicamentos, estableciendo lugares de atención y proporcionando otros instrumentos simplificados de diagnóstico y seguimiento, reduciendo el costo del tratamiento, adaptando los modelos de prestación de servicios mediante la descentralización y la integración, y movilizando a las comunidades para que apoyen las iniciativas encaminadas a promover el tratamiento.

40. Se han registrado avances en la creación de la plataforma “Tratamiento 2.0”. Si bien la utilización del medicamento antirretroviral d4T, de carácter más tóxico, en los regímenes de primera línea ha disminuido desde 2006, los estudios ponen de manifiesto que muchos países tienen dificultades para introducir otros regímenes superiores, que se administran en una dosis fija de una píldora al día. En Mozambique, las investigaciones operacionales demostraron que la presencia de un dispositivo de recuento de CD4 en un lugar de atención permitía reducir a la mitad el número de personas que abandonaban la terapia, así como de 27 a 1 el número de días necesarios para obtener un resultado de CD4.

41. Si bien en los países de bajos y medianos ingresos los precios de los tratamientos antirretrovirales de primera línea se redujeron en la última década en más del 99%, pueden aumentar de nuevo en el futuro. Aunque se estima que en 2010 solo el 3% de los pacientes de los países de bajos y medianos ingresos, excepto los de América, seguían regímenes de segunda línea, es inevitable que aumente la demanda de estos tratamientos, que en la actualidad siguen siendo mucho más caros que los de primera línea. Por otra parte, las formulaciones pediátricas de antirretrovirales siguen siendo demasiado caras, lo que acentúa todavía más el continuo retraso de los niños en el acceso a tratamiento.

42. A fin de asegurar la asequibilidad de una amplia gama de medicamentos antirretrovirales y medicamentos para infecciones concomitantes como la hepatitis C, se necesitan regímenes simplificados, estandarizados, de primera y segunda línea que estén armonizados para su utilización por diferentes poblaciones de adultos y niños. Los países también deben hacer un uso eficaz de la flexibilidad disponible en virtud de las normas internacionales de propiedad intelectual. La Declaración de Doha, de 2001, relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública reconoce el derecho de los países a tener en cuenta las consideraciones de salud pública para promover el acceso de los pacientes a los medicamentos prioritarios. Varios países ya han utilizado la flexibilidad del ADPIC para facilitar el acceso a medicamentos

esenciales, pero se necesitarán muchas más medidas, ya que numerosos países tienen aún que poner en práctica toda la variedad de posibilidades que ofrece la normativa internacional para favorecer el acceso. Hay que intensificar los esfuerzos para crear en África Subsahariana y otras regiones una capacidad sólida de fabricación nacional de productos farmacéuticos, y deberá también examinarse de inmediato la creación de una autoridad regional africana para la reglamentación de los medicamentos. Cuando se negocien acuerdos de libre comercio, todas las partes deberán tratar de no imponer medidas que limiten la flexibilidad previstas en la actualidad en el Acuerdo sobre los ADPIC. En 2011, el fondo común de patentes farmacológicas anunció el primer acuerdo de licencia con una empresa farmacéutica para la fabricación genérica de compuestos producidos por Gilead Sciences.

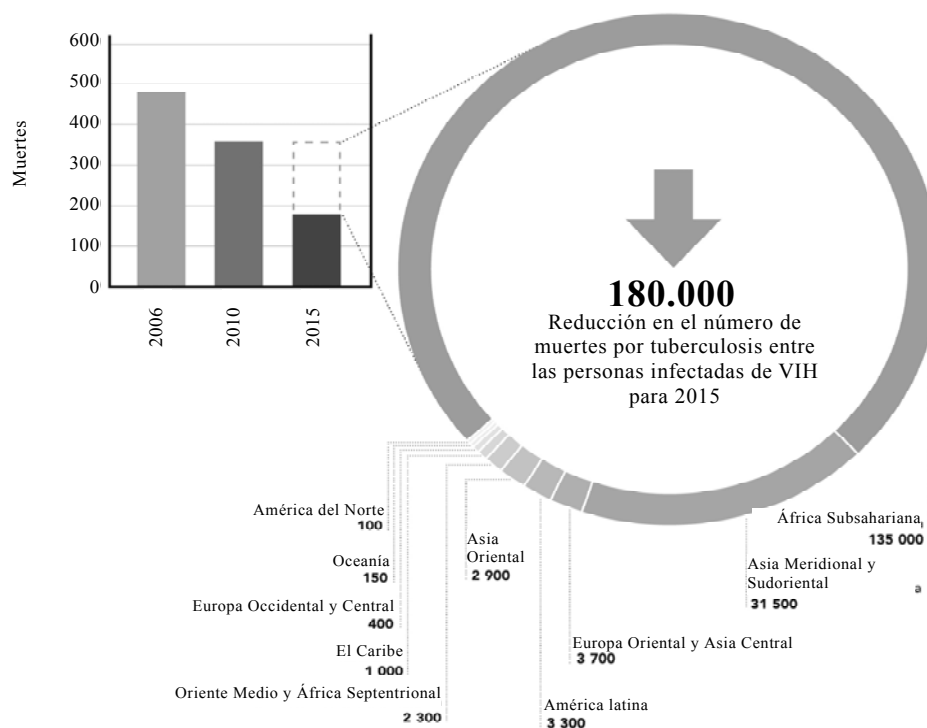
#### **E. Reducir en un 50% las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el SIDA**

43. Para alcanzar el objetivo de cero muertes relacionadas con el SIDA es necesario que triunfen las iniciativas encaminadas a prevenir las muertes asociadas a la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. Aunque el número de muertes por tuberculosis en este grupo ha disminuido durante varios años, la tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de mortalidad entre esas personas. En 2010 ni siquiera una de cada tres personas con un diagnóstico concurrente de VIH y tuberculosis tuvo acceso a atención de esta última enfermedad.

