

20

0

ONUSIDA | **CARTA A LOS ASOCIADOS** | Michel Sidibé

1

2



Con el Premio Nobel de la Paz, el Arzobispo Desmond Tutu, y jóvenes líderes que participan en nuevas iniciativas de prevención del VIH, en Robben Island, Ciudad del Cabo, Sudáfrica (2011).

2 de abril de 2012

Queridos amigos:

En la última Conferencia de Ministros de Economía y Finanzas de la Unión Africana me sorprendió ver cómo se han difuminado, con acierto, las líneas que tradicionalmente separaban los ministerios de salud y economía, la inversión y el desarrollo. Estas divisiones artificiales ya no reflejan las realidades del mundo. Y por este motivo, me alegra especialmente que ONUSIDA haya firmado un nuevo acuerdo con la Nueva Asociación para el Desarrollo de África (NEPAD, por sus siglas en inglés). Juntos, forjaremos una nueva alianza para demostrar el liderazgo de África en la respuesta al sida. Este es uno de los muchos y apasionantes avances y posibilidades que se nos presentan este año.

Aunque la cuarta década de la epidemia apenas ha comenzado, ya podemos observar que difiere enormemente de las tres anteriores. El dolor y la pérdida no han desaparecido, ni tampoco el riesgo de que los errores o el desaliento reviertan los avances que hemos conseguido con tanto trabajo. Sin embargo, una nueva palabra se ha colado en nuestro léxico. Está en boca de las personas que viven con el VIH, activistas, trabajadores sanitarios, responsables de formular políticas y líderes mundiales. Es signo de una nueva misión y lleva implícito un nuevo sentimiento de energía, esperanza y potencial. Este término puede hacer que 2012 sea un año memorable si realmente se convierte en la base que dirige nuestros esfuerzos en cada sector de la sociedad y en cada región del mundo. Esta palabra es **cerero**.

Llegar a cerero significa trabajar juntos para crear un mundo donde no se produzca ninguna nueva infección por el VIH, desaparezca la discriminación y nadie muera de sida. Nuestra visión ha unido a varios asociados bajo un compromiso político y un plan estratégico cuyo fin es abordar los principales retos a los que nos enfrentamos. En la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de las Naciones Unidas (2011) articulamos una serie de objetivos específicos y cuantificables, identificamos los pasos necesarios para alcanzarlos e instamos a los líderes mundiales a que hablaban abiertamente de una perspectiva que no hace demasiado tiempo parecía descabellada. En resumen, hemos establecido los cimientos para que ahora podamos vislumbrar fehacientemente una generación libre de sida.

El reto es mantener nuestro objetivo a pesar del cúmulo de nuevos desafíos. A la vez que ampliamos el acceso a las estrategias de prevención y tratamiento ya establecidas, debemos ampliarlas y en algunos casos sustituirlas con opciones mejores. Tras prácticamente una década en la que los recursos crecían constantemente, hemos iniciado un periodo en el cual los compromisos cada vez son menores y más inciertos. La era del socorro de emergencia está llegando a su fin y todavía tenemos que desarrollar una respuesta más sostenible para conseguir nuestras metas.

Para llegar a cerero, y alcanzar nuestros ambiciosos objetivos para 2015, debemos encontrar formas de conseguir un mayor acceso y mejores resultados con los recursos disponibles.

Los costes que el VIH imponga a personas, familias y comunidades en el futuro estarán determinados por cómo se adapte la respuesta al sida a los nuevos retos y oportunidades. Las posibilidades dependerán de la limitación de los recursos, el cambio de prioridades mundiales y las nuevas alianzas que se forjen. El éxito o el fracaso vendrán determinados por lo bien que se adapten los programas de prevención del VIH, cómo se suministre la próxima generación de tratamiento y la fuerza de nuestro compromiso colectivo con los derechos humanos, la igualdad de género y la mayor participación de las personas que viven con el VIH.

La crisis económica mundial ha ralentizado la financiación global para el sida, pero no ha impedido que se consigan resultados reales o que disminuya la esperanza. Si queremos alcanzar nuestras metas comunes y viables, la comunidad mundial (todos los países del mundo y todos los sectores de la sociedad) debe volver a comprometerse con la innovación, la integración y la ejecución.

En resumen, la respuesta mundial al sida ha llegado a una nueva encrucijada crítica y este año será fundamental. El destino está en nuestras manos y debemos moldearlo mientras que todavía podemos hacerlo.

>>



En los últimos seis años, gracias a una mejor colaboración entre los servicios del VIH y la tuberculosis, se ha conseguido salvar casi un millón de vidas.

UNA RESPUESTA INTEGRADA PARA CONSEGUIR MEJORES RESULTADOS

Si algo nos ha enseñado la historia del sida es que las epidemias no se producen en el vacío. El VIH ha exacerbado nuestras deficiencias sociales y políticas, y ha demostrado una y otra vez que una respuesta efectiva debe incluir al sector sanitario e ir más allá para abordar las leyes, actitudes e injusticias económicas que hacen que la infección sea más frecuente y más letal.

La relación entre el VIH y los Objetivos de Desarrollo del Milenio demuestra que se ha comprendido que la respuesta al sida es inseparable de otras iniciativas más amplias para mejorar la salud y el desarrollo humano. Integrar los servicios clave, optimizar las sinergias y establecer vínculos no es solo ideal, sino necesario en un momento en el que iniciamos una nueva era de recursos decrecientes.

El Día Mundial de la Tuberculosis de este año nos recordó que la integración está consiguiendo resultados fantásticos en la prevención de las muertes por tuberculosis en personas que viven con el VIH. Nuestro objetivo actual a nivel mundial (reducir a la mitad el número de muertes por tuberculosis para 2015) sería una aspiración vacía si los programas del VIH tuvieran que conseguirlo por sí solos. Sin embargo, cuando los países encuentran vías para integrar las respuestas a estas dos grandes enfermedades letales, las intervenciones son más eficientes y potentes. Estoy muy agradecido a nuestros compañeros de Médicos Sin Fronteras (MSF), entre otros, por documentar el gran cambio que un servicio integrado podría significar para las más de un millón de personas que actualmente están coinfectadas por tuberculosis y VIH. Asimismo, celebro las directrices políticas que la Organización Mundial de la Salud ha actualizado recientemente para reducir la incidencia dual de ambas enfermedades.

En Lesotho, por ejemplo, ambas infecciones son comunes: en torno al 76% de las personas que viven con el VIH también tienen tuberculosis. Como muchos otros países, Lesotho ha abordado tradicionalmente estas dos afecciones con programas de salud independientes, vinculados pero no integrados. Las personas que reciben tratamiento para la tuberculosis en un centro sanitario rural, en ocasiones tienen que viajar durante medio día para llegar a un hospital de distrito que cuente con un programa para el VIH. El subsiguiente retraso en el tratamiento del VIH socava todos los esfuerzos para tratar la tuberculosis. Desde 2006, MSF ha trabajado con el sector sanitario del país para poner en marcha un programa descentralizado y basado en la atención de enfermería en un distrito rural que incluye 14 centros de atención primaria y un hospital de distrito. En estos centros, los médicos tratan ambas infecciones, se forma a asesores no profesionales para que ayuden a los pacientes a gestionar ambos tratamientos y se supervisan los historiales de los pacientes para llevar un seguimiento de su salud general, en lugar de hacerlo de forma fragmentada. "Agradecía no tener que viajar al hospital", le dijo recientemente a MSF un paciente llamado Joseph. "Me preocupaba pagar el transporte y ausentarme del trabajo más tiempo. Visitar al mismo enfermero y asesor estaba bien, puesto que así podía conocerlos mejor, y ellos a mí. Sentía que me estaban tratando a mí, no solo a la enfermedad".

La integración de la atención es una medida que no solo resulta cómoda. Dentro del programa de MSF, en torno al 81% de los pacientes coinfectados recibieron terapia antirretrovírica en instalaciones de servicios integrados, cuando la cifra nacional es del 24%. Las tasas de mortalidad variaron en consecuencia. Nuestra última esperanza, y nuestro reto inmediato, es catalizar cambios similares a lo largo y ancho de cada país.

Los sistemas de salud integrados pueden ofrecer muchos servicios de manera más eficiente porque aprovechan las infraestructuras existentes para ampliar drásticamente los servicios necesarios. Asimismo, cada vez son más las personas que reconocen que la respuesta al sida puede convertirse en una puerta de acceso para conseguir mejores resultados sanitarios. ONUSIDA se ha unido recientemente al Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), el Instituto George Bush y la Fundación Susan G. Komen for the Cure para

76%

En Lesotho, en torno al 76% de los pacientes con VIH están coinfectados por tuberculosis.

aprovechar las inversiones públicas y privadas en el campo del VIH y el cáncer de cuello de útero en mujeres de países de ingresos medios y bajos. Las mujeres que viven con el VIH tienen un riesgo mayor de desarrollar este tipo de cáncer. La nueva iniciativa "Pink Ribbon Red Ribbon" [Lazo rosa, lazo rojo] utilizará la plataforma del VIH para ampliar los servicios de prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello de útero en África subsahariana y América Latina. Al aprovechar las sinergias naturales de estos esfuerzos estrechamente relacionados, la iniciativa podría reducir las muertes de cáncer cervical un 25% en cinco años.

CRÉELO. HAZLO.

Una de mis primeras acciones como director ejecutivo fue reclamar el fin de las nuevas infecciones por el VIH entre niños para 2015. ¿Atrevido? Sí ¿Viable? Absolutamente. El impulso ha movilizó a los países para unirse a este llamamiento: en junio de 2011, junto con mi copresidente el embajador Eric Goosby, que trabaja como coordinador mundial de los Estados Unidos para el sida, presentamos el "Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres".

35%

Se calcula que el 35% de las mujeres embarazadas se realizaron en 2010 las pruebas del VIH en países de ingresos medios y bajos, comparado con el 7% de 2005.

Con la atención puesta en los 22 países con mayor número estimado de mujeres embarazadas con VIH, se están llevando a cabo planes nacionales con fuerza y apoyo renovados. Los progresos se están consiguiendo incluso más allá de estos países. Hace poco estuve en Benin con el Dr. Thomas Yayi Boni, presidente de la Unión Africana, y juntos presentamos un plan nacional para prevenir las nuevas infecciones por el VIH en niños. Junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros asociados sobre el terreno, Benin ampliará sus servicios. Entre 2004 y 2011, el número de centros de salud que ofrecían servicios a mujeres embarazadas seropositivas superó el doble, de 204 a 450. A pesar de esta ampliación, actualmente solo la mitad (49%) de las mujeres embarazadas elegibles para acceder a los servicios del VIH los recibe.

Se calcula que el 35% de las mujeres embarazadas se realizaron en 2010 las pruebas del VIH en países de ingresos medios y bajos, comparado con el 7% de 2005. Casi la mitad (48%) de las mujeres embarazadas seropositivas recibe tratamientos antirretrovíricos efectivos para prevenir nuevas infecciones entre niños.

Veo 2012 como un punto de inflexión en el que los tratamientos efectivos llegarán a más mujeres embarazadas seropositivas que nunca antes. Queremos llegar a todos. Bajo el liderazgo de John Megrue, el nuevo "Consejo de liderazgo empresarial para una generación que nazca libre del VIH" está reuniendo la perspicacia empresarial y los recursos del sector privado para garantizar que alcanzamos cada meta. En los próximos meses contaré con vuestro apoyo para la campaña que ONUSIDA presentará el Día de la madre bajo el nombre "Créelo. Hazlo.", cuyo objetivo es promover la sensibilización y la acción sobre este tema.

REVOLUCIONAR LOS ESFUERZOS DE PREVENCIÓN

Cuando hicimos un llamamiento a una revolución en la respuesta al VIH, la gente respondió, especialmente los jóvenes. El año pasado, en una visita que realicé a Tanzania junto con la Vicesecretaria General de las Naciones Unidas, la Dra. Asha Rose Migiro, tuve la oportunidad de visitar Tanzanian Youth Alliance (TAYOA), una organización sin ánimo de lucro que cuenta con una línea telefónica nacional de ayuda en cuestiones relacionadas con el sida. Más de 200 jóvenes colaboran en esta línea y otros programas de TAYOA, incluidos clubs de difusión entre jóvenes y un proyecto tecnológico de información. Los estudiantes de medicina trabajan como voluntarios para responder a las dudas que otros jóvenes, que llaman a esta línea gratuitamente desde teléfonos fijos o móviles, plantean con relación al VIH. Tras sus comienzos en 2001 con una única línea, la organización cuenta actualmente con ocho líneas y responde a unas 1000 llamadas cada día. Los usuarios reciben información fiable de forma confidencial sobre cuestiones que abarcan desde las relaciones sexuales al uso del preservativo, las pruebas del VIH, la terapia antirretrovírica y la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.



Con el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon; Rebecca Awiti, madre que vive con el VIH; y sus trillizos seronegativos en Nairobi, Kenya (2011).

La línea nacional de TAYOA surge de una asociación única público-privada entre el Gobierno de Tanzania, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y seis operadores de telecomunicación nacionales. Pero es, en definitiva, un testimonio de la energía y el compromiso de los jóvenes, que están más interesados en dirigir iniciativas de prevención que en recibir asesoramiento de forma pasiva.

“Una de las mayores lecciones que hemos aprendido en nuestro viaje es a acoger y cultivar una cultura de voluntariado en nuestra sociedad”, me comentó durante nuestra visita Pater Masika, director nacional de TAYOA. “Hemos aprendido que los jóvenes se implican significativamente, pueden coger la batuta y actuar para mejorar su calidad de vida y las vidas de sus amigos”.

Las redes de los medios sociales prometen ahora llevar la participación de los jóvenes en la respuesta al sida a un nivel completamente nuevo. Con la presentación de CrowdOutAIDS.org, ONUSIDA ha conseguido recientemente contar con la participación de más de 5000 jóvenes de todo el mundo en un esfuerzo de colaboración colectiva en tiempo real, cuyo objetivo es definir una nueva estrategia de los jóvenes para el Programa. Un comité independiente está redactando el documento, utilizando herramientas de creación colaborativa que permiten a todos los participantes implicarse activamente en el proceso. ONUSIDA compartirá con sus asociados su experiencia en este innovador enfoque de participación en la toma de decisiones y en el desarrollo de programas.



Poniendo en práctica habilidades del fútbol y de la vida en una sesión de entrenamiento de fútbol base en Ciudad del Cabo, Sudáfrica (2011).

Pero no debemos limitarnos a los jóvenes. Debemos trabajar más para capacitar a las personas de cualquier edad cuya situación les sitúe en mayor riesgo de contraer el VIH. En 2009, sólo el 26% de los países había establecido objetivos de prevención para llegar a los profesionales del sexo, el 30% para los usuarios de drogas inyectables y el 18% para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Son incluso menos los países que aportan datos sobre las poblaciones clave, mientras que los servicios de prevención del VIH para estos grupos suelen ser mínimos. Otras poblaciones clave que necesitan más ayuda en materia de prevención son los reclusos, los migrantes, los transexuales y las personas con discapacidad.

En nuestro trabajo para promover la sensibilización y reducir las conductas de riesgo, debemos también reconocer que el cambio de conductas ya no es nuestra única esperanza para evitar nuevas infecciones. Aunque tenemos que seguir instando a las personas a que eviten riesgos, ahora también podemos utilizar la tecnología para reducir la transmisión. Por ejemplo, sabemos que el tratamiento antirretrovírico puede prevenir la transmisión sexual del VIH al igual que reduce la transmisión materno-infantil. Los resultados de las investigaciones realizadas el año pasado confirmaron que el uso sistemático de fármacos antirretrovíricos puede reducir en un 96% el riesgo de que una persona seropositiva transmita el virus a su pareja sexual. Estas conclusiones implican que aumentar drásticamente las pruebas voluntarias y el tratamiento podría reducir eficazmente la carga vírica de una comunidad y ralentizar exponencialmente las tasas de transmisión, incluso allí donde la prevalencia del VIH sea alta. La nueva investigación de KwaZulu-Natal, en Sudáfrica, ya está dando resultados. Este descubrimiento hace que el acceso universal al tratamiento sea, si cabe, más urgente.

Otra estrategia para prevenir el VIH que no se ha explotado suficientemente es la circuncisión masculina médica y voluntaria, que puede reducir la transmisión sexual de la mujer al hombre en torno a un 60%. Las últimas elaboraciones de modelos indican que si la cobertura de esta práctica llegara al 80% de los hombres adultos en 14 países prioritarios se extendería a 20 millones de hombres para 2015. Una ampliación de este calibre costaría un total de 1.500 millones de USD y evitaría 3,4 millones de nuevas infecciones por el VIH hasta 2025. También conseguiría ahorrar 16.500 millones de USD netos hasta ese año al evitar costes de tratamiento y atención.

En 2007, la OMS y ONUSIDA publicaron una declaración política conjunta en la que se recomendaba la circuncisión médica y voluntaria en adultos como un componente de una estrategia integral de prevención del VIH en regiones donde esta práctica es poco común, la prevalencia del VIH es alta y el contacto heterosexual es la principal vía de transmisión. En respuesta a dicha declaración, el Gobierno de Kenia presentó un programa de circuncisión masculina médica y voluntaria que, a finales de 2010, había permitido que 230.000 hombres fueran sometidos a esta intervención en condiciones seguras. Este programa por sí solo pretende circuncidar a 860.000 hombres en los próximos cinco años, y otros países de alta prevalencia lo están emulando.

En Sudáfrica tuve la oportunidad de visitar, junto con el reportero de salud de New York Times, Donald McNeil, la clínica Zola de Soweto. Me transmitió mucha fuerza el cambio en las iniciativas de la clínica para poner fin a las nuevas infecciones por el VIH entre niños y me sentí inspirado por las dos mujeres que dirigen el programa de circuncisión masculina médica. La Dra. Josephine Darko y la Hermana Mulashi Biola están por encima de las fuerzas de la naturaleza: pioneros como ellas nos ayudarán a llegar a cero. La clínica Zola trata a 150 hombres al día. La Dra. Darko apenas puede hacer frente a la demanda.

Asimismo, se continúa buscando un microbicida local que las mujeres puedan utilizar con o sin el apoyo de sus parejas. Hace poco tuve la oportunidad de visitar CAPRISA (Centre for the AIDS Program of Research in South Africa), un centro que colabora con ONUSIDA en la investigación de métodos de prevención del VIH, donde se está realizando un trabajo innovador. El Dr. Salim Karim lidera un equipo fantástico en este centro de investigación de primera línea mundial. Necesitamos ver en África más centros pioneros como este.

Durante una visita reciente a los países de las islas del Pacífico, en un acto del Día Internacional de la Mujer organizado por el Presidente de Fiji, me impresionó ver cómo las jóvenes se están alzando para acabar con la violencia de género y exigir su derecho a recibir educación sobre salud sexual.

Fiji, y otros países de las islas del Pacífico, a excepción de Papúa Nueva Guinea, siguen teniendo una prevalencia del VIH baja. Esto puede dar lugar a que se extienda un falso sentimiento de seguridad, que crean que el VIH no es una amenaza comparado con el aumento de enfermedades no transmisibles. Los últimos datos recopilados en la región indican que el aumento de nuevos casos de VIH está relacionado con altos niveles de migración y turismo, el trabajo sexual, múltiples parejas sexuales, niveles bajos de uso del preservativo, alta prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual y la preocupación creciente de la violencia contra la mujer. Si no se contiene la epidemia, estos países y territorios no dispondrán de los recursos ni de la capacidad necesarios para responder a esta situación con eficacia. Esta región necesita, por consiguiente, el apoyo continuo de los donantes internacionales para mantener la respuesta al sida.

Llegar a cero es, en último término, cuestión de prevenir las nuevas infecciones por el VIH. Creo que podemos alcanzar los objetivos de la Declaración Política sobre el SIDA con políticas y prácticas transformadoras. Para 2015 podemos reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, eliminar las nuevas infecciones en niños y reducir a la mitad las nuevas infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables.

80%

Las últimas elaboraciones de modelos indican que si la cobertura de la circuncisión masculina médica voluntaria llegara al 80% de los hombres adultos en 14 países prioritarios se extendería a 20 millones de hombres para 2015.

HABLAR SIN RODEOS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL VIH

Permitidme que hable con franqueza sobre el futuro del acceso al tratamiento del VIH. Hace una década era difícil imaginar que 6,6 millones de personas recibirían tratamiento antirretrovírico en países de ingresos medios y bajos. Alcanzar este hito ha sido uno de los mayores logros en la historia de la salud pública. Sin embargo, 7,6 millones de personas elegibles para recibirlo (entre los que se incluyen 5 millones de africanos) todavía carecen de acceso a estos fármacos vitales. Y la necesidad sigue creciendo aunque la tasa de nuevas infecciones descienda. Simplemente, no estamos preparados para hacer frente a este reto. Y afirmo esto aun siendo un optimista incorregible.

No solo se trata de ampliar el acceso al tratamiento. Se trata de conseguir que el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH sean sencillos de ofrecer, permanentes y eficientes. Desafortunadamente la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos y diagnósticos instantáneos no han mantenido el ritmo de las crecientes demandas de la respuesta al sida. Es aún más preocupante que las inversiones para este tipo de investigación se estén ralentizando y, en algunos casos, desapareciendo. El suministro de nuevos fármacos es mucho menor y en poco tiempo se agotará.

Hace una década, el centro de la revolución del acceso al tratamiento, encabezado por activistas y organizaciones comunitarias, era presionar a la industria farmacéutica para que compartieran de forma más equitativa con los pobres y necesitados los fármacos antirretrovíricos vitales que producían. Sí, lo logramos y los precios de los medicamentos de primera línea se redujeron en los países más afectados de unos 10.000 USD por paciente/año en 2000 a en torno a 100 USD por paciente/año en 2011.

Pero hoy necesitamos una segunda fase en la revolución del acceso al tratamiento. En esta ocasión debemos trabajar con la industria farmacéutica para seguir buscando medicamentos para el VIH y soluciones de atención mejores y más eficaces. Las fórmulas existentes están perdiendo capacidad: muchas personas no siguen el tratamiento por la ausencia de diagnósticos rápidos y los medicamentos de segunda línea todavía son muy caros o inalcanzables. Necesitamos modelos empresariales que ofrezcan incentivos y nuevos mecanismos que respalden la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos.

TRATAMIENTO 2.0

El Tratamiento 2.0, una iniciativa que ONUSIDA y la OMS presentaron conjuntamente en junio de 2010, es nuestra estrategia común para abordar estas necesidades. Actualmente, en su segundo año completo, la iniciativa está llevando la innovación y la eficacia a áreas claves, como los medicamentos y diagnósticos más asequibles y sencillos o la prestación de servicios del VIH integrados y descentralizados. La iniciativa tiene cinco componentes y cada uno de ellos desempeña un papel esencial en la labor que estamos realizando durante este año con vistas a alcanzar los objetivos fijados para 2015.

Prioridades del Tratamiento 2.0

1. Optimizar las terapias
2. Ofrecer diagnósticos y herramientas de seguimiento inmediatos y simplificados
3. Reducir los costes
4. Adaptar la prestación de servicios
5. Movilizar a las comunidades

Principios del Tratamiento 2.0

- Simplificación
- Innovación
- Eficiencia
- Efectividad y rentabilidad
- Accesibilidad
- Asequibilidad
- Equidad
- Descentralización e integración
- Participación comunitaria



El uso sistemático de medicamentos antirretrovíricos puede reducir (un 96%) el riesgo de que una persona que vive con el VIH transmita el virus a su pareja sexual.

¿QUÉ NECESITAMOS PARA EL FUTURO DEL TRATAMIENTO DEL VIH?

1. UNA PASTILLA ROJA, UNA AZUL Y UNA VERDE



Actualmente la mayoría de las personas que siguen el tratamiento del VIH toman al menos tres medicamentos diarios de por vida. Hay disponibles demasiadas combinaciones de tratamientos de primera línea. Algunas de estas terapias son necesarias para las mujeres embarazadas, otras para las personas con coinfección de tuberculosis y VIH y otras para el sida pediátrico. Esta diversidad no solo complica las cosas para la persona que toma los medicamentos, sino también para los proveedores de atención sanitaria, los profesionales que trabajan en logística y en la gestión de cadena de suministro, y los responsables de formular políticas. Los medicamentos de segunda línea son incluso más complejos.

Necesitamos, por tanto, terapias de dosis fijas más simples para mejorar la observancia: una sola pastilla roja para el tratamiento de primera línea, una sola pastilla azul para el tratamiento de segunda línea y una sola pastilla verde para el tratamiento de tercera línea. Ya existe una terapia de primera línea de dosis única, pero su seguimiento todavía es muy limitado.

La resistencia a los medicamentos es otro problema cada vez mayor. Se estima que entre el 25% y el 30% de las personas que viven con el VIH en África necesitan actualmente antirretrovíricos de segunda línea para que la terapia no fracase, pero solo un 3% los recibe. Si se dispusiera de herramientas más sencillas y accesibles para supervisar la resistencia (como pruebas inmediatas de carga vírica), las personas podrían cambiar fácilmente a otra terapia más apropiada.

2. MEDICAMENTOS MÁS FÁCILES DE TOMAR Y MENOS TÓXICOS, DESARROLLADOS POR ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS



Los medicamentos antirretrovíricos son efectivos a la hora de reducir la carga vírica, pero tienen muchos efectos secundarios, y la preocupación en torno a su toxicidad a largo plazo y a la resistencia limita el inicio temprano del tratamiento. Por ello, el beneficio del "tratamiento para la prevención" no se puede extender todavía de manera universal.

Todos los pacientes, ricos y pobres, necesitan terapias menos tóxicas, que minimicen las interacciones de los fármacos y que eviten la resistencia. En los países ricos se dispone de nuevos fármacos que son menos tóxicos, pero su coste es todavía prohibitivo para los países que más los necesitan.

Las iniciativas para reducir las dosis de los medicamentos existentes y producir nuevas combinaciones de dosis fija siguen teniendo una importancia capital. Consiguen dos beneficios: reducen potencialmente los efectos secundarios y los costes, ya que sus componentes básicos suponen en torno al 60-80%

del coste del fármaco. Actualmente se están realizando ensayos de fase III para la reducción de las dosis y esperamos ávidamente sus resultados.

La investigación de medicamentos de larga duración, incluidos los inyectables, todavía está en pañales. Pasarán muchos años antes de que estén disponibles comercialmente. Y más preocupante es aún que estén decaendo los esfuerzos para descubrir este tipo de fármacos porque las compañías farmacéuticas y de desarrollo buscan otros mercados más lucrativos.

Dentro de la agenda del Tratamiento 2.0, bajo la dirección de la OMS, el año pasado se definieron una serie de prioridades a corto plazo para el desarrollo de fármacos. Este año se celebrarán reuniones sucesivas para abordar las prioridades a medio y largo plazo. Esta agenda necesita un amplio apoyo de manera urgente si deseamos ofrecer a las personas nuevas opciones de tratamiento más efectivas, esenciales para ampliar el tratamiento en el futuro.

3. PRUEBAS MÁS RÁPIDAS Y SIMPLES



El efecto del tratamiento del VIH no optimiza todo su potencial, ni en los países desarrollados ni en desarrollo, ya que muchas personas que viven con el VIH no descubren su estado serológico hasta que sus sistemas inmunitarios están dañados.

En muchos casos, los proveedores de atención sanitaria tienen que esperar varios días tras el diagnóstico para conseguir un recuento de CD4 que les permita determinar si una persona es elegible para iniciar el tratamiento. La complejidad de las pruebas de carga vírica hace que sea más complicado que las personas sepan si los medicamentos que toman están teniendo el efecto deseado.

Actualmente la disponibilidad de las pruebas de CD4 está mejorando y existen algunas tecnologías de diagnóstico inmediato, pero algunos obstáculos dificultan su aplicación. Seguimos siendo testigos de que mejorar el seguimiento mejora la atención. En Mozambique, en las clínicas que han adquirido dispositivos de pruebas inmediatas de CD4, actualmente se necesita solo un día para procesar las pruebas (comparado con 28 días). Como consecuencia, solo la mitad de los pacientes (el 33% respecto al 64%) abandonan el seguimiento antes de que puedan comenzar el tratamiento.

Sin embargo, la acogida de los instrumentos de nueva generación para realizar recuentos de CD4 sigue sin ser ubicua. Tenemos que unir fuerzas para derribar las barreras que impiden su rápida expansión.

4. MEJORES FÓRMULAS PEDIÁTRICAS

El número de niños que necesita tratamiento sigue descendiendo gracias a que el objetivo mundial de eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para 2015 se está convirtiendo en realidad. Sin embargo, no podemos olvidar

que 3,4 millones de niños viven con el virus actualmente. Estos niños necesitan fórmulas pediátricas que sean sencillas de utilizar y que faciliten un tratamiento a largo plazo. Hoy existen



muy pocas opciones para aquellos que desarrollan resistencia a los medicamentos de primera línea.

Invertir en fórmulas pediátricas debe evaluarse desde una perspectiva amplia. En Uganda, por ejemplo, los antirretrovíricos combinados de dosis única han reemplazado a los jarabes, más caros y menos convenientes, como tratamiento de primera línea para los niños. Este cambio, que se ha conseguido en tan solo dos años, ha ayudado a ahorrar 2 millones de USD y mejorado al mismo tiempo la atención del paciente.

Sin embargo, hay muy pocas fórmulas pediátricas en desarrollo. Prácticamente no se invierte nada en nuevos descubrimientos. No podemos permitirnos fallar a nuestros niños.

5. REDUCIR COSTES



Sí, el precio todavía sigue siendo un problema, especialmente en el caso de los medicamentos de segunda y tercera línea. ONUSIDA está trabajando en varios frentes para derribar los obstáculos que impiden obtener medicamentos y productos asequibles, y recientemente ha publicado informes que inciden en las barreras que los ADPIC actuales interponen en el acceso. Los informes también describen las posiciones que debemos promover para mantener las flexibilidades de los ADPIC en los países de ingresos bajos y medios. Estos documentos han contado con una gran difusión y están disponibles en el sitio web de ONUSIDA.

6. PRESTACIÓN INTEGRADA DE SERVICIOS

Nadie niega hoy en día la necesidad de integrar en mayor profundidad los servicios relacionados con el VIH en la atención sanitaria primaria. El reto es integrar los sistemas que desde hace tiempo se han financiado, gestionado y patrocinado de forma separada. Hemos estudiado iniciativas que han tenido éxito a la hora de descentralizar la atención relacionada con el VIH en tres países y pronto



publicaremos estudios de caso que examinen sus experiencias. En otra publicación que pronto verá la luz, ONUSIDA describirá y catalogará los innovadores modelos que MSF ha utilizado para ampliar los servicios del VIH en contextos de recursos limitados. Por ejemplo, en el distrito Thyolo de Malawi, el tiempo de espera entre el diagnóstico y el tratamiento se ha reducido de tres meses a tres semanas gracias a que los hospitales han trasladado la provisión de tratamiento a centros sanitarios, donde los enfermeros lo gestionan directamente. Es complicado sobrevalorar el impacto que estas lecciones podrían tener si se aplicaran a gran escala.

7. UNA SEGUNDA REVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO, LIDERADA UNA VEZ MÁS POR COMUNIDADES



El cambio social no es nunca un fenómeno descendente. La fuerza del movimiento surge de las personas que se alzan para reclamar la justicia social y exigir reformas. Cuando las comunidades lideran, los líderes las siguen. La movilización comunitaria consiguió poner en el mercado los primeros tratamientos del VIH y es esta fuerza la que en último término encabezará la próxima fase del acceso al tratamiento. Las personas cuyas vidas, familias y comunidades están en juego deben intervenir en la demanda, prestación y evaluación de los servicios del VIH.

Nosotros, todos nosotros, debemos trabajar como uno para implicar a estas personas en cada aspecto de la respuesta, desde el desarrollo de estrategias de prevención a la promoción de la observancia del tratamiento, desde la salvaguarda de los derechos humanos hasta la demanda de justicia en las políticas comerciales y en los precios de los medicamentos. El año pasado, ONUSIDA organizó consultas comunitarias en Bangkok y Johannesburgo para informar a los miembros de las ONG e insistir en la importancia constante de la promoción.

8. LA ESPERANZA DE ENCONTRAR UNA VACUNA DEBE MANTENERSE VIVA



El mundo no debe perder la esperanza de encontrar una vacuna efectiva contra el VIH. Una vacuna preventiva sigue siendo la solución más sostenible para acabar con el sida.

9. GARANTIZAR EL FUTURO: UN NUEVO PACTO ENTRE LA COMUNIDAD DEL VIH Y LA INDUSTRIA



¿Cómo podemos conseguir esto? Necesitamos un nuevo compromiso entre la comunidad del VIH y la industria. ONUSIDA, junto con aliados clave, reunirá a líderes mundiales de la industria farmacéutica para forjar su colaboración con el fin de promover la innovación, especialmente mediante un intercambio de conocimientos y experiencia para producir una nueva generación de medicamentos.

ONUSIDA trabajará con autoridades reguladoras para que el acceso a los medicamentos de calidad sea sencillo y, donde sea necesario, promover las iniciativas público-privadas que garanticen que la próxima generación de medicamentos para el VIH esté disponible como bien público. Se necesitan asimismo esfuerzos similares para el desarrollo de tecnologías de diagnóstico rápido. Corremos el riesgo de adentrarnos en el futuro con herramientas anticuadas si no invertimos ahora en personas, en colaboración y en ciencia.

SOLIDARIDAD MUNDIAL

No hay mayor muestra de la solidaridad mundial que la adopción de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2011 en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella participaron más de 30 líderes mundiales y los Estados Miembro llegaron a la conclusión de que este es el comienzo del fin del sida. Una nueva resolución del Consejo de Seguridad también mantiene la respuesta al sida en el programa mundial. El compromiso político nunca ha sido tan alto.

Las inversiones mundiales en la respuesta al sida se han multiplicado por 50 en tan solo 16 años: de 300 millones de USD en 1996 a aproximadamente 15.000 millones hoy en día. Estas inversiones han conseguido grandes beneficios: un aumento global en el acceso a la prevención y el tratamiento y pronunciados descensos en el número de nuevas infecciones y muertes relacionadas con el sida. No estaríamos en este punto sin el impresionante compromiso de los Estados Unidos de América a través del PEPFAR, de pequeños y grandes donantes, de inversiones nacionales de los países y de la repercusión catalítica del Fondo Mundial.

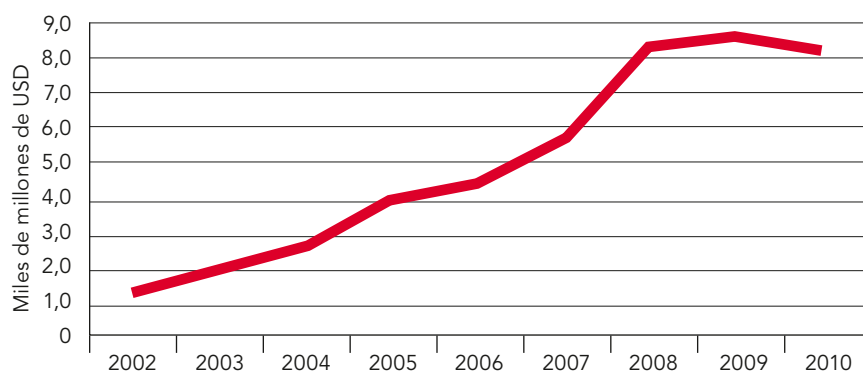
Sin embargo, las necesidades siguen superando con creces los recursos disponibles y el aumento de fondos se ha estancado. Con los índices actuales, costará 25.000 millones de USD al año (un aumento del 40% respecto a los compromisos actuales) ofrecer acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. Los Estados Miembro de las Naciones Unidas se han comprometido colectivamente a ofrecer prácticamente la totalidad de esta cifra (entre 22.000 y 24.000 millones de USD) para 2015. Pero el apoyo internacional no ha aumentado desde 2008. Y en 2010 descendió por primera vez en una década (de 7.600 millones de USD en 2009 a 6.900 millones de USD en 2010). El año pasado el Fondo Mundial se vio obligado a cancelar su siguiente convocatoria de subvenciones porque los donantes no cumplieron sus compromisos de financiación.

Es obvio que esta situación es alarmante. Hasta ahora la respuesta mundial ha girado en torno a la generosidad de un grupo relativamente pequeño de países donantes. Sus compromisos son poco predecibles y fiables en el clima económico actual, aunque millones de vidas dependan de ellos. Debemos pedir a los países ricos que cumplan sus compromisos construyendo al mismo tiempo una respuesta más equilibrada y sostenible, que pertenezca en último término a los países y a las personas cuyo bienestar depende de ella.

Debemos también aprovechar los recursos y el ingenio locales, y garantizar que cada inversión se destine y gestione de tal forma que consiga el máximo impacto. ONUSIDA está trabajando con distintos países, especialmente en África, y con el Banco Africano de Desarrollo, para aplicar inversiones más estratégicas pensando en las repuestas al sida.

figura 1

Recursos disponibles para el VIH en África subsahariana 2002-2010 (Miles de millones de USD)



NUEVO LIDERAZGO AFRICANO

Comencé 2012 en la Cumbre de la Unión Africana, dirigiéndome a los jefes de estado en la reunión del comité de NEPAD. Fue un honor y una revelación. En función del apoyo recibido por parte de los líderes africanos en la Reunión de Alto Nivel, el liderazgo político está cambiando para apoyar una agenda más sostenible.

El arduo trabajo realizado, especialmente en la última década, ha conseguido que existan más sistemas sanitarios y que los resultados hayan hecho balancearse un péndulo inmenso. En cada país de África y Asia millones de hombres y mujeres han vuelto a trabajar, tras recuperar su salud, y cuidan de sus hijos y mayores. Tan solo una década antes, los papeles estaban invertidos: eran los mayores y los niños quienes se veían forzados a cuidar de las personas que vivían con el VIH, y el sida diezmaba a las familias.

Las inversiones en la respuesta al sida ya han estimulado la productividad de las fábricas y granjas africanas, reducido el número de huérfanos que necesitan ayuda, fortalecido los sistemas y mejorado el acceso a la tecnología. ¿Cómo pueden los países afectados tener más control de la respuesta mundial al sida? Estos son tres de los retos más acuciantes, junto con tres estrategias para garantizar que podamos conseguirlos.

1. Negociar un nuevo pacto de responsabilidad compartida

La respuesta al sida en África puede ser más sostenible mediante la búsqueda de una asociación más equilibrada con los asociados internacionales. Este equilibrio se puede conseguir negociando a largo plazo inversiones predecibles de los asociados internacionales y ejerciendo al mismo tiempo el liderazgo y el compromiso con mayores inversiones africanas y una financiación innovadora.

La comunidad internacional no puede flaquear en las obligaciones que ha asumido en la respuesta al sida. Sin embargo, para proteger la asistencia al desarrollo se necesitará un liderazgo y un compromiso del sur más visible. Financiar las soluciones lideradas por África en la respuesta al sida en un contexto de responsabilidad compartida no solo generará más espacio para su control de la respuesta, sino que también ampliará los beneficios sanitarios alcanzados en la última década y contribuirá a que las soluciones de desarrollo sean más sostenibles, con beneficios como el crecimiento de nuevas industrias y la ampliación de las economías basadas en el conocimiento.

La responsabilidad compartida y la solidaridad mundial para la respuesta al sida se basan en estas tres premisas:

- Los países necesitan demostrar su liderazgo político mediante su voluntad y capacidad de articular una visión nacional del sida, la salud y el desarrollo, alineando los esfuerzos de los asociados.
- Los asociados para el desarrollo y los gobiernos africanos necesitan satisfacer conjuntamente el déficit de inversiones para el VIH, mediante métodos tradicionales e innovadores, invirtiendo de forma proporcional a sus capacidades.
- Los recursos deben reasignarse de acuerdo con las necesidades y prioridades nacionales, entre países, programas y poblaciones, para conseguir los mejores resultados posibles.

Como parte de un pacto global de responsabilidad compartida, los países podrían llegar a un acuerdo y establecer niveles referenciales para la inversión interna en la respuesta al sida, que se adapten específicamente al nivel previsto de ingresos gubernamentales, incluidos los de las fuentes nacionales innovadoras, y a la magnitud de la incidencia de la enfermedad causada por el sida. A cambio de los progresos que se puedan verificar respecto a estos objetivos de financiación a medio plazo, un consorcio de organizaciones donantes podría ofrecer una garantía para financiar el déficit restante en función de las inversiones acordadas que tengan

80%

El 80% de los antirretrovíricos que se consumen en África se fabrican en la India, donde las leyes de patentes han permitido a los fabricantes producir versiones genéricas antiguas de fármacos patentados a un bajo coste.

figura 2

Dependencia superior para el sida que para la salud

Fuente: Country Progress Reports, OMS

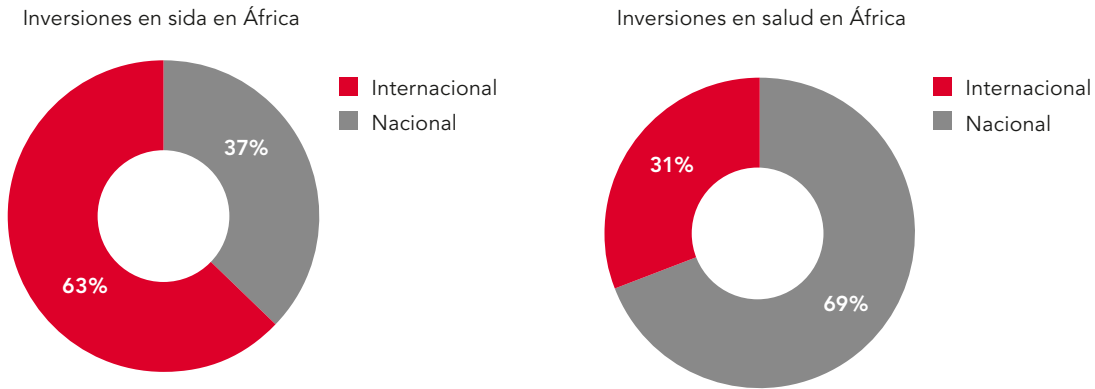
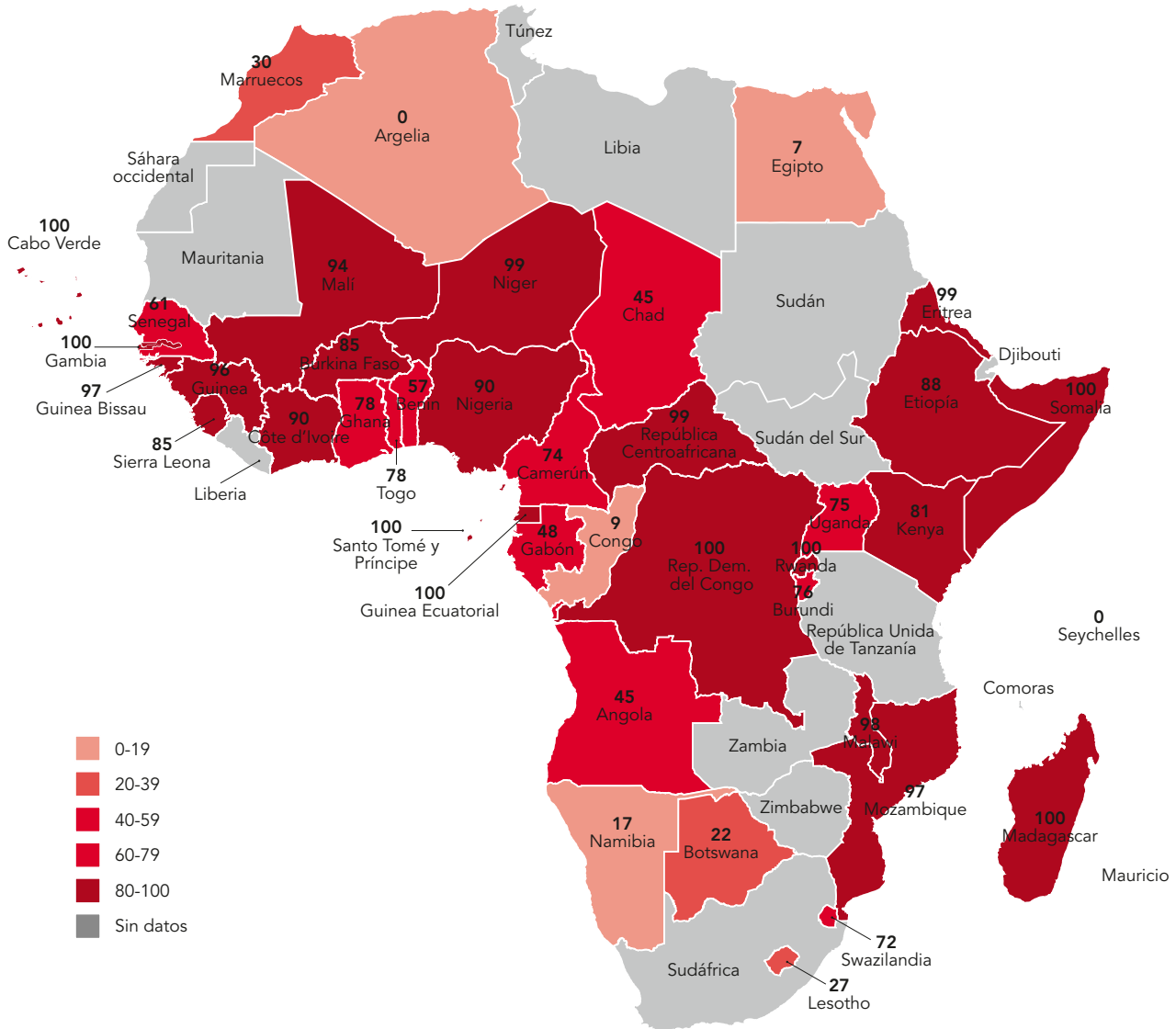


figura 3

Porcentaje de gasto en atención y apoyo de fuentes internacionales

Fuente: Informes de progresos de país, Ethiopia's Fourth National Health Accounts, 2007-2008, April 2010.



como objetivo conseguir los objetivos especificados en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2011.

Asumiendo que los gobiernos africanos aumenten su gasto de acuerdo a sus posibilidades y garanticen el aumento de la eficiencia, es muy viable que la comunidad internacional satisfaga el déficit restante de recursos, incluso en tiempos de dificultades económicas. Se calcula que dicho déficit alcanzará en África los 2.400 millones de USD antes de llegar a un punto de estabilización, en 2020, cuando se necesitarán menos recursos de los que se dispone hoy.

2. Garantizar el acceso a nuevos medicamentos y asegurar su calidad

En los Estados Unidos, el desarrollo, la aprobación y la difusión de un nuevo medicamento suele llevar ocho años. África espera mucho más para acceder a nuevos fármacos, independientemente de la urgencia de la necesidad. Mediante la creación de una Agencia Africana de Regulación de Medicamentos, los países más afectados por el VIH podrían acelerar la introducción de nuevos medicamentos de calidad en los mercados africanos. Una autoridad regional de fármacos también podría supervisar su calidad, hacer un seguimiento de posibles acontecimientos adversos e investigar informes de medicamentos falsificados, servicios esenciales que los pacientes africanos todavía no tienen garantizados.

3. Promover la producción de medicamentos esenciales en África

Actualmente, el 80% de los antirretrovíricos que se consumen en África se fabrican en la India, donde las leyes de patentes han permitido a los fabricantes producir versiones genéricas antiguas de fármacos patentados a un bajo coste. Este privilegio está llegando a su fin. Los países africanos podrían satisfacer legalmente sus propias necesidades médicas, y mejorar su economía, fabricando los mismos medicamentos internamente. Los gobiernos africanos pueden fomentar las competencias locales creando un contexto de apoyo político. Y nuevos asociados para el desarrollo, como los poderes económicos emergentes de Brasil, Rusia, la India, China y Sudáfrica, pueden transferir la tecnología necesaria para esta producción. La OMS y ONUSIDA han instado a los ministros de estos países (conocidos colectivamente como los BRICS) a acelerar esta transferencia de tecnología. Nuestro éxito a nivel mundial en la respuesta al sida depende en gran medida del compromiso político de los líderes africanos, que deben tomar acciones de manera urgente para iniciar estas estrategias.

DAR VOZ A LOS QUE NO LA TIENEN

Globalmente, los gobiernos citan el estigma como uno de los mayores impedimentos a la hora de acelerar los progresos en la respuesta al sida. El estigma y la discriminación deniegan a las personas más expuestas al riesgo de infección las herramientas que necesitan para protegerse a ellas mismas y a sus comunidades. También deniegan la atención y el tratamiento a las personas que viven con el VIH. Unos 79 países y territorios penalizan las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo y más de 100 países penalizan ciertos aspectos del trabajo sexual. En lugares de todo el mundo el miedo y el rechazo social aumentan la vulnerabilidad de las poblaciones móviles, reclusos, adolescentes que adoptan conductas de riesgo o personas que viven en contextos humanitarios. Dicha discriminación aumenta la marginación social y el riesgo de acoso o violencia, e impide que las comunidades se movilicen para hacer frente a la epidemia.

Una encuesta realizada en 2010 a personas seropositivas concluyó que más de un tercio de los encuestados habían perdido su empleo, se les había negado la atención sanitaria, habían sido excluidos social o profesionalmente, o habían visto como se revelaba su estado serológico sin su consentimiento. En muchos países, las personas que viven con el VIH corren un alto riesgo de perder sus hogares, empleos, propiedades y herencias por culpa de una protección inadecuada. Asimismo, 49 países, territorios y entidades imponen algún tipo de restricción en la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con el VIH. Sin embargo, los últimos avances son alentadores: Armenia, China, Fiji, Namibia, Ucrania y los Estados

49

Trabajaremos para acabar con las restricciones para viajar relacionadas con el VIH en los 49 países, territorios y áreas donde todavía se imponen.

Unidos han derogado sus respectivas restricciones para viajar basadas en el VIH. Y el número de países que informan de la existencia de leyes contra la discriminación aumentó de 56 en 2006 a 71 en 2010. Pero todavía tres de cada 10 países carecen de leyes que prohíban la discriminación relacionada con el VIH. Más de la mitad reconocieron tener leyes o políticas que reducían directa o indirectamente el acceso de las poblaciones vulnerables a los servicios del VIH. Muchos de los países que cuentan con leyes contra la discriminación no las aplican rigurosamente.

Con nuestro llamamiento a la libertad equitativa de movimiento de las personas que viven con el VIH, ONUSIDA persigue la eliminación de las restricciones en la entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH, una práctica anticuada que no tiene ningún beneficio para la salud pública y que socava la dignidad y las oportunidades de las personas que viven con el VIH. Dichas restricciones no tienen lugar en el mundo actual, cada vez más globalizado. Trabajaremos para acabar con ellas en los 49 países, territorios y áreas donde todavía se imponen.

ONUSIDA está alzando la voz contra las leyes punitivas que afectan a las personas que viven con el VIH o a aquellas más expuestas al riesgo de infección. El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, y diversos activistas y funcionarios importantes de todo el mundo están prestando su voz para estas cuestiones.

Ya este año, 11 entidades de las Naciones Unidas se han unido a ONUSIDA en la emisión de una declaración que solicita el cierre de los centros de detención y rehabilitación obligatorios para los usuarios de drogas. La existencia de dichos centros, operativos durante los últimos 20 años en muchos países, genera problemas de derechos humanos y amenaza la salud de los detenidos, pues aumentan su vulnerabilidad a la infección por VIH y tuberculosis. Este llamamiento conjunto permitirá que el sistema de las Naciones Unidas realice esfuerzos coordinados y concertados a nivel nacional, regional y mundial con el fin de ayudar a los gobiernos a cerrar dichos centros obligatorios y sustituirlos por programas voluntarios en la comunidad, que respeten los derechos humanos y se fundamenten en pruebas.

Durante los últimos 18 meses ONUSIDA ha trabajado con la sociedad civil y asociados donantes para desarrollar un nuevo mecanismo de financiación con el objetivo de que diversos donantes ofrezcan un apoyo continuo y sostenible a las redes regionales y mundiales de la sociedad civil, poblaciones clave y personas que viven con el VIH. Mediante esta y otras iniciativas hemos dado los pasos necesarios para explicar a los donantes por qué se necesitan todavía fondos para su trabajo, cuál es el impacto del estancamiento de los fondos y cuáles son los nuevos enfoques para la prestación de la ayuda.

UNFPA, el Equipo de apoyo regional de ONUSIDA para Asia y el Pacífico y la Red de profesionales del sexo de Asia y el Pacífico (APNSW, por sus siglas en inglés), en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), el Banco Mundial y la Red de Proyectos del Trabajo Sexual, han organizado conjuntamente la primera Consulta Regional de Asia y el Pacífico sobre el VIH y el trabajo sexual, que concluyó con el desarrollo de ocho planes nacionales de acción provisionales sobre el VIH y el trabajo sexual, estableció una agenda regional para responder al VIH entre los profesionales del sexo y sus clientes, fortaleció la capacidad técnica de la Secretaría de APNSW y generó diálogos regionales y nacionales entre gobiernos y trabajadores del sexo.

Las oficinas de ONUSIDA en Perú y Argentina colaboraron con personas transexuales para producir un video e investigar sobre su realidad. Esto sirvió como catalizador para la creación de la Red Regional Trans REDLA, que ofrece un espacio en la región para dar voz a las comunidades transexuales. Posteriormente se han creado muchas redes nacionales y las personas transexuales tienen hoy una voz sólida en la región.

En 2010, las mujeres representaban en torno al 50% de todas las personas que vivían con VIH, y el 59% de las personas seropositivas en África subsahariana.



Escuchando las experiencias de profesionales del sexo en Delhi, India (2011).



*La visión de ONUSIDA:
Cero nuevas infecciones por el VIH.
Cero discriminación.
Cero muertes relacionadas con el sida.*

El índice de infección por el VIH entre las adolescentes y las jóvenes de África subsahariana es varias veces superior al de los varones de la misma edad. Esto es síntoma de indefensión y no podremos llegar a cero sin abordar la causa subyacente. Para ello, el Programa Conjunto está trabajando con el fin de que se satisfagan las necesidades de mujeres y niñas en al menos la mitad de todas las respuestas nacionales al sida. Esto significa garantizar que se incorporen acciones estratégicas para mujeres y niñas en planes estratégicos, con presupuestos adecuados para su ejecución, supervisión y evaluación.

Al mismo tiempo, debemos impulsar y apoyar movimientