



Asamblea General

Distr. general
1 de abril de 2020
Español
Original: inglés

Septuagésimo cuarto 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

Abordar la desigualdad y preparar la siguiente fase de la respuesta al sida

Informe del Secretario General

Resumen

Este es un año decisivo para la respuesta mundial al sida. Al finalizar 2020 se habrá cumplido el plazo para lograr los objetivos acordados en 2016 por la Asamblea General, en su resolución [70/266](#), con el fin de anticipar los fondos para las inversiones, acelerar la respuesta y poner fin a la epidemia para 2030.

El presente informe también se publica en momentos en que una nueva pandemia pone de relieve la necesidad de ejercer vigilancia para hacer frente a las enfermedades infecciosas. La aparición de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) es en muchos sentidos un recordatorio de los primeros días de la epidemia del VIH, cuando el mundo luchaba por comprender un nuevo virus mortal. Si bien está emergiendo una comprensión de las interacciones entre el VIH, las inmunodeficiencias y la COVID-19, existe una preocupación por el bienestar de las personas que viven con el VIH y grupos de población clave, incluso con respecto a la posibilidad de una grave interrupción de los servicios de prevención, pruebas de detección y tratamiento del VIH.

En los últimos 20 años se han hecho enormes progresos en la lucha contra el VIH: se estima que, a nivel mundial, a mediados de 2019, unos 24,5 millones [21,5 millones-25,5 millones] de personas que viven con el VIH recibían tratamiento, y las muertes por enfermedades relacionadas con el sida han disminuido constantemente desde 2004. Un enfoque combinado de la prevención del VIH, que comprende enfoques conductuales, biomédicos y estructurales, ha dado lugar a reducciones de las infecciones por el VIH en diversos entornos. La respuesta al sida también ha fortalecido los sistemas de salud mediante el apoyo a la prestación de servicios integrados y la movilización de los trabajadores sanitarios de las comunidades, así como mediante el fortalecimiento de los sistemas de laboratorio, los sistemas de información sanitaria, la adquisición de medicamentos y la gestión de la cadena de suministro.



No obstante, han mermado los progresos y el mundo no está cumpliendo sus objetivos para 2020, especialmente en lo que respecta a la prevención del VIH. Existen considerables disparidades en cuanto a la disponibilidad y la aceptación de los servicios para el VIH, tanto en términos geográficos como de subpoblación. Las adolescentes y las mujeres jóvenes siguen representando un número desproporcionadamente alto de infecciones por el VIH en África Subsahariana, disparidad que obedece a la desigualdad entre los géneros, la violencia, la inseguridad alimentaria y la denegación del acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Grandes lagunas en el conocimiento del estado serológico y en la cobertura de la terapia antirretrovírica entre los hombres y los jóvenes que viven con el VIH contribuyen a las infecciones por el VIH entre las mujeres. En muchos países, la penalización y la marginación de grupos de población clave, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, los reclusos, los transgénero, los hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, han frenado los esfuerzos por prestar servicios a los que corren mayor riesgo. La cobertura del tratamiento entre los niños que viven con el VIH se está quedando atrás con respecto a la de los adultos. La insuficiente disponibilidad y el uso ineficaz de los recursos financieros amenazan con revertir logros que ha costado mucho conseguir.

Se necesita una década de acción para lograr la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Como parte de ese esfuerzo, el mundo debe impulsar el logro de los objetivos de la resolución [70/266](#) y establecer un programa común para la siguiente fase de la respuesta a la enfermedad. A medida que se acerca el septuagésimo quinto aniversario de las Naciones Unidas, el mayor programa conjunto de las Naciones Unidas, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), está trabajando con los Estados Miembros, la sociedad civil y otros asociados para examinar los progresos realizados, determinar las metas para 2025 y actualizar la estrategia mundial para alcanzar esas metas. Un pivote estratégico para un enfoque intensificado y centrado en las personas podría cerrar la brecha.

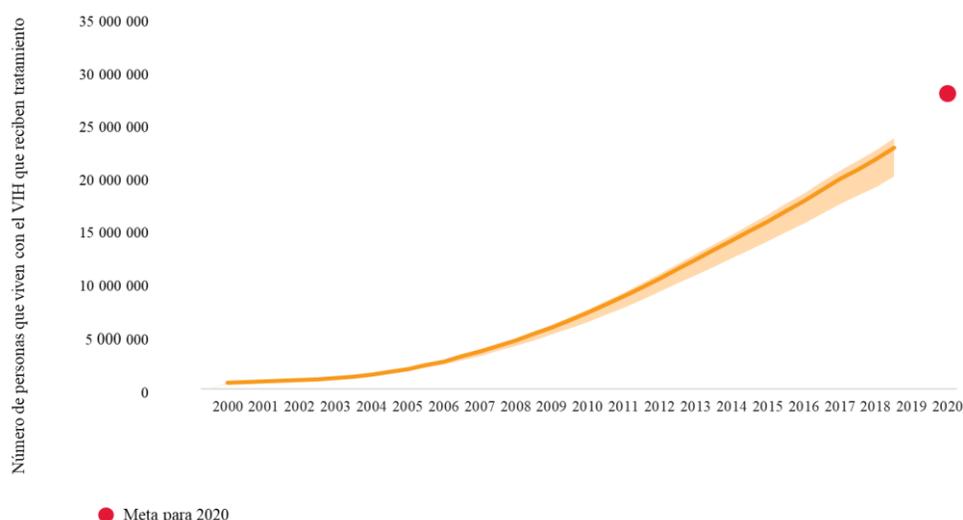
Se insta a los Estados Miembros a que consideren las siguientes recomendaciones: a) abordar la desigualdad que constituye el núcleo de las disparidades en la realización de progresos; b) aprovechar las oportunidades que ofrece el vigésimo quinto aniversario de la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing para hacer frente a las desigualdades de género que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH; c) cerrar la brecha de financiación y liderazgo y dar respuestas integrales y de alta calidad al sida; y d) participar en los esfuerzos por establecer objetivos ambiciosos para 2025 y actualizar la estrategia mundial de respuesta al sida.

I. Estado de la epidemia y respuesta

1. Se han logrado avances significativos desde 2016, cuando la Asamblea General acordó “acelerar” la respuesta mundial al sida (véase el anexo de la resolución 70/266). Se han hecho grandes progresos en la consecución del objetivo 90-90-90 relativo a las pruebas de detección y el tratamiento: casi cuatro de cada cinco personas (79 %) que viven con el VIH conocen su estado serológico, el 78 % de las personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico reciben tratamiento y el 86 % de las personas que están en tratamiento han visto suprimida su carga vírica¹. El número de personas que reciben terapia antirretrovírica que salva vidas sigue aumentando. Se calcula que a mediados de 2019 había en todo el mundo 24,5 millones [21,5 millones-25,5 millones] de personas que vivían con el VIH que recibían tratamiento, cifra que triplica con creces la de 2010 (véase la figura I)^{2, 3}.

Figura I

Número de personas que viven con el VIH que reciben tratamiento, a nivel mundial, de 2000 a mediados de 2019 y meta para 2020



Fuente: Análisis especial del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), 2019.

2. Quince países han superado el umbral del objetivo 90-90-90 en el que al menos el 73 % de las personas que viven con el VIH han visto suprimida su carga vírica, entre ellos tres países con una alta carga de VIH: Botswana, Eswatini y Namibia.

3. La ampliación del tratamiento ha llevado a una disminución de las muertes por enfermedades relacionadas con el sida, que han pasado de un máximo de 1,7 millones [1,3 millones-2,4 millones] en 2004 a 770.000 [570.000 -1.100.000] en 2018 (véase la figura II). Entretanto, el mayor suministro de terapia antirretrovírica a las mujeres

¹ El objetivo 90-90-90 llama a que el 90 % de las personas en tratamiento conozcan su estado serológico, el 90 % de las personas que conocen su estado serológico reciban tratamiento, y el 90 % de las personas que reciben tratamiento hayan logrado suprimir la carga vírica para 2020.

² Se han calculado los límites de incertidumbre respecto de cada estimación. Los límites definen la gama dentro de la cual se encuentra el verdadero valor. Los límites próximos indican que la estimación es precisa, y los distantes, que la incertidumbre es mayor.

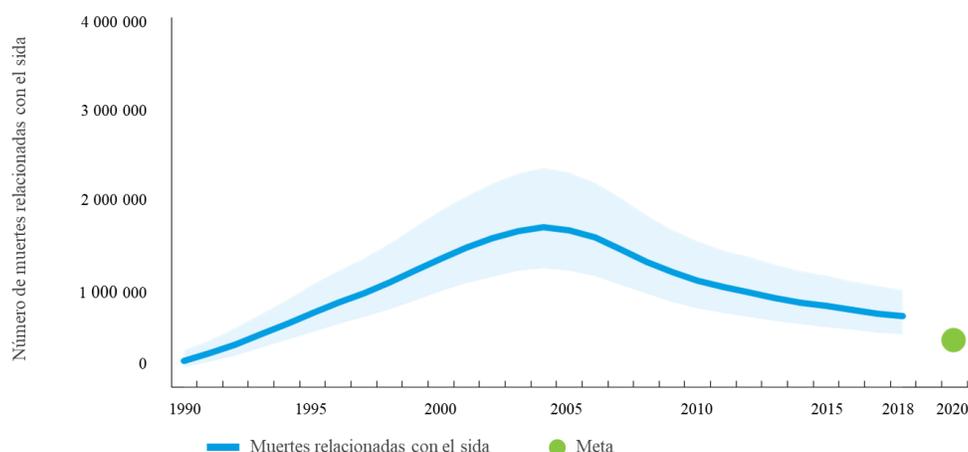
³ A menos que se indique lo contrario, los datos proporcionados son estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y datos de los países comunicados al ONUSIDA en sus informes anuales sobre la vigilancia mundial del sida.

embarazadas que viven con el VIH ha impulsado los progresos hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

4. Un enfoque combinado de la prevención del VIH, que comprende enfoques conductuales, biomédicos y estructurales, ha dado lugar a una reducción constante de las infecciones por VIH en diversos entornos. El uso de preservativos ha aumentado en gran parte de África Subsahariana durante el último decenio y los países están adoptando gradualmente la profilaxis anterior a la exposición como una opción adicional para la prevención del VIH. Más de 300.000 personas recibieron profilaxis anterior a la exposición por lo menos una vez en 2018, y el mayor impacto se observó en ciudades de América del Norte, Europa y Australia entre los hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. También se han realizado unos 11 millones de circuncisiones masculinas médicas voluntarias en 15 países prioritarios desde principios de 2016, incluidos más de 4 millones en 2018.

Figura II

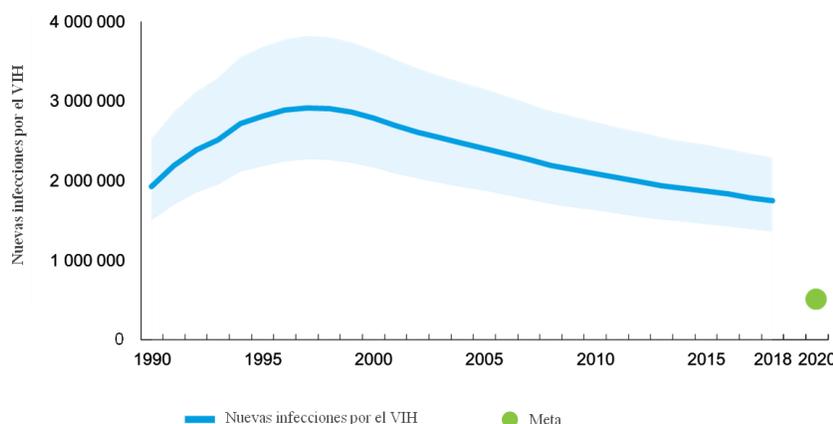
Número de muertes relacionadas con el sida, a nivel mundial, 1990-2018 y meta para 2020



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA para 2019.

5. No obstante, los progresos en la lucha contra el VIH se están desacelerando a nivel mundial y todavía no se han alcanzado las metas para 2020. Las lagunas en la continuidad de los servicios de pruebas de detección y tratamiento del VIH han dejado a casi la mitad (47 %) de las personas que viven con el VIH en 2018 con cargas víricas no suprimidas. Los esfuerzos para prevenir las infecciones por el VIH están muy lejos de estar a la par. En 2018 se produjeron 1,7 millones [1,6 millones-2,3 millones] de nuevas infecciones, más del triple de la meta para 2020 de menos de 500.000 nuevas infecciones (véase la figura III). A nivel mundial, en 2018 alrededor de 160.000 [110.000-260.000] niños (de 0 a 14 años de edad) contrajeron el VIH, lo que dista mucho de la reducción del 95 % prevista para 2020.

Figura III
Número de nuevas infecciones por el VIH, a nivel mundial, 1990-2018 y meta para 2020



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA para 2019.

6. Al margen de las tendencias mundiales, se observan importantes disparidades en los progresos, tanto geográficamente como por subpoblación. En África Oriental y Meridional, que son las regiones más afectadas por el VIH, un firme liderazgo mundial y una combinación de fuertes inversiones nacionales y por los donantes han hecho que desde 2010 el número de muertes relacionadas con el sida haya disminuido en un 44 % y que las nuevas infecciones por el VIH se hayan reducido en un 28 %. No obstante, el número de infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida sigue aumentando en algunas regiones. Desde 2010, por ejemplo, el número anual de nuevas infecciones por el VIH ha aumentado en Europa Oriental y Asia Central (29 %), el Oriente Medio y África Septentrional (10 %) y América Latina (7 %).

II. Lagunas y dificultades

La desigualdad está limitando los progresos

7. La desigualdad ocupa el centro de las disparidades en los progresos. Las lagunas en la prestación de un conjunto amplio de servicios suelen ser mayores para las personas más necesitadas. Esas lagunas se deben a la incapacidad colectiva de situar los derechos humanos en el centro de la lucha contra el VIH.

Mujeres y niñas

8. Las mujeres en entornos de alta prevalencia (especialmente las adolescentes y las jóvenes), las mujeres de grupos de población clave (mujeres que se inyectan drogas, trabajadoras sexuales, mujeres transgénero y reclusas), las parejas sexuales femeninas de los hombres en grupos de población clave, y las mujeres y niñas en situaciones humanitarias o en movimiento, siguen corriendo un riesgo especial de contraer el VIH.

9. Los desequilibrios de poder entre los géneros alimentan la epidemia y se manifiestan en todas las facetas de la respuesta al sida. Socavan la capacidad de las mujeres para decidir cómo, cuándo y con quién mantener relaciones sexuales o negociar para tener relaciones sexuales protegidas. Determinan el uso que hacen las mujeres de los servicios relacionados con el VIH y otros servicios de salud y restringen sus posibilidades de llevar una vida libre de violencia y otras violaciones de los derechos humanos.

10. Las mujeres y las niñas siguen soportando una carga desproporcionada de la epidemia del VIH. A nivel mundial, las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) enfrentan el doble de probabilidades de vivir con el VIH que los hombres de la misma edad, mientras que 6.000 niñas adolescentes y mujeres jóvenes se infectaron con el VIH cada semana en 2018. En África Subsahariana, por ejemplo, las mujeres jóvenes (de 10 a 19 años) representaron el 12 % de las nuevas infecciones por el VIH en 2018, a pesar de que constituían solo el 5 % de la población. El sida sigue siendo la principal causa de muerte entre las mujeres en edad de procrear en todo el mundo.

11. El acceso limitado de las mujeres y las adolescentes a la educación sexual integral y a los servicios de salud sexual y reproductiva compromete gravemente su capacidad para proteger su salud y mejorar su bienestar. Es posible que, en términos culturales, se espere, o que legalmente se exija, que pidan permiso a su esposo u otros miembros de la familia para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva o para hacerse la prueba de detección del VIH. Incluso en ausencia de barreras legales, pueden no tener el conocimiento que necesitan para acceder a esos servicios o para negociar prácticas sexuales más seguras con sus parejas.

12. La violencia por razón de género aumenta el riesgo de contraer el VIH y constituye una importante barrera para los servicios. Las pruebas obtenidas en lugares de alta prevalencia del VIH en África Subsahariana muestran que la violencia en la pareja aumenta la susceptibilidad al VIH y que la violencia, o el temor a la violencia, redundan en un menor acceso al tratamiento, menores tasas de adhesión al tratamiento y menores tasas de supresión vírica entre las mujeres y las niñas^{4, 5}.

13. Pruebas obtenidas recientemente de un ensayo de anticonceptivos en Eswatini, Kenya, Sudáfrica y Zambia ponen de relieve la necesidad permanente de adoptar enfoques de prevención centrados en la mujer que combinen intervenciones biomédicas, sociales y económicas. A pesar de tener acceso regular a servicios de salud que incluían opciones de prevención del VIH, entre las mujeres que participaron en el ensayo era muy elevada la incidencia del VIH (entre el 3,4 % y el 4,2 %) y la incidencia entre las mujeres menores de 25 años era aún mayor⁶. Esos datos ponen de relieve la necesidad de abordar la dinámica de género subyacente que dificulta que las mujeres eviten contraer la infección por el VIH, así como de fortalecer la prestación de servicios integrados, en particular los servicios relacionados con el VIH y los servicios de planificación familiar y anticoncepción.

14. La discriminación contra las mujeres y las niñas en los sistemas educativos y los mercados laborales crea una inseguridad económica y social que socava la

⁴ Ying Li y otros, "Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17, núm. 1 (enero de 2014).

⁵ Abigail M. Hatcher y otros, "Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis", *AIDS*, vol. 29, núm. 16 (octubre de 2015).

⁶ Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes Trial Consortium, "HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomized, multicentre, open-label trial", *The Lancet*, vol. 394, núm. 10195 (julio de 2019).

capacidad de acción de las mujeres y aumenta su riesgo de contraer el VIH⁷. En muchos países, las niñas tienen menos probabilidades de terminar la enseñanza secundaria que los niños y la calidad de su educación se resiente debido a la discriminación en las escuelas. También las mujeres están excesivamente representadas en los sectores no estructurados y no regulados de la economía. Esas desigualdades se ven agravadas por la carga que suponen los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados, la desigualdad de los derechos de propiedad y de sucesión y la limitada autonomía financiera que conforman la vida de las mujeres y las niñas en todo el mundo.

15. Las estrategias de supervivencia para las mujeres que viven en la pobreza y las mujeres que se enfrentan a oportunidades de subsistencia limitadas también aumentan el riesgo de contraer el VIH. Se ha podido establecer un nexo entre las carencias económicas y el acceso insuficiente a alimentos nutritivos, por un lado, y, por el otro, tasas más altas de comportamientos sexuales de riesgo entre las mujeres, incluido el sexo transaccional y el sexo sin protección con hombres que no son sus parejas principales⁸. El hambre y la inseguridad alimentaria también se han convertido en obstáculos para iniciar y seguir la terapia antirretrovírica^{9, 10}.

16. Las leyes punitivas y discriminatorias también suelen estar dirigidas a las mujeres y a las personas que no se adhieren a las convenciones vigentes en materia de sexo, sexualidad y género. Algunas leyes limitan las opciones sexuales y reproductivas de las mujeres y frenan la acción de las mujeres que viven con el VIH. Otras leyes penalizan a las personas por su identidad sexual o expresión de género, por la venta de servicios sexuales, por el uso de drogas ilegales, por la transmisión del VIH o por no revelar su condición de seropositivas. Esas leyes y políticas, y la estigmatización y discriminación que fomentan, impiden que las personas utilicen los servicios que necesitan para proteger su salud y su bienestar¹¹.

Los hombres y los jóvenes

17. Las lagunas en el conocimiento de la situación serológica en relación con el VIH y la cobertura del tratamiento son mayores entre los hombres y los jóvenes que viven con el VIH. La existencia de normas de género nocivas, los comportamientos negativos en materia de atención sanitaria y la interacción relativamente menos frecuente de los hombres con el sistema de salud en comparación con las mujeres hacen que los hombres experimenten períodos de tiempo más largos entre la infección y el diagnóstico, el inicio más tardío del tratamiento y tasas más bajas de supresión vírica (véase la figura IV). Esto, a su vez, conduce a resultados clínicos más deficientes y a una mayor probabilidad de muerte por causas relacionadas con el sida en los hombres, así como a un mayor riesgo de infección por el VIH en las mujeres.

18. En África Occidental y Central, solo el 30 % [19-42 %] de los hombres adultos (de 15 años o más) que viven con el VIH vieron suprimida su carga vírica en 2018, y lo mismo ocurre con solo el 50 % [42-59 %] de los hombres adultos de África Oriental y Meridional. Se necesitan esfuerzos especiales para hacer frente a las barreras a que

⁷ ONUSIDA, *Transactional Sex and HIV Risk: from Analysis to Action* (Ginebra, ONUSIDA y STRIVE, 2018).

⁸ Sophie J. S. Pascoe y otros, "Poverty, food insufficiency and HIV infection and sexual behaviour among young rural Zimbabwean women", *Plos One*, vol. 10, núm. 1 (2015).

⁹ Sheri D. Weiser y otros, "Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland", *Plos Medicine*, vol. 4, núm. 10 (octubre de 2007).

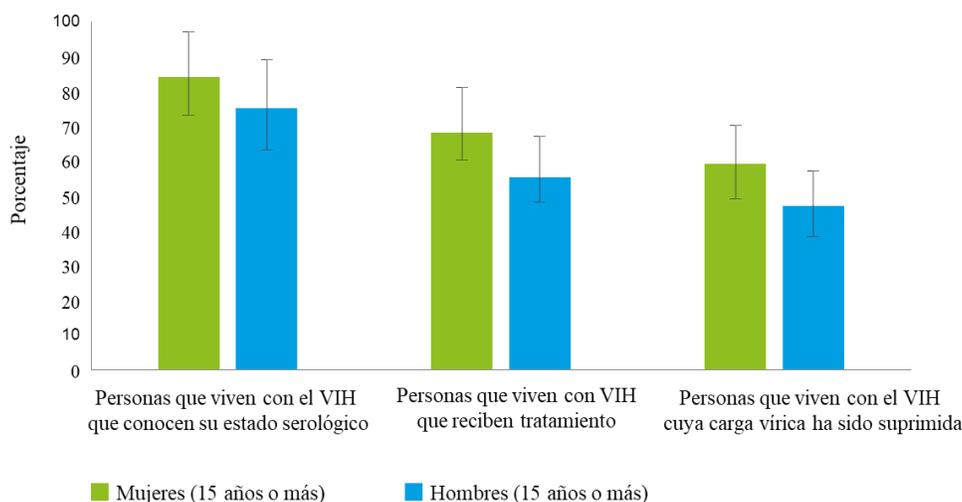
¹⁰ Elisabeth Chop y otros, "Food insecurity, sexual risk behaviour, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review", *Health Care for Women International*, vol. 38, núm. 9 (2017).

¹¹ ONUSIDA, *We've Got the Power: Women, Adolescent Girls and the HIV Response* (Ginebra, 2020).

se enfrentan los hombres que viven con el VIH para conocer su estado serológico y suprimir su carga vírica, tanto para su propia salud como para prevenir la transmisión del VIH a sus parejas sexuales.

Figura IV

Pruebas de detección del VIH y secuencia de atención del VIH entre los adultos de 15 años o más, por sexo, a nivel mundial, 2018



Fuente: Análisis especial del ONUSIDA, 2019.

19. El conocimiento de los jóvenes sobre el VIH es alarmantemente bajo en muchas regiones. En los países que disponen de datos de encuestas recientes, solo el 23 % de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) y el 29 % de los hombres jóvenes (de 15 a 24 años) tienen conocimientos amplios y adecuados sobre el VIH. Las restricciones legales relacionadas con la edad niegan a muchos adolescentes el acceso a una educación sexual integral y a servicios adaptados a los jóvenes que puedan ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su sexualidad, sus relaciones y su salud. Incluso cuando la educación sexual está al alcance de los jóvenes, a menudo comienza demasiado tarde, excluye temas de aprendizaje clave o es impartida por maestros que no han recibido una formación y un apoyo suficientes.

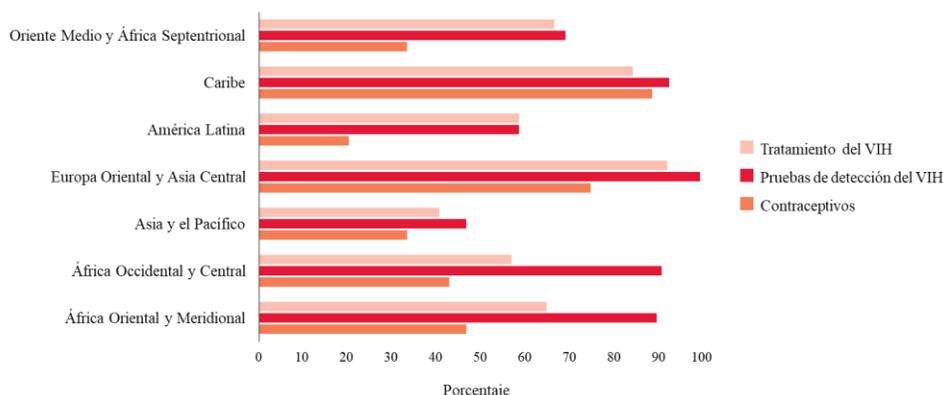
20. Las leyes sobre el consentimiento de los padres, así como la penalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes, agravan aún más el estigma y los riesgos para la salud a los que se enfrentan los adolescentes y los jóvenes. Una gran proporción de países, en todas las regiones, restringen el acceso de los adolescentes a las pruebas de detección y el tratamiento del VIH. En 2019, en 105 de 142 países, los adolescentes menores de 18 años necesitaban el consentimiento explícito de sus padres para someterse a una prueba de detección del VIH, y en 86 de 138 países que presentaron informes, necesitaban dicho consentimiento para acceder al tratamiento y la atención en relación con el VIH (véase la figura V)¹². En África Oriental y Meridional, el conocimiento del estado serológico entre los jóvenes que viven con el VIH es muy inferior al de los adultos: el 66 % [62-71 %] de las mujeres jóvenes seropositivas (de 15 a 24 años) y el 50 % [46-54 %] de los hombres jóvenes seropositivos (de 15 a 24 años) conocen su estado serológico, en comparación con el 82 % [71-93 %] de los

¹² En 58 países existían restricciones al consentimiento para los adolescentes menores de 16 años; en 47 países existían restricciones al consentimiento para los adolescentes menor de 18 años.

hombres seropositivos (de 15 años o más) y el 88 % [78->95 %] de las mujeres seropositivas (de 15 años o más). En 2019, Namibia y la República Unida de Tanzania redujeron la edad de acceso a las pruebas de detección del VIH sin el consentimiento de los padres a 14 y 15 años de edad, respectivamente^{13, 14}.

Figura V

Porcentaje de países que presentan informes en los que existen leyes que exigen el consentimiento de los padres o tutores para que los adolescentes tengan acceso a anticonceptivos, pruebas de detección del VIH y tratamiento del VIH, por regiones, 2017-2019



Fuente: Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales del ONUSIDA, 2017-2019, y otras fuentes. Para más información, véase la publicación del ONUSIDA “Power to the people”.

Grupos de población clave

21. En todo el mundo hay grupos de población clave que corren un alto riesgo de infección por el VIH, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, los reclusos, los transgénero y los hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. La lentitud de los progresos en la prestación de servicios a los grupos de población clave ha dado lugar a que la distribución mundial de nuevas infecciones por el VIH supere un umbral notable. Las estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA para 2018 muestran que el 54 % de las infecciones mundiales se produjeron entre miembros de grupos de población clave y sus parejas sexuales (véase la figura VI). Los hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres representaron más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en Europa Occidental y Central y en América del Norte, el 40 % en América Latina y el 30 % en Asia y el Pacífico. Se calcula que las personas que se inyectan drogas representan el 41 % de las nuevas infecciones por el VIH en Europa Oriental y Asia Central, y el 37 % de las nuevas infecciones por el VIH en el Oriente Medio y África Septentrional. Los trabajadores sexuales representaron el 14 % de las nuevas infecciones en África Occidental y Central. Las mujeres transgénero representaron el 5 % de las nuevas infecciones en el Caribe y el 4 % de las nuevas infecciones en América Latina, Europa Occidental y Central y América del Norte. Incluso en África Oriental y Meridional, región en que la transmisión del VIH tiene lugar predominantemente entre la población general, el 25 % de las nuevas infecciones se produjeron entre miembros de grupos de población clave y sus parejas sexuales.

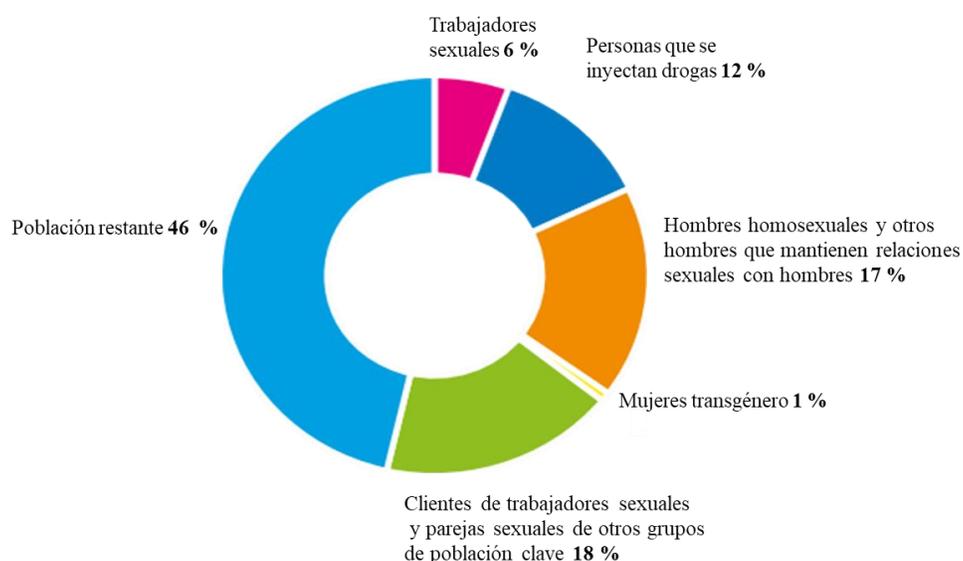
¹³ “14-year-olds can now consent to HIV testing”, *The Namibian*, 5 de marzo de 2019.

¹⁴ Xinhua, “Tanzania lowers HIV self-testing age to 15”, 13 de noviembre de 2019.

22. Una proporción cada vez mayor de las personas a las que no llegan los servicios de pruebas de detección y tratamiento del VIH pertenecen a grupos de población clave. Los datos de las encuestas muestran que, en promedio, a nivel mundial, más de un tercio de los trabajadores sexuales, los hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y los transgénero no conocen su estado serológico, y que esa proporción aumenta a aproximadamente la mitad entre las personas que se inyectan drogas¹⁵. Esos datos pueden subestimar la falta de conocimientos, ya que las encuestas sobre grupos de población clave suelen realizarse en zonas donde se dispone de servicios de pruebas de detección del VIH y, por lo tanto, no tienen en cuenta a las personas que carecen de acceso a las pruebas de detección.

Figura VI

Distribución de las nuevas infecciones por el VIH por grupo de población, a nivel mundial, 2018



Fuente: Análisis especial del ONUSIDA, 2019.

23. La falta de aplicación de lo que se sabe que da buenos resultados, como poner a disposición de todas las personas que se inyectan drogas amplias facilidades para reducir los perjuicios, sigue frenando los progresos. De manera análoga, la penalización, la actuación policial agresiva, el acoso, la violencia y los múltiples niveles de estigmatización y discriminación también repercuten negativamente en los progresos, violan los derechos de grupos de población clave y los disuaden de acceder a los servicios que necesitan. Las leyes y políticas discriminatorias que restringen el movimiento de las personas que viven con el VIH o que están dirigidas a los comportamientos de grupos de población clave también ocasionan perjuicios considerables y dan lugar a la denegación de servicios relacionados con el VIH. Los efectos en la salud, el bienestar y la dignidad de las personas son perniciosos, especialmente en el contexto de la epidemia del VIH. Por ejemplo, los transgénero pueden ser objeto de discriminación en todas las esferas de la vida, incluida la educación y el empleo. Esa exclusión empuja a las personas hacia medios de vida y

¹⁵ ONUSIDA, *Global AIDS Monitoring 2019: Indicators for Monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS* (Ginebra, 2018), véase <https://aidsinfo.unaids.org/>.

comportamientos personales que pueden ser insalubres y peligrosos, lo que las expone a un alto riesgo de uso indebido de sustancias, violencia e infección por el VIH¹⁶.

Los niños y las niñas

24. Entre los niños y adolescentes que viven con el VIH generalmente son más bajas las tasas de diagnóstico del VIH, iniciación de terapia antirretrovírica y supresión viral que en otros grupos de edad. Casi la mitad (46 %) del total mundial de niños que viven con el VIH no reciben tratamiento y solo 12 países y territorios han recibido de la Organización Mundial de la Salud la validación de haber eliminado la transmisión materno-infantil del VIH.

25. En demasiados lactantes, el VIH se detecta solamente cuando presentan síntomas relacionados con el VIH, lo que compromete sus posibilidades de supervivencia y de una infancia sana. A nivel mundial, en 2018, solo el 59 % [48-78 %] de los niños expuestos al VIH se sometieron a la prueba antes de los dos meses de edad y se estima que 100.000 [64.000-160.000] niños (de 0 a 14 años de edad) murieron por causas relacionadas con el sida.

26. Un obstáculo importante es la necesidad de realizar pruebas virológicas a los lactantes expuestos al VIH, lo que suele requerir mucho tiempo y plantea dificultades logísticas. Se estima que más del 40 % de los resultados de las pruebas de detección entre los lactantes expuestos al VIH nunca son recibidos por el cuidador, lo que contribuye a una alta tasa de pérdida de seguimiento, a la escasa vinculación entre las pruebas y el tratamiento y a la alta mortalidad infantil¹⁷.

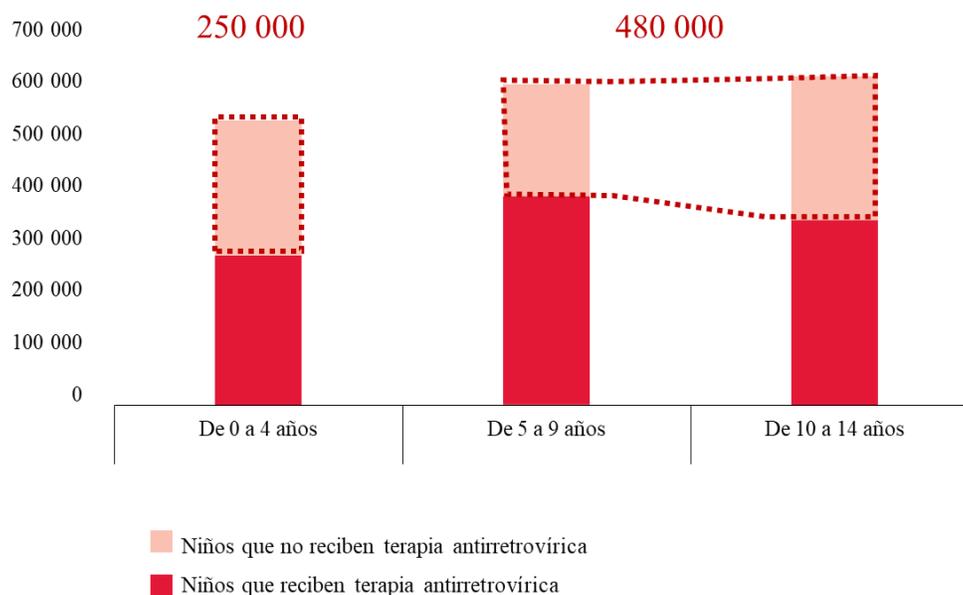
27. La cobertura de los diagnósticos precoces de lactantes en África Oriental y Meridional ha mejorado notablemente en los últimos años y ha alcanzado el 68 % [56-91 %] en 2018. Sin embargo, en África Occidental y Central, solo el 27 % [21-39 %] de los lactantes expuestos al VIH fueron sometidos a pruebas de detección de la infección por el VIH en las ocho semanas siguientes al nacimiento.

28. A medida que mejoran los esfuerzos por prevenir las infecciones verticales y realizar pruebas de detección a los lactantes expuestos al VIH, la brecha en el tratamiento pediátrico se ha desplazado a los niños mayores que viven con el VIH, cuya infección como bebés no fue detectada y que, sin embargo, sobrevivieron sin haber recibido tratamiento. En 2018 había 480.000 niños mayores (de 5 a 14 años) que vivían con el VIH y que no recibían terapia antirretroviral, en comparación con 250.000 lactantes y niños pequeños (de 0 a 4 años) (véase la figura VII).

¹⁶ ONUSIDA, *Power to the people* (Ginebra, 2019).

¹⁷ Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, "Point-of-care early infant HIV diagnosis: issue brief", junio de 2018.

Figura VII
Número de niños que viven con el VIH que reciben terapia antirretrovírica, por edad, a nivel mundial, 2018



Fuente: Estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA, 2019.

III. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida cataliza la acción

29. El establecimiento del ONUSIDA en 1994 fue una innovación radical en la colaboración interinstitucional durante una emergencia en materia de salud y desarrollo. Tras la aprobación por la Asamblea General de la resolución 72/279 sobre la reorientación del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo, en 2018, la secretaría del ONUSIDA y sus 11 organizaciones copatrocinadoras han tenido una activa participación en los procesos de reforma de las Naciones Unidas. El Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, por ejemplo, orienta los esfuerzos de abajo hacia arriba para ayudar a los equipos de las Naciones Unidas en los países a elaborar un análisis común de las epidemias de VIH en los países, la respuesta nacional y el apoyo de las Naciones Unidas a esa respuesta.

30. Uno de los principios centrales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es la promesa de no dejar a nadie atrás. El ONUSIDA sigue empeñándose en lograr que las personas, en particular las que viven con el VIH, los grupos de población clave y las personas en situación de vulnerabilidad o marginación sean el centro de la atención de sus esfuerzos y en adaptar sus respuestas a las necesidades y prioridades de los países.

31. En el septuagésimo quinto aniversario de las Naciones Unidas, el ONUSIDA, que es el mayor programa conjunto del sistema de las Naciones Unidas, sigue catalizando la acción para combatir la epidemia. La prestación de apoyo a los países para que alcancen el objetivo 90-90-90 es una prioridad para los equipos conjuntos de las Naciones Unidas de lucha contra el sida a nivel regional y nacional, al tiempo que las organizaciones copatrocinadoras y la secretaría colaboran a fin de que:

- a) Se elaboren, adopten y apliquen las políticas y directrices necesarias;

- b) Se diferencien y diversifiquen los modelos de prestación de servicios para responder mejor a las necesidades de los clientes;
- c) Se apliquen enfoques para llegar a las comunidades desatendidas;
- d) Se adopten medidas para eliminar la estigmatización y la discriminación en los centros de atención de la salud;
- e) Exista espacio para que las comunidades y la sociedad civil participen en la labor normativa y programática, vinculen a las personas a los servicios y apoyen la retención.

32. El ONUSIDA colaboró con 28 países prioritarios para poner plenamente en marcha la Coalición Mundial para la Prevención del VIH y aplicar la hoja de ruta para la prevención del VIH en 2020. La Coalición está transformando las respuestas nacionales de prevención del VIH para alinearlas de manera más coherente con los cinco pilares prioritarios de la prevención del VIH en los países con alta prevalencia del VIH y, en los países con epidemias concentradas, para centrarlas en los grupos de población clave.

33. Los equipos conjuntos también centran su atención en la aceleración de los progresos hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y el logro de las metas de tratamiento pediátrico. El apoyo que prestan a los países les permite a estos examinar los programas, elaborar hojas de ruta e intensificar las medidas para lograr la eliminación.

34. En lo que respecta a la crucial dimensión de género de la epidemia del VIH, los equipos conjuntos están apoyando los esfuerzos por integrar los avances científicos y los nuevos conocimientos para asegurar un enfoque del VIH que tenga en cuenta el género y por mejorar la comprensión y la prevención de la violencia de género y la respuesta a ella. Por ejemplo, el instrumento de evaluación de las cuestiones de género, que se introdujo por primera vez en 2014, se ha actualizado para reflejar los compromisos contraídos en 2016 en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: En la Vía Rápida para Acelerar la Lucha contra el VIH y Poner Fin a la Epidemia del Sida para 2030, e integrar los avances y los nuevos datos científicos (véase la resolución 70/266, anexo).

35. El compromiso y el empoderamiento de los jóvenes siguen siendo un aspecto fundamental para el ONUSIDA, que está prestando apoyo a los jóvenes en la aplicación de sistemas de calificación dirigidos por los jóvenes para hacer el seguimiento de los progresos realizados en la consecución de los objetivos de la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016.

36. La eliminación del estigma y la discriminación sigue siendo un componente importante de la labor del ONUSIDA. En 2018 se puso en marcha la Alianza Mundial de Acciones tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación relacionadas con el VIH, copatrocinada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU-Mujeres), la secretaría del ONUSIDA y la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH. La Alianza está dando prioridad a la adopción de medidas en seis ámbitos (atención de la salud, educación, lugar de trabajo, ámbito jurídico y judicial, familia y comunidad, y situaciones de emergencia y humanitarias) y desplazando el centro de su atención a los países mediante el establecimiento de vínculos con la iniciativa de 20 países Breaking Down Barriers del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo.

37. Los equipos conjuntos también están facilitando la formación de alianzas y apoyándolas para movilizar y utilizar eficazmente los recursos del Fondo Mundial

y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y las transiciones a fuentes de financiación más sostenibles para las respuestas al sida.

IV. El camino a seguir

38. Se necesita una década de acción para lograr los objetivos de la Agenda 2030. Como parte de ese esfuerzo concertado, se requiere un enfoque centrado en el ser humano para alcanzar las metas enunciadas en la resolución 70/266, establecer un programa común para la siguiente fase de la respuesta a la enfermedad y poner fin a la epidemia para 2030¹⁸. Para tener éxito es imprescindible abordar la desigualdad tanto en el acceso como en los resultados y maximizar las sinergias con los esfuerzos por lograr la cobertura sanitaria universal y otras metas y objetivos de desarrollo sostenible.

39. Es probable que la crisis de la COVID-19 tenga un efecto profundo y negativo en los esfuerzos en favor del desarrollo sostenible. Si bien está emergiendo una comprensión de las interacciones entre el VIH, las inmunodeficiencias relacionadas con el VIH y la COVID-19, existen preocupaciones sobre el bienestar de las personas que viven con el VIH y de grupos de población clave, incluso con respecto a la posibilidad de una grave interrupción de los servicios de prevención, pruebas de detección y tratamiento del VIH. Hay que tener plenamente en cuenta los efectos diferenciados en distintos segmentos de la población, a fin de no desatender a los segmentos desfavorecidos en todas las sociedades ni dejar de adherirse a las más altas normas de derechos humanos. Deberá garantizarse el acceso universal a las vacunas y el tratamiento, con pleno respeto de los derechos humanos, sobre la base de la igualdad de género y sin estigmatización.

Abordar las desigualdades de género en un año decisivo para los derechos de la mujer

40. El empoderamiento de las mujeres y las niñas y el ejercicio de sus derechos humanos es fundamental para crear sociedades más justas, equitativas y prósperas. No será posible poner fin a la epidemia del sida mientras se niegue a las mujeres y niñas el control de sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos.

41. En 1995, en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, los Estados Miembros prometieron crear y mantener un entorno jurídico no discriminatorio y sensible a las cuestiones de género, eliminar las lagunas legislativas que dejan a las mujeres y las niñas sin la protección de sus derechos y garantizar un recurso eficaz contra la discriminación por motivos de género. No obstante, las leyes discriminatorias siguen afectando a unos 2.500 millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Las personas transgénero también están penalizadas en por lo menos 19 países¹⁹. Ahora que en todo el mundo se celebra el vigésimo quinto aniversario de la aprobación de la Declaración de Beijing, es necesario renovar el énfasis en la aceleración de la reforma jurídica y de la aplicación de la ley, así como en los derechos humanos y los conocimientos jurídicos básicos de todas las mujeres.

42. Hay que poner freno a las desigualdades entre los géneros y los desequilibrios de poder, que tienen sus raíces en normas sociales y masculinidades perjudiciales. Se necesitan cambios sísmicos en los planos jurídico, normativo, institucional y social para promover la igualdad entre los géneros y los derechos humanos y poner fin a

¹⁸ Se ha definido la eliminación de la amenaza para la salud pública que entraña la pandemia como la reducción en un 90 % de las nuevas infecciones por el VIH y de las muertes relacionadas con el sida en comparación con la línea de base de 2010.

¹⁹ ONUSIDA, *We've Got the Power*.

todas las formas de estigmatización y discriminación, así como a la penalización de grupos de población clave.

43. El acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos centrados en la mujer, incluida una mejor integración de las opciones de prevención, pruebas de detección y tratamiento del VIH y las infecciones de transmisión sexual en los servicios de anticoncepción, es especialmente necesario para mujeres y adolescentes en entornos de alta prevalencia, mujeres de grupos de población clave (trabajadoras sexuales, mujeres transgénero, mujeres que se inyectan drogas y reclusas) y las parejas femeninas de los miembros de grupos de población clave en todos los entornos.

44. La educación y la independencia económica empoderan a las mujeres y las protegen contra el VIH. Se ha demostrado que permanecer en la escuela reduce el riesgo de la infección por el VIH²⁰. El suministro de incentivos en efectivo a los jóvenes, especialmente a las niñas, para que permanezcan más tiempo en la escuela y obtengan mejores resultados en sus estudios aumenta la asistencia y mejora el rendimiento escolar, la salud, la nutrición (especialmente en el caso de los niños) y el empoderamiento, promueve un comportamiento sexual más seguro, retrasa el inicio de la actividad sexual y reduce el número de embarazos y matrimonios precoces en la adolescencia y los niveles de pobreza monetaria²¹. Según un estudio de tres años de duración realizado en Eswatini se pudo determinar que la probabilidad de ser seropositivo era un 25 % menor para quienes recibían incentivos financieros para permanecer en la escuela que para quienes no los recibían^{22, 23}. Entre los participantes que recibieron incentivos financieros y participaron en una rifa si permanecían libres de infecciones de transmisión sexual había un 38 % menos de probabilidades de contraer el VIH²⁴.

45. Poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas es un aspecto clave del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 sobre la igualdad entre los géneros. La adopción y aplicación de políticas y leyes de tolerancia cero es importante para reducir la violencia por razón de género, al igual que las intervenciones sociales sostenidas que confrontan y reforman las normas y relaciones que propician ese tipo de violencia.

46. Las intervenciones conductuales transformadoras y basadas en la comunidad para prevenir la violencia en la pareja y reducir el riesgo de VIH han tenido éxito, especialmente en África Meridional²⁵. Los análisis de esas intervenciones muestran que la participación significativa tanto de las mujeres como de los hombres jóvenes,

²⁰ Jan-Walter De Neve y otros, "Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment", *The Lancet: Global Health*, vol. 3, núm. 8 (agosto de 2015).

²¹ Francesca Bastagli y otros, *Cash Transfers: What Does the Evidence Say - A Rigorous Review of Programme Impact and the Role of Design and Implementation Features* (Londres, Overseas Development Institute, 2016).

²² Ebenezer Owusu-Addo y Ruth Cross, "The impact of conditional cash transfers on child health in low and middle-income countries: a systematic review", *International Journal of Public Health*, vol. 59, núm. 4 (agosto de 2014).

²³ Catherine Arnold, Tim Conway y Matthew Greenslade, *Cash Transfers: Evidence Paper - Policy Division 2011* (Londres, Departamento de Desarrollo Internacional, 2011).

²⁴ M. Gorgens y otros, "Sitakhela Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (CRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini", en International AIDS Society, *IAS 2019: Abstract Book* (2019).

²⁵ Andrew Gibbs, Jessica Jacobson y Alice Kerr Wilson, "A global comprehensive review of economic interventions to prevent intimate partner violence and HIV risk behaviours", *Global Health Action*, vol. 10, supp. núm. 2 (2017).

y la debida atención a las condiciones sociales y estructurales más amplias, son fundamentales para el éxito^{26, 27, 28}.

47. La profilaxis previa a la exposición se está convirtiendo en una opción de prevención que empodera a las mujeres y niñas que corren un alto riesgo de infección por el VIH. Los países de África Subsahariana han comenzado a aplicar la profilaxis anterior a la exposición a esas mujeres. La experiencia demuestra que el estigma y las ideas erróneas a nivel de las comunidades, como cuando se asocia el uso de la profilaxis anterior a la exposición con la promiscuidad sexual, pueden socavar la introducción de esa profilaxis especialmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes²⁹. Por el contrario, la aceptación es alta cuando se proporciona a las mujeres y las niñas información precisa sobre la profilaxis anterior a la exposición, incluidas explicaciones convincentes de sus beneficios, y cuando dicha profilaxis se enmarca como un método de prevención que empodera y una decisión positiva para la vida^{30, 31, 32}.

48. Otro aspecto importante es promover la participación de los hombres y los niños en el apoyo, la promoción y el respeto de la igualdad entre los géneros, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y la adopción de decisiones, y en el rechazo de la violencia por razón de género.

Empoderamiento de la juventud

49. La educación sexual integral sienta las bases para empoderar a los jóvenes, especialmente a las adolescentes y las mujeres jóvenes, y las de otros grupos de población clave y comunidades vulnerables, y es un componente importante de la prevención del VIH, al proporcionar a esas personas una comprensión de sus derechos en materia de salud y permitirles tomar decisiones informadas para tener una vida segura, productiva y satisfactoria y disfrutar de relaciones mutuamente respetuosas.

50. La educación sexual integral también puede colmar las persistentes lagunas de conocimientos sobre el VIH y conducir a mejores resultados sanitarios. También es necesario adoptar medidas urgentes para prevenir la violencia contra los niños y adolescentes y apoyar a los supervivientes de la violencia, basándose en lo probadamente eficaz.

51. Es fundamental proporcionar acceso a servicios adaptados a las necesidades de los adolescentes para hacerse pruebas de detección y recibir tratamiento contra el VIH, que abarquen la prestación de apoyo social para ayudar a los adolescentes a tomar decisiones informadas sobre su atención y para abordar cuestiones difíciles,

²⁶ Eleanor Maticka-Tyndale y Jessica Penwell Barnett, "Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review", *Evaluation and Program Planning*, vol. 33, núm. 2 (mayo de 2010).

²⁷ Sandra I. McCoy, Rugare A. Kangwende y Nancy S. Padian, "Behavior change interventions to prevent HIV infection among women living in low and middle-income countries: a systematic review", *AIDS and Behavior*, vol. 14, núm. 3 (junio de 2010).

²⁸ Jenevieve Mannell y otros, "Why interventions to prevent intimate partner violence and HIV have failed young women in southern Africa", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, núm. 8 (agosto de 2019).

²⁹ K. Ortblad y otros, "PrEP users perceive high community-level PrEP stigma in Kenya", en *International AIDS Society, IAS 2019: Abstract Book* (2019).

³⁰ Daisy Maria Machado, Alexandre Machado de Sant'Anna Carvalho y Rachel Riera, "Adolescent preexposure prophylaxis for HIV prevention: current perspectives", *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 8 (2017).

³¹ Connie L. Celum y otros, "HIV preexposure prophylaxis for adolescent girls and young women in Africa: from efficacy trials to delivery", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, supp. núm 4 (julio de 2019).

³² Connie L. Celum y otros, "Adherence 3 months after PrEP initiation among young African women" in , poster presented at the 2019 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, Washington, marzo de 2019.

como la divulgación y la presión grupal. Las pruebas de un estudio realizado en Sudáfrica demuestran que la combinación de intervenciones a diversos niveles mejora la adhesión al tratamiento entre los adolescentes. El incumplimiento del régimen de la terapia antirretrovírica rondaba el 18 % en el caso de los adolescentes (de 10 a 19 años de edad) que vivían con el VIH y que recibían asistencia de seguridad alimentaria, apoyo de los padres o cuidadores y asistían a un grupo de apoyo para el VIH, en comparación con el 54 % en el caso de los adolescentes que no tenían ninguna de esas protecciones sociales³³.

52. La eliminación de las barreras de la edad de consentimiento también amplía la cobertura de los servicios. El número de pruebas de detección del VIH en niñas de 15 a 18 años de edad es casi un 50 % más alto en los países en los que la edad de consentimiento es de menos de 15 años que en los países en los que la edad de consentimiento es de más de 16 años³⁴.

Llegar a las personas más necesitadas y obtener resultados transformadores mediante enfoques amplios, multisectoriales y dirigidos por la comunidad

53. La experiencia ha demostrado que la prestación de servicios adaptados por y para los grupos de población clave y otras poblaciones afectadas, apoyados por cambios estructurales que mejoren la protección de los derechos humanos, la igualdad entre los géneros y las condiciones socioeconómicas, es una fórmula que da buenos resultados en todos los entornos geográficos, culturales y epidémicos.

54. Por lo tanto, para estar en condiciones de lograr una reducción del 90 % de las infecciones por el VIH para 2030 es necesario que las combinaciones de opciones de prevención estén disponibles y sean accesibles de maneras que se adapten a las diferentes necesidades y realidades de las personas que corren mayor riesgo de infección en diferentes entornos de todo el mundo. La oferta de una gama de opciones de pruebas de detección del VIH, que incluyen el diagnóstico temprano del lactante en el punto de atención, la autoprueba de detección, las pruebas de detección a nivel de comunidades y las pruebas de detección en casos índice, da lugar a un diagnóstico más temprano, al inicio del tratamiento y a la supresión del virus, que son importantes tanto para la salud de las personas que viven con el VIH como para los esfuerzos por prevenir la propagación del virus.

55. La participación significativa y el empoderamiento de las comunidades es un paso crucial. Entre los hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, el apoyo dirigido por las comunidades ha demostrado ser muy eficaz para promover el sexo seguro, popularizar el uso de la profilaxis anterior a la exposición, promover su uso, aumentar las tasas de pruebas de detección del VIH y las infecciones de transmisión sexual y apoyar la adhesión al tratamiento³⁵. Los datos también indican que es menos probable que los adolescentes abandonen la atención cuando reciben apoyo de sus pares³⁶; en África Oriental y

³³ Lucie Cluver y otros, "Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa?", *AIDS Care*, vol. 28, supp. núm. 2 (2016).

³⁴ Britt McKinnon y Ashley Vander Morris, "National age of consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity source-matched study", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 97, núm. 1 (enero de 2019).

³⁵ James Stannah y otros, "HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis", *The Lancet: HIV*, vol. 6, núm. 11 (noviembre de 2019).

³⁶ Syliva Shangani y otros, "Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis", *AIDS Care*, vol. 29, núm. 8 (2017).

Meridional, entre los adolescentes que recibían apoyo de sus pares las tasas de supresión vírica eran siete veces más altas que la tasa media regional³⁷.

56. Además de desempeñar un papel fundamental en la prestación de servicios, las organizaciones comunitarias están a la vanguardia de los esfuerzos por modificar las leyes que penalizan a grupos de población clave y discriminan a las personas que viven con el VIH. Esas organizaciones son los ojos y los oídos de la respuesta al sida y desempeñan un papel fundamental haciendo rendir cuentas a los responsables de la adopción de decisiones y exigiendo un liderazgo político.

Maximizar el impacto de las inversiones en la respuesta al VIH

57. Desde los primeros años de la respuesta al sida, una poderosa combinación de activismo de la sociedad civil y liderazgo político ha movilizad o niveles de recursos financieros sin precedentes para un problema de salud pública: entre 2000 y 2018, sólo en África Subsahariana se invirtieron un total de 168.000 millones de dólares (sin ajustar a la inflación) en la respuesta al sida.

58. Esas inversiones han hecho mucho más que prevenir las infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida. La respuesta al sida ha permitido avanzar en cuestiones como el derecho a la salud, la igualdad entre los géneros y la protección social, así como abordar las normas sociales, la exclusión social y los obstáculos jurídicos a la salud y el desarrollo. La financiación de la lucha contra el VIH también ha contribuido al fortalecimiento de los sistemas de salud más amplios en muchos países mediante la capacitación de los trabajadores sanitarios, el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria y de laboratorio, la mejora de los sistemas de gestión de las adquisiciones y la cadena de suministro y la creación de respuestas comunitarias más sólidas, entre otras cosas mediante la movilización de los trabajadores sanitarios de la comunidad, el cambio de tareas y la promoción de una prestación de servicios más integrada y centrada en las personas³⁸.

59. En Zambia, por ejemplo, una subvención para la lucha contra el VIH del Fondo Mundial ha apoyado la integración de los servicios relacionados con el cáncer cervicouterino y el VIH, lo que ha permitido ampliar el acceso y la cobertura de los exámenes, la detección temprana y el tratamiento de las lesiones precancerosas. El Fondo Mundial alienta a los países a que aborden las deficiencias generales de los sistemas de salud y creen sistemas resistentes y sostenibles para la salud en el contexto de sus solicitudes de subvenciones centradas en la erradicación del VIH, la tuberculosis y la malaria³⁹. Según una evaluación independiente, se han gastado 5.800 millones de dólares en financiación con arreglo al nuevo modelo de financiación del Fondo Mundial introducido en 2014 en sistemas resistentes y sostenibles para la salud, lo que equivale al 27 % de la inversión total del Fondo Mundial, que asciende a 21.400 millones de dólares⁴⁰.

60. El PEPFAR, que es, con mucho, el mayor proveedor bilateral de financiación para las respuestas al sida en los países de ingresos bajos y medianos, ha invertido más de 10.000 millones de dólares en el fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos 393 millones de dólares en 2019 en una serie de actividades, como el apoyo

³⁷ D. Mark y otros, "The power of peers: multi-country analysis of adolescent viral suppression in sub-Saharan Africa", 2018.

³⁸ John Palen and others, "PEPFAR, health system strengthening, and promoting sustainability and country ownership", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 60, supp. núm. 3 (agosto de 2012).

³⁹ Fondo Mundial, "Building resilient and sustainable systems for health: information note", 23 de agosto de 2019.

⁴⁰ Fondo Mundial, "Technical Evaluation Reference Group: position paper – thematic review on resilient and sustainable systems for health", julio de 2019.

a los sistemas y el uso de datos y el fortalecimiento de los sistemas de gestión de laboratorios y de la cadena de suministro⁴¹. Esas inversiones del Fondo Mundial y del PEPFAR aceleran las respuestas al sida y los progresos realizados hacia la cobertura sanitaria universal, además de ayudar a los países a prepararse para las nuevas amenazas a la seguridad sanitaria mundial.

61. No obstante, las inversiones internacionales y nacionales en la respuesta al sida no están a la altura de los compromisos mundiales. En 2016, la Asamblea General acordó una expansión constante de la inversión en las respuestas al sida de los países de ingresos bajos y medianos, que se incrementará hasta alcanzar al menos 26.000 millones de dólares en 2020, que es la cantidad necesaria para lograr las metas acordadas en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida. El aumento de la disponibilidad de recursos financieros para las respuestas al sida entre 2016 y 2017 era una señal de que el mundo estaba cumpliendo su compromiso. Lamentablemente, en 2018 las inversiones en los países de ingresos bajos y medianos se redujeron en 900 millones de dólares hasta llegar a 19.000 millones de dólares (en dólares constantes de 2016) (véase la figura VIII).

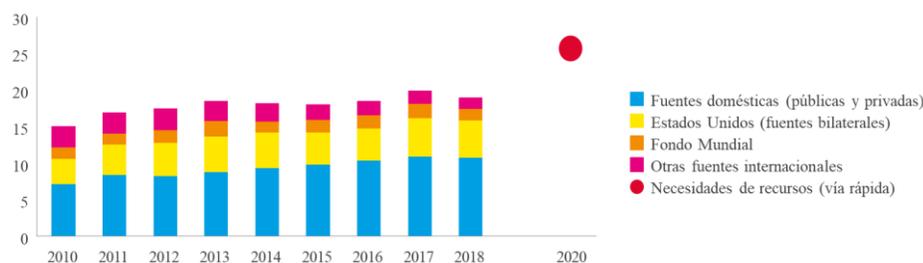
62. También se necesitan esfuerzos adicionales para lograr mejores efectos mediante una mayor eficiencia, innovación e integración. Se han hecho progresos notables en algunos países, pero con demasiada frecuencia los esfuerzos siguen siendo episódicos.

63. Los progresos realizados en la lucha contra la epidemia pueden seguirse de cerca en función de la cantidad invertida en las respuestas nacionales al sida y de su eficacia. Cuando se dispone de fondos y se utilizan eficazmente, los buenos resultados son evidentes. Por ejemplo, en África Oriental y Meridional, donde los gastos por persona que vive con el VIH se han incluido en las estimaciones de las necesidades de recursos de la región para 2020, las reducciones de las infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida han sido más rápidas que en otras regiones.

Figura VIII

Disponibilidad de recursos para lucha contra el VIH en los países de ingresos bajos y medianos, en dólares de los EE. UU. a valores constantes de 2016, por fuente de financiación, 2000-2018 y meta para 2020

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



Fuente: Estimaciones de la disponibilidad y las necesidades de recursos del ONUSIDA, 2019.

⁴¹ Datos proporcionados al ONUSIDA por el PEPFAR el 19 de febrero de 2020.

64. Los alentadores compromisos internacionales contraídos durante la reposición del Fondo Mundial para su ciclo de financiación de 2020-2022 y la prórroga del PEPFAR hasta por lo menos 2023 permiten abrigar la esperanza de que se puedan volver a encauzar las inversiones en materia de VIH. Sin embargo, esos recursos son insuficientes. Si no se dedican los recursos nacionales e internacionales necesarios para alcanzar las metas de 2020 establecidas por la Asamblea General, se pondrán en grave peligro los esfuerzos por poner fin a la epidemia de sida a más tardar en 2030.

Preparación de la siguiente fase de la respuesta al sida

65. La lucha mundial contra el VIH está lejos de haberse ganado: más de 13 millones de personas que viven con el VIH están a la espera de tratamiento y el número de nuevas infecciones por el VIH cada año es más de tres veces superior a la meta de menos de 500.000 para 2020. La comunidad internacional debe avanzar con renovada energía, uniéndose en torno a un programa claro para la próxima fase de la respuesta mundial al sida. En 2020, el ONUSIDA está trabajando con los Estados Miembros, la sociedad civil y otros asociados para examinar los progresos realizados, calcular las metas para 2025 y actualizar la estrategia mundial de respuesta al sida a fin de alcanzar esas metas.

66. A mediados de 2018 se puso en marcha un proceso de elaboración de metas para 2025 bajo la orientación de la Junta de Coordinación del ONUSIDA. Las consultas técnicas han producido resultados convincentes, incluidos análisis a fondo de lo que ha dado buenos resultados y lo que no.

67. También se ha prestado mayor atención a los esfuerzos por integrar la prestación de servicios relacionados con el VIH y otros servicios necesarios para cada población. Por ejemplo, la integración de los servicios relacionados con el VIH y con la salud y los derechos sexuales y reproductivos puede hacer que las adolescentes y las mujeres jóvenes lleguen de manera más eficiente a esos servicios, mientras que la integración de los servicios relacionados con el VIH y la tuberculosis es necesaria para muchas personas que viven con el VIH; por su parte, la integración de los servicios relacionados con el VIH y la terapia de sustitución de opiáceos ha demostrado que mejora las tasas de análisis y tratamiento del VIH entre las personas que se inyectan drogas.

68. Las nuevas metas para 2025 ayudarán a orientar a los países hacia enfoques centrados en las personas. Una estrategia revisada del ONUSIDA trazará el camino para alcanzar las metas correspondientes a 2025 y poner fin a la epidemia de sida a más tardar en 2030. El proceso de actualización de la estrategia se basará en datos y en consultas, en las que participarán los ministerios de salud, finanzas y género, los parlamentarios y la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH, que corren el riesgo de contraerlo y que están afectadas por él, los jóvenes, las organizaciones religiosas, los científicos y el sector privado.

V. Recomendaciones

69. Se formulan las siguientes recomendaciones a los Estados Miembros para ayudarlos a aprovechar los éxitos, abordar los problemas que frenan los progresos, alcanzar las metas para 2020 y establecer un programa para los próximos cinco años que oriente al mundo hacia la finalización de la epidemia de sida a más tardar en 2030 y contribuya al logro de la cobertura sanitaria universal y otras metas y objetivos de la Agenda 2030.

Recomendación 1: abordar la desigualdad que está en el centro de las disparidades en el progreso

70. Se insta a los Estados Miembros a que:

a) Aborden las profundas desigualdades que están frenando los progresos en la lucha contra el VIH, incluidas las normas de género que sean perjudiciales, la desigualdad económica y la discriminación en la atención de la salud, la educación, el lugar de trabajo, el ámbito jurídico y judicial, la familia y la comunidad y los entornos de emergencia y humanitarios;

b) Adopten estrategias de respuesta al VIH centradas en las personas, incluidos modelos diferenciados de prestación de servicios que ofrezcan combinaciones de alta calidad de opciones de prevención, pruebas de detección del VIH y terapia antirretrovírica a escala, de manera que se ajusten a las diferentes necesidades y realidades de las personas con mayor riesgo de infección y de las personas que viven con el VIH, y se alcancen niveles de cobertura acordes con las metas mundiales;

c) Velen por que todos los jóvenes, en particular las niñas, puedan permanecer en la escuela y que las escuelas ofrezcan una educación integral de alta calidad sobre los derechos en materia de salud en la que se incorporen las cuestiones de género y las relacionadas con la violencia;

d) Redoblen esfuerzos para establecer entornos jurídicos y normativos que eliminen la estigmatización y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y grupos de población clave y vulnerables y propicien que los servicios de salud y relacionados con el VIH lleguen a esas personas y grupos, eliminando las restricciones al acceso de los adolescentes a servicios esenciales de salud y relacionados con el VIH. La Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación ha explicado detalladamente las medidas que deben adoptarse para poner en práctica repuestas eficaces y sostenibles en materia de salud que sean coherentes con las obligaciones universales en materia de derechos humanos.

Recomendación 2: aprovechar las oportunidades que ofrece el vigésimo quinto aniversario de la aprobación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing para hacer frente a las desigualdades de género que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH

71. Se insta a los Estados Miembros a que:

a) Aprovechen el vigésimo quinto aniversario de la adopción de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing para promover la igualdad entre los géneros y asegurar que la plena comprensión de las dimensiones de género del VIH, así como de los factores sociales y las barreras que obstaculizan la salud de todas las mujeres y niñas, guíe los progresos y remodele las prácticas, políticas e instituciones. El mundo necesita un enfoque feminista del VIH que dé prioridad a la igualdad entre los géneros, fomente el empoderamiento de las mujeres y las niñas y transforme el programa de salud y desarrollo de las mujeres y las niñas y de todos los grupos de población clave;

b) Velen por que las mujeres y las niñas de todo el mundo puedan ejercer sus derechos y estén empoderadas para protegerse contra el VIH y que todas las mujeres y las niñas que viven con el VIH tengan acceso a servicios de análisis y tratamiento que respondan a sus necesidades. Los esfuerzos para prevenir la violencia de género deben comenzar pronto para que las niñas y los niños puedan cuestionar y desafiar las normas de género imperantes que justifican la violencia contra la mujer. Las intervenciones para prevenir la violencia en la pareja y el VIH también deben desarrollarse conjuntamente con los jóvenes y los hombres en un proceso de investigación, diseño y aplicación auténticamente participativo;

c) Aceleren la reforma y la aplicación de las leyes para defender los derechos humanos de la mujer, con el respaldo de una financiación adecuada y el fortalecimiento de las instituciones. La sensibilización, la movilización de la comunidad y los conocimientos jurídicos básicos deberían acompañar a los cambios legislativos. Las mujeres deben conocer sus derechos, sobre todo en relación con la salud y el VIH, saber cómo solicitar una reparación y tener acceso a la asistencia jurídica y la justicia cuando se violen sus derechos de salud sexual y reproductiva;

d) Mejoren la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos y las pruebas de detección, la prevención y las opciones de atención del VIH y las infecciones de transmisión sexual y fortalezcan la divulgación de la prevención a nivel comunitario tanto para las mujeres como para los hombres. También sigue siendo urgente la necesidad de contar con una gama más amplia de opciones eficaces de prevención del VIH e innovaciones médicas para las mujeres, especialmente para las adolescentes y las jóvenes que corren un alto riesgo de infección por el VIH.

e) Actualicen las políticas y los programas en los que participan hombres y niños para aprovechar todas las oportunidades de deshacer las masculinidades perjudiciales, poner fin a la impunidad y detener la violencia de género.

Recomendación 3: cerrar la brecha de financiación y liderazgo y dar respuestas integrales y de alta calidad al sida;

72. Se insta a los Estados Miembros a que:

a) Optimicen la asignación de recursos, colmen el déficit de financiación y alcancen la meta de 2020 de por lo menos 26.000 millones de dólares anuales en inversiones financieras generales en las respuestas al sida de los países en desarrollo. Es necesario aumentar las inversiones en la combinación de la prevención del VIH, las pruebas de detección, la vinculación y la retención en la atención; en el tratamiento de comorbilidades y coinfecciones; y en multiplicadores sociales como la promoción, la movilización comunitaria y política, la vigilancia en las comunidades, la comunicación pública y programas de divulgación que aseguren que nadie se quede atrás;

b) Realicen inversiones sostenibles en servicios de alta calidad, diferenciados y dirigidos por la comunidad que respondan a las experiencias vividas por las personas necesitadas (incluidas las mujeres y las niñas, los grupos de población clave y las personas que viven con el VIH) y reconozcan el papel fundamental de los asesores entre pares, los trabajadores sanitarios de la comunidad, los proveedores de servicios puerta a puerta, los activistas de base y las redes de personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo y están afectadas por él;

c) Aumenten y mantengan la inversión en el liderazgo, la participación y el empoderamiento de las comunidades de personas que viven con el VIH, que corren el riesgo de contraerlo y que están afectadas por él. Las comunidades están pidiendo reformas jurídicas y normativas que permitan un acceso equitativo a los servicios de prevención, tratamiento y protección social, libre de estigmas, para todos los que lo necesiten.

Recomendación 4: participar en los esfuerzos por establecer metas ambiciosas para 2025 y actualizar la estrategia mundial de respuesta al sida

73. Se insta a los Estados Miembros a que renueven sus compromisos y aceleren la respuesta al VIH para alcanzar el objetivo común de poner fin a la epidemia de sida para 2030, entre otros medios colaborando con el ONUSIDA, la sociedad civil y otros asociados para establecer metas ambiciosas y centradas en las personas para 2025 y actualizar la estrategia mundial de respuesta al sida a fin de alcanzar esas metas.