44. El número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH se tendría que haber reducido en 2015 al menos en 180.000 respecto a las cifras de 2010 para alcanzar la meta que figura en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011. Entre 2010 y 2015, las tasas de curación de la tuberculosis tendrían que aumentar del 70% al 85%, las tasas de detección de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH deberían ascender del 40% al 80%, y se debería administrar la terapia preventiva de isoniazida al menos al 30% de las personas que viven con el VIH y no tienen tuberculosis activa. Según los modelos ensayados recientemente, alcanzar estos objetivos asequibles permitiría superar el objetivo de 2015, reducir en un 80% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH y salvar un millón de vidas.



Gráfico IX  
**Cambios necesarios para alcanzar el objetivo de reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para 2015**

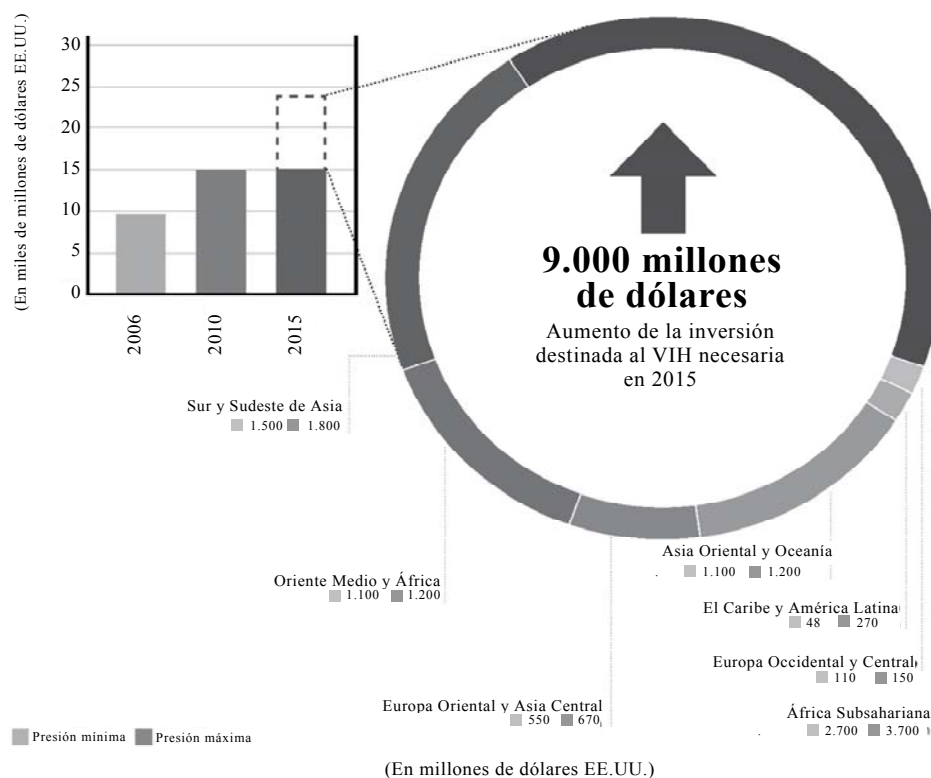


Fuente: ONUSIDA.

## F. Subsanan el déficit mundial de recursos destinados al SIDA y alcanzar un nivel considerable de gastos

45. Alcanzar las metas mundiales será imposible sin los suficientes recursos financieros. El monto del gasto anual tendrá que ser de 22.000 a 24.000 millones de dólares para 2015 a fin de lograr las metas que figuran en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, lo que equivale aproximadamente a un aumento del 50% respecto a las partidas actuales, dado que la suma disponible para la respuesta al VIH fue de 15.000 millones de dólares en 2010.

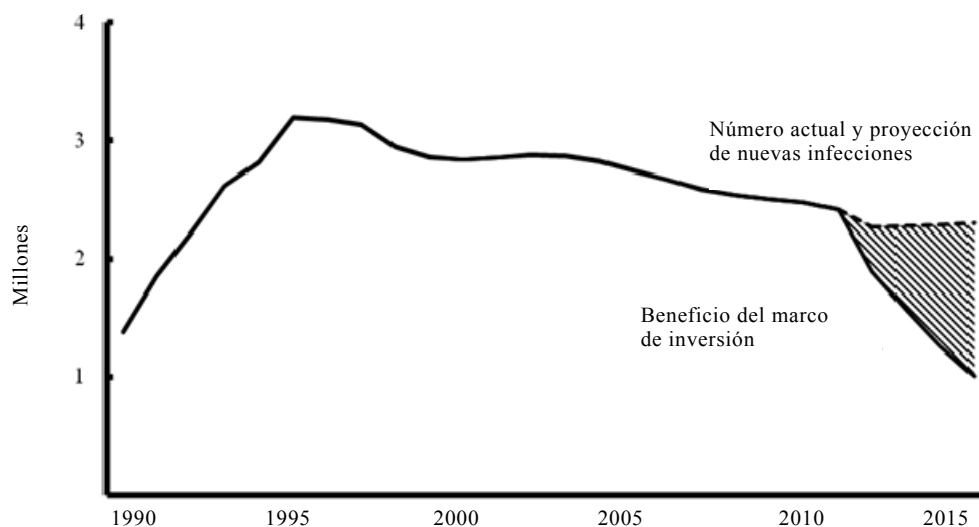
Gráfico X  
**Cambios necesarios para alcanzar la meta de llegar a destinar 24.000 millones de dólares a inversiones relacionadas con el VIH para 2015**



Fuente: ONUSIDA.

46. En 2011, el ONUSIDA colaboró con sus asociados para proponer un nuevo marco de inversión en la respuesta al VIH, concebido para fomentar la eficacia y obtener los máximos resultados. El marco de inversión promueve la financiación centrada en seis actividades programáticas básicas: a) programas dirigidos a las poblaciones clave; b) eliminación de las nuevas infecciones entre los niños; c) programas de reducción del riesgo sexual; d) programas de distribución de preservativos; e) atención, tratamiento y apoyo a las personas que viven con el VIH; y f) circuncisión masculina médica voluntaria en los países prioritarios. Estas actividades programáticas básicas deben estar respaldadas por los facilitadores imprescindibles y por iniciativas bien financiadas para aprovechar las sinergias entre las medidas expresamente dirigidas contra el VIH y las actividades de carácter más amplio en el ámbito de la salud y el desarrollo. Según los modelos ensayados, mejorar el uso estratégico de los recursos con arreglo a los principios del marco de inversión habría prevenido 12,2 millones de nuevas infecciones y 7,4 millones de muertes relacionadas con el SIDA en 2020, ya que la inversión optimizada conllevaría rápidos descensos de las nuevas infecciones de VIH en el mundo (véase el gráfico VI).

Gráfico XI  
Proyecciones del marco de inversión sobre nuevas infecciones de VIH



Fuente: ONUSIDA, *Informe para el Día Mundial del SIDA*, 2011.

47. Se necesitan medidas urgentes para mejorar la eficacia y el uso estratégico del gasto y movilizar los recursos necesarios. Con miras a fomentar la eficiencia, la armonización y la coordinación, se deben suprimir los sistemas paralelos de financiación, adquisición, programación e información, si existieran. Se deben estudiar de manera activa nuevas fuentes de financiación sostenible, como un mayor apoyo del sector privado, la aplicación de mecanismos nacionales de protección social, un uso más eficaz de los bancos regionales de desarrollo, y la aplicación de un gravamen fiscal que se ha propuesto para las transacciones financieras.

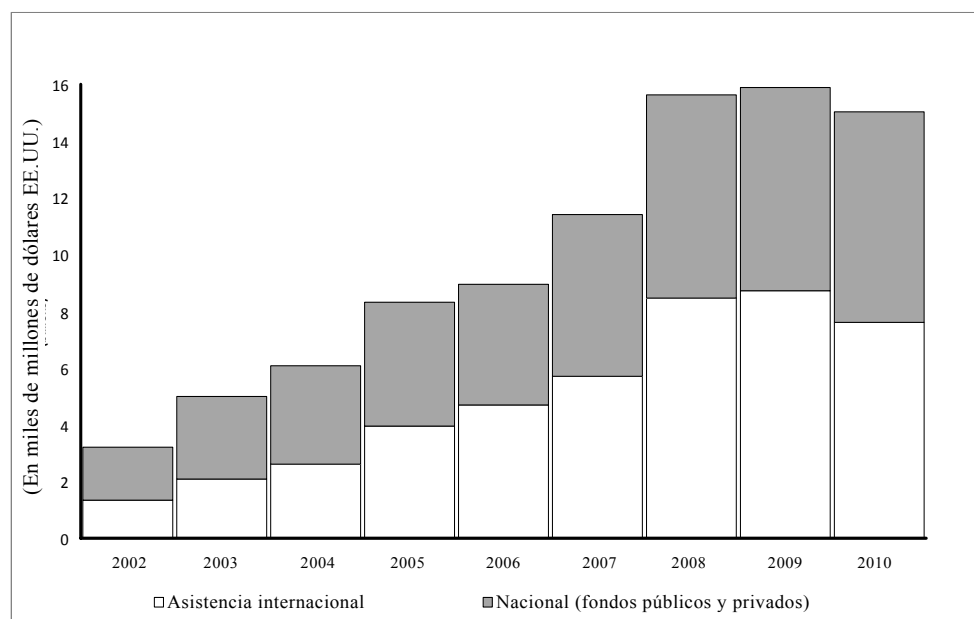
48. Las recientes dificultades del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que canceló una convocatoria de propuestas por falta de fondos, son un claro ejemplo de hasta qué punto es crucial la futura financiación de la respuesta al VIH. Una nueva contribución de la Bill and Melinda Gates Foundation al Fondo Mundial por valor de 750 millones de dólares anunciada en 2012 constituye un voto de confianza de vital importancia para este esencial mecanismo de financiación. Con arreglo al marco de inversión, el Fondo Mundial ha adoptado un nuevo modelo para negociar acuerdos de subvenciones con los países, al objeto de concentrar los limitados recursos en programas eficaces en función del costo que se ajusten a las necesidades locales y tengan posibilidades de surtir el máximo efecto.

49. Considerar que la respuesta es una responsabilidad compartida permitirá a la comunidad mundial asegurar los medios económicos para lograr los objetivos mundiales. Si los países de ingresos elevados cumplieran su promesa de destinar el 0,7% del producto interno bruto a la asistencia oficial para el desarrollo, el volumen total de recursos disponible para el desarrollo aumentaría a más del doble. Si se registrara un firme crecimiento económico en África Subsahariana, la decisión de los gobiernos africanos de aumentar la parte del presupuesto de salud destinada al

SIDA en consonancia con la carga relativa de la epidemia en comparación con otras enfermedades generaría 4.700 millones de dólares adicionales para actividades relativas al VIH. Además, los países emergentes de ingresos medianos, como el Brasil, China, la Federación de Rusia, la India y Sudáfrica, deberían seguir estudiando activamente maneras de prestar más asistencia financiera a otros países para la respuesta.

Gráfico XII

**Total de recursos disponibles para el VIH en los países de ingresos bajos y medianos (2002 a 2010)**



Fuente: ONUSIDA, *Informe para el Día Mundial del SIDA*, 2011.

### **G. Atender las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, eliminar las desigualdades entre los géneros, el maltrato y la violencia por motivos de género y aumentar la capacidad de las mujeres y las niñas para protegerse del VIH**

50. Acelerar el progreso en la respuesta exigirá avances continuados hacia la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. Dado que más de una de cada cuatro nuevas infecciones se produce entre las mujeres de 15 a 24 años y que casi el 60% de las infecciones en África Subsahariana corresponde a las mujeres, en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 se reconocían los efectos perjudiciales que acarrea la desigualdad de las normas y las prácticas por motivos de género y se prometía una acción concertada para eliminar este tipo de desigualdades.

51. Aunque cada vez es mayor la sensibilización y el compromiso de tomar medidas para promover la igualdad entre los géneros y empoderar a las mujeres y las niñas, sigue habiendo una distancia considerable entre las aspiraciones y la

realidad. Aunque muchos países reconocen los efectos de la epidemia sobre las mujeres y las niñas, menos de la mitad de los países del mundo disponen de presupuestos destinados a las actividades programáticas que atienden a las dimensiones de género de la epidemia. Aumentar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva basados en los derechos y empoderar a las mujeres para que ejerciten sus derechos reproductivos es una pieza fundamental de una respuesta eficaz para las mujeres y las niñas. El acceso a una educación de calidad también reduce las desigualdades entre los géneros, lo que demuestra los puntos de contacto existentes entre la respuesta al VIH y otros sectores del desarrollo.

52. Al igual que sucede con los varones en su misma situación, existe una gran variedad entre las mujeres y las niñas que viven con el VIH y están afectadas por el virus, lo que exige respuestas programáticas y normativas que tengan en cuenta las diferencias existentes en las necesidades y las circunstancias. En la mayoría de las regiones, muchas mujeres y niñas o bien pertenecen a las principales poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH, o bien corren el riesgo de infectarse por ser parejas sexuales de miembros de esas poblaciones.

53. La violencia contra las mujeres es a la vez una de las causas profundas de la infección con el VIH y una consecuencia de vivir con él, lo que pone de manifiesto la importancia de que se adopten medidas urgentes para erradicar la violencia por motivos de género. Según encuestas realizadas recientemente en los hogares, era dos veces más probable que se hubiera diagnosticado una infección de transmisión sexual en los 12 meses anteriores a las mujeres que habían sido víctimas de la violencia sexual en la infancia, y las probabilidades de que utilizaran preservativos se reducía casi a la mitad en comparación con las mujeres que no habían vivido esa experiencia. La campaña “Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres” es un llamamiento a la acción concertada para eliminar la violencia basada en el género para 2015, lo que conlleva la aprobación y la imposición de la legislación nacional adecuada, la ejecución de planes nacionales multisectoriales y otras medidas clave. En 2011, solo 40 de los 94 países encuestados indicaron que tenían una estrategia para el sector de la salud especialmente dirigida contra la violencia de género.

54. La Agenda de ONUSIDA para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad entre los géneros y el VIH está generando una fuerte tendencia a favor de combatir los efectos de la epidemia para las mujeres y las niñas. En los últimos meses, un gran número de países, entre ellos, Benin, Lesotho, Marruecos, Namibia, la República Unida de Tanzania y Viet Nam, han elaborado planes nacionales de acción relativos a las mujeres, las niñas, la igualdad entre los géneros y el VIH, o han adoptado otras medidas para hacer frente a los factores relacionados con el género que impulsan sus epidemias nacionales. Malasia ha puesto en marcha un modelo de centro único para casos de crisis al alcance de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual, en los que se ofrecen servicios adaptados a las circunstancias de las personas afectadas, de asesoramiento y jurídicos, sociales y de bienestar en las mismas instalaciones. En la India se puso en marcha una campaña en distintos ámbitos para prevenir la violencia, el acoso y la estigmatización de los trabajadores del sexo y otras poblaciones clave.

55. Los hombres y los niños también desempeñan una función crucial en la creación de normas sociales adecuadas para la igualdad entre los géneros, lo que

resalta la importancia de los programas y las normativas que involucran a los hombres y a los niños. En 2011, de 94 países solo 7 habían dedicado recursos nacionales a programas de amplia difusión que cuestionaran las desigualdades entre los géneros y en los que participaran hombres y niños.

## **H. Eliminar el estigma, la discriminación y la violencia contra las personas afectadas por el VIH y que viven con el VIH, así como las restricciones de viaje relacionadas con la infección por el VIH, mediante leyes, políticas, estrategias y programas que promuevan los derechos humanos**

56. La persistencia de la estigmatización y la discriminación frustra el avance hacia las metas mundiales, ya que disuade a las personas de acceder a los servicios del VIH e intensifica la presión sobre las personas que viven con él. Por ejemplo, en la región de Asia y el Pacífico, el porcentaje de personas que viven con el VIH que afirmó haber perdido el empleo o ingresos debido a su estado serológico se situó entre el 16% y el 50%; entre un 4% y un 33% vio reducido su acceso a la atención sanitaria debido a las actitudes de rechazo de los profesionales del sector, mientras que el estado serológico del 9% al 50% de estas personas se reveló a amigos o vecinos sin su consentimiento. El estigma asociado al VIH refuerza otras formas de discriminación, como las que afectan a las poblaciones de riesgo elevado. Las mujeres que viven con el VIH a menudo se ven estigmatizadas y discriminadas de manera más grave y frecuente que los hombres en su misma situación.

57. La necesidad acuciante de medidas para hacer frente al estigma y la discriminación asociados al VIH resulta evidente. En 2010 uno de cada tres países declaró que carecía de legislación que prohibiera la discriminación contra las personas que viven con el VIH. Un número creciente de países ha promulgado legislación desacertada y contraproducente en la que se tipifica como delitos el hecho de no revelar que se tiene el VIH, la exposición al virus o su transmisión, y los países de elevados ingresos se encuentran a la cabeza por lo que se refiere a la presentación efectiva de cargos con arreglo a dichas leyes.

58. En 2010, un 46% de los países afirmó disponer de leyes, reglamentos o medidas para impedir que las poblaciones clave con mayor riesgo de contraer el VIH accedieran a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En 77 países están tipificadas como delito las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo; en la mayoría de los países se considera delito algún aspecto del ejercicio del sexo como profesión, y la mayor parte impone sanciones penales a los toxicómanos. Estas leyes no solo marginan a los miembros de las poblaciones clave y los exponen a la violencia, las sanciones penales y la cárcel, sino que también los excluye de los programas económicos, de salud y sociales de ámbito nacional.

59. De conformidad con los compromisos contraídos en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, los países deben examinar de inmediato sus marcos jurídicos y normativos, y, si corresponde, promulgar disposiciones rigurosas contra la discriminación, así como derogar o revisar otras leyes que obstaculicen una respuesta contundente al VIH. Dado que solo el 51% de ellos disponía de un sistema de asistencia jurídica para casos relativos al VIH en 2010, los países deben esforzarse por ofrecer asistencia jurídica e invertir en programas de información sobre los derechos dirigidos a las personas que viven con el VIH y las poblaciones

clave. También se necesitan medidas urgentes para sensibilizar al personal judicial y a los agentes encargados de hacer cumplir la ley.

60. Recientemente han surgido varios ejemplos importantes de iniciativa en materia de derechos humanos. Treinta y dos países han elaborado normas y leyes nacionales o sectoriales para alentar a las partes interesadas en el entorno laboral a tomar medidas para eliminar la estigmatización, proteger los derechos humanos y facilitar el acceso a los servicios. En Rwanda las organizaciones de la sociedad civil se han unido al colegio de abogados y otras partes interesadas para apoyar los servicios jurídicos, la información sobre asuntos legales y la creación de capacidad en el sector de la justicia. La despenalización del consumo de drogas en Portugal se ha asociado a una reducción en las tasas de consumo de droga a lo largo de toda la vida y a aumentos en el número de personas que acceden al tratamiento de la drogodependencia. En Fiji se despenalizó la homosexualidad en 2010, en Nueva Zelanda se reformó la legislación para despenalizar el ejercicio del sexo como profesión, y en Filipinas y Tailandia están en marcha proyectos para sensibilizar a las fuerzas del orden sobre las necesidades de las poblaciones clave. En Sudáfrica y el Brasil, se ha citado la Recomendación de la Organización Internacional del Trabajo sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo, 2010 (núm. 200) en causas judiciales por las que se derogaron medidas discriminatorias contra los trabajadores basadas en su situación relativa al VIH.

61. Reconociendo la urgente necesidad de armonizar los marcos jurídicos con los principios en materia de derechos humanos y con una respuesta contundente al VIH, el PNUD está dirigiendo una iniciativa de 18 meses de duración, la Comisión Mundial sobre el VIH y la ley. La Comisión elaborará en breve recomendaciones que permitan adoptar medidas, fundamentadas en datos empíricos y basadas en derechos, orientadas a potenciar la eficacia de la lucha contra el SIDA.

62. Además de reformar las leyes y las normas, se han realizado importantes progresos respecto a la expansión de los datos empíricos para los programas comunitarios encaminados a paliar el estigma que acarrea el VIH. En especial, los proyectos para combatir la estigmatización en el Afganistán, Bangladesh, la India, Nepal, el Pakistán y Sri Lanka han generado ideas y experiencias que están enriqueciendo las iniciativas para combatir esa lacra en otras regiones.

63. A noviembre de 2011, 47 países, territorios y zonas seguían imponiendo restricciones discriminatorias al ingreso, la permanencia o la residencia de las personas que viven con el VIH. Desde el período de sesiones extraordinario de 2011, Fiji ha suprimido las restricciones de viaje relacionadas con el VIH de su decreto nacional sobre el SIDA. Esta valiente medida sigue los ejemplos de otros países que han levantado las restricciones de viaje relacionadas con el VIH desde enero de 2010, como Armenia, China, los Estados Unidos de América, Namibia y Ucrania.

## **I. Eliminar sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH, para reforzar la integración de la respuesta al SIDA**

64. La respuesta al VIH está indisolublemente ligada a la agenda más amplia del desarrollo y los derechos humanos. En especial, el avance en la respuesta al VIH promueve el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del que a su vez se beneficia.

65. En la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 figura el compromiso de adoptar medidas para potenciar la respuesta al VIH encaminadas a reforzar los sistemas del ámbito de la salud y la comunidad, y a integrar el VIH en otras iniciativas en el plano de la salud y el desarrollo. La respuesta al VIH ha suscitado una atención sin precedentes por las necesidades de los jóvenes, las mujeres, los trabajadores del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que consumen drogas inyectables, la población penitenciaria y otros grupos. La respuesta también ha contribuido a reforzar la gobernanza en el ámbito de la salud; justificar la capacitación de decenas de miles de profesionales de la salud y apoyar estrategias innovadoras en materia de recursos humanos; mejorar los sistemas de supervisión de la salud y la gestión de las adquisiciones y el suministro de productos sanitarios; y mejorar los servicios de laboratorio y la infraestructura física de las clínicas.

66. Para obtener mejores resultados en el plano de la salud, se necesitan servicios completos centrados en la persona que integren el VIH con los servicios de atención a la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva, incluida la salud de las mujeres y los niños, y las enfermedades no infecciosas, como la drogodependencia, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Las innovaciones en los sistemas de salud derivadas de la ampliación del tratamiento del VIH, como la participación de las comunidades en la prestación de servicios y la creación de demanda, la descentralización de los servicios y las medidas para que los productos sanitarios esenciales sean más asequibles y accesibles, ya están favoreciendo la mejora de los programas de otras enfermedades crónicas y no transmisibles.

67. Las transferencias sociales en forma de alimentos, efectivo o cupones, combinadas con la atención basada en la comunidad, contribuyen a superar las barreras en el acceso a los servicios y el seguimiento de los tratamientos. Aunque la protección social cumple una función clara en el refuerzo de la respuesta al VIH, es necesario que haya una colaboración más estrecha entre los expertos en el VIH, los expertos en protección social y las partes interesadas para garantizar que los programas de protección social atiendan a las necesidades de las personas y los hogares afectados por el VIH.

68. Los efectos de la epidemia en los niños exigen unas medidas y un compromiso constantes. Las noticias son alentadoras, ya que el número de niños huérfanos a causa del VIH parece haber alcanzado un máximo de 17 millones en 2009, para disminuir levemente, hasta los 16,6 millones, en 2010. Este hecho obedece principalmente a la ampliación del tratamiento antirretroviral y a los programas para prevenir nuevas infecciones de VIH entre los niños. Sin embargo, los informes de los países indican que la mayoría de los hogares en los que hay niños afectados por el VIH no reciben asistencia y millones de niños siguen quedando huérfanos cada año. El enfoque más eficaz y menos estigmatizante consiste en incorporar el VIH a programas más amplios que atiendan a las necesidades de todos los hogares vulnerables.

### **III. Rendición de cuentas mutua y participación de diversos interesados en la respuesta**

69. Lograr un mundo de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el SIDA requerirá una respuesta colectiva, ya que no hay sector ni parte interesada que sea capaz por sí solo de acometer y supervisar las



medidas de carácter urgente necesarias para alcanzar los objetivos convenidos en materia de SIDA para 2015. Cada parte interesada está llamada a desempeñar un papel esencial para garantizar el éxito, y cada una de ella debe abrazar los principios del rendimiento de cuentas mutuo, la inclusividad, la transparencia y la coordinación de la respuesta.

70. Las iniciativas centradas en obtener resultados están presentes en todo el ámbito de la respuesta. En los últimos meses los parlamentarios de la India organizaron un nuevo foro para fomentar la sensibilización sobre el VIH entre los encargados de tomar decisiones normativas, y el Primer Ministro de Mozambique convocó un diálogo nacional para acelerar la marcha hacia los objetivos que figuran en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011. Algunos donantes también están asumiendo el reto que plantean las dificultades económicas: en 2011, los Estados Unidos de América se comprometieron a ofrecer tratamiento antirretroviral al menos a 6 millones de personas que viven con el VIH para diciembre de 2013 y anunciaron una nueva estrategia de prevención para su asistencia internacional en materia de VIH acorde con los principios del marco de inversión. Los ministros de salud del Brasil, China, la Federación de Rusia, la India y Sudáfrica se comprometieron de manera oficial a colaborar para que se aplicara plenamente la Declaración política de 2011.

71. La sociedad civil continúa desempeñando un papel destacado, aportando las ideas, el entusiasmo y la energía incomparables que la caracterizan. Las organizaciones de personas que viven con el VIH han abanderado la aplicación del Índice de estigmatización de las personas que viven con el VIH y promovido la aplicación de un enfoque integral basado en los derechos, llamado “salud, dignidad y prevención positivas”. Los grupos de la sociedad civil continúan al frente de las iniciativas de promoción a niveles tanto nacional como mundial, mientras que distintos promotores de las iniciativas contra el VIH se han unido para instar a la acción concertada con miras a lograr el derecho al tratamiento, a la no discriminación y a la participación. En muchos países, las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel importante en la prestación de servicios, lo que pone de relieve la necesidad de que el Gobierno colabore con agentes no estatales para preparar respuestas nacionales y locales sostenibles.

72. La participación activa de las instituciones regionales también es vital para que se mantenga y se acelere el progreso. En febrero de 2012, los gobiernos de la región de Asia y el Pacífico respaldaron una hoja de ruta para mejorar la coordinación y acelerar el progreso regional hacia los objetivos que figuran en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011. De modo similar, los países africanos se han unido en un plan regional para eliminar las nuevas infecciones entre los niños; han revitalizado su iniciativa AIDS Watch Africa y se han agrupado en el marco de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos para crear un Comité encargado de proteger los derechos de las personas que viven con el VIH, en situación de riesgo, vulnerables al VIH afectadas por él.

#### **IV. Medición de los resultados**

73. La presentación de informes periódicos sobre la marcha de las actividades ha permitido fomentar la eficacia de la respuesta al VIH, mejorar la rendición de cuentas y promover una mayor transparencia. Con la colaboración de la sociedad

civil y de otros asociados de ámbitos ajenos al Gobierno, la presentación de informes nacionales sobre los indicadores básicos también ha contribuido a que la respuesta sea más inclusiva y eficaz.

74. En la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 se plasman y se refuerzan los principios que han logrado que la lucha contra el SIDA sea tan innovadora, contundente y eficaz. Para calibrar la aplicación de la Declaración política de 2011, el Grupo de Referencia Encargado de la Supervisión y Evaluación, con el apoyo del ONUSIDA y la cooperación de expertos de los gobiernos nacionales, la sociedad civil y las organizaciones internacionales, ha elaborado un conjunto de indicadores revisados para la elaboración del informe sobre los avances mundiales en la lucha contra el SIDA. Estos indicadores se han incorporado al sistema de la OMS de elaboración de informes para el sector de la salud. Los informes de los países sobre la marcha de las actividades se resumirán en informes anuales para la Asamblea General que servirán como referencia en su debate anual sobre el progreso en la aplicación de la Declaración política de 2011.

75. Dado que resulta urgente agilizar el avance hacia el plazo de 2015, se deben adoptar nuevas medidas para potenciar al máximo la utilidad de los informes nacionales con miras a acelerar la marcha hacia los objetivos convenidos. En especial, es indispensable que las instituciones regionales aumenten su participación y su relieve en las actividades de supervisión y presentación de informes sobre el progreso.

## V. Recomendaciones

76. El año 2011 fue importante para la respuesta contra el SIDA. Más de 7 millones de personas estaban recibiendo tratamiento antirretroviral, y nuevos avances científicos confirmaron el potencial del tratamiento para prevenir las nuevas infecciones de VIH. Las grandes expectativas y esperanzas plasmadas en las ambiciosas metas y compromisos que figuran en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de la Asamblea General alentaron a los dirigentes mundiales y a los activistas comunitarios a hablar del principio del fin de la epidemia del SIDA. Sin embargo, queda mucha labor urgente por hacer. El Secretario General pide a la comunidad internacional que tome medidas para cumplir los compromisos que ha contraído. Debe realizar esta tarea de modos que impliquen un paso de la caridad a la justicia, y que fomenten la implicación y la responsabilidad compartida para lograr una respuesta más sostenible contra el SIDA, en consonancia con el llamamiento a favor de un nuevo contrato social que se formula en la Agenda de Acción Quinquenal. En especial, el Secretario General insta a lo siguiente:

a) **Reforzar e intensificar radicalmente las iniciativas para prevenir nuevas infecciones de VIH.** Aprovechando los avances de los últimos años en la promoción de comportamientos sexuales más seguros, los programas de prevención deben mejorar las iniciativas encaminadas a reforzar, mantener y ampliar el cambio en las costumbres fomentando normas sociales de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres. Los programas de prevención deben estar más centrados en las localidades y en las comunidades concretas en las que se están produciendo nuevas infecciones. Hay que redoblar los esfuerzos para eliminar las nuevas infecciones entre los niños y mantener con vida a sus madres en los 22 países prioritarios que se indican en el Plan Mundial, prestando especial atención a las iniciativas

encaminadas a garantizar el compromiso y la entrega de todos los países. Las partes interesadas en la respuesta al VIH deben hacer acopio de la sabiduría, la valentía y la determinación necesarias para poner en marcha programas de prevención sólidos que se basen en datos empíricos y capaciten a las poblaciones clave para protegerse, tanto a sí mismos como a sus parejas, del VIH, prestando especial atención a las tres poblaciones clave con mayor riesgo de contraer el VIH indicadas en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, a saber: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores del sexo y las personas que consumen drogas inyectables;

b) **Reiterar y reforzar la determinación de ofrecer tratamiento, atención y servicios para el VIH a las personas que lo necesitan.** Para alcanzar el objetivo de lograr que 15 millones de personas reciban terapia antirretroviral para 2015, todos los asociados deben colaborar para fomentar la eficacia y la rendición de cuentas en la ampliación de la cobertura de tratamiento, acelerar la marcha hacia el conocimiento por toda la población de su estado serológico, utilizar la experiencia acumulada para favorecer la constancia y la permanencia en el tratamiento, y aplicar medidas concretas encaminadas a garantizar igual acceso al tratamiento para las poblaciones clave y otros grupos socialmente excluidos. Es necesario prestar una atención urgente a propiciar la próxima fase del tratamiento y la atención del VIH. Se deben intensificar las actividades de investigación centradas en la creación y difusión de técnicas de diagnóstico más sencillas y asequibles, y de combinaciones de fármacos de la máxima eficacia; los países deben aprovechar al máximo la flexibilización de las disposiciones internacionales en materia de propiedad intelectual para abaratar el costo de las medicinas; y las comunidades deben implicarse y movilizarse para apoyar que se amplíe la cobertura del tratamiento. Todos los países deben implantar estrategias comprobadas para los programas con miras a promover el diagnóstico puntual, la prevención, el tratamiento y la cura de los casos de tuberculosis entre las personas que viven con el VIH;

c) **El mundo debe pasar de las palabras a los hechos en su compromiso de aplicar un enfoque del VIH basado en los derechos.** Todos los países deben emprender un examen inmediato y amplio de sus marcos jurídicos y normativos nacionales para eliminar los obstáculos a las respuestas contra el SIDA eficaces y basadas en los derechos. Se deben implantar en todos los ámbitos leyes coherentes que prohíban la discriminación basada en el VIH, y se debe dar apoyo a su aplicación. Dichas leyes han de incluir mecanismos y servicios concretos para aumentar el acceso a la justicia de todas las personas afectadas por la epidemia. Los países y los donantes deben trabajar de consuno para canalizar un volumen sustancial de nuevos fondos hacia programas basados en la comunidad cuyo objetivo sea superar la estigmatización ligada al VIH, promover normas de igualdad entre los géneros y eliminar la violencia por motivos de género. La legislación penal y otras trabas jurídicas o normativas que obstaculizan el disfrute efectivo del derecho a la salud y otros derechos humanos por parte de las poblaciones clave de mayor riesgo deben revisarse o suprimirse. Es preciso empoderar a las mujeres y a los jóvenes y promover la igualdad entre los géneros aprovechando las oportunidades que brinda la respuesta al SIDA para establecer vínculos más sólidos con otras campañas de salud, de carácter social y de derechos humanos;

d) **Se necesita un nuevo enfoque de inversión en la lucha contra el VIH que movilice los recursos necesarios, mejore el uso estratégico de los recursos y acelere la transición de África hacia una mayor implicación y sostenibilidad en**

**relación con la respuesta.** Todos los proveedores actuales y potenciales de financiación para el VIH, entre otros, los donantes, las economías emergentes, los países afectados y el sector privado, deberían contribuir económicamente a la respuesta, sacando partido de las oportunidades para movilizar recursos adicionales y según la capacidad de cada asociado. Al tiempo que mantienen su activa implicación como asociados en la respuesta, los donantes internacionales y los organismos de carácter técnico deberían prestar apoyo a los países para fomentar la coherencia y el control de los programas y los recursos, así como para obtener la máxima rentabilidad en los resultados. Mediante herramientas como el marco de inversión, los asociados internacionales deberían prestar apoyo a los países para preparar argumentos sólidos a favor de la inversión destinada a configurar y acelerar la ampliación de la cobertura de los programas, promover el establecimiento de prioridades conforme a criterios rigurosos y estratégicos, y potenciar al máximo las sinergias mediante la integración de los programas y de los facilitadores indispensables. Con el apoyo de la comunidad internacional, los países y los asociados de África Subsahariana deben aprovechar las iniciativas de desarrollo de carácter más amplio en la región para favorecer la creación de nuevos sectores industriales y economías basadas en el conocimiento. Se necesitan medidas urgentes para aumentar el volumen de producción nacional y regional de medicamentos antirretrovirales en África Subsahariana y para aumentar la cooperación técnica Sur-Sur;

e) **Se deben forjar nuevas asociaciones y relaciones de colaboración que obedezcan a la responsabilidad compartida en relación con el VIH, y que reduzcan los riesgos y promuevan las salvaguardias de los grupos vulnerables.** El VIH y otras cuestiones relativas a la salud deben tener una presencia destacada en los temarios de los principales foros internacionales, regionales y nacionales, así como en la formulación de la agenda de desarrollo posterior a 2015. Es necesario invertir en asociaciones en las que las Naciones Unidas, la sociedad civil, los gobiernos, las instituciones académicas y el sector privado colaboren para hacer frente a problemas profundamente arraigados, como los relativos al empoderamiento de la mujer y de los jóvenes, mediante el refuerzo de los vínculos con otros movimientos del ámbito de la salud y sociales, así como con las campañas en pro de los derechos humanos de carácter más amplio. Las partes interesadas pertinentes también deben hacer frente a la agudización del riesgo y la vulnerabilidad en las situaciones posteriores a conflictos y velar por que los programas del VIH se incorporen a todos los procesos de desarme, desmovilización y reintegración y consolidación de la paz, así como a la reforma del sector de la seguridad, utilizando los programas relativos al VIH para reforzar la capacidad del personal de mantenimiento de la paz y el personal uniformado como agentes del cambio positivo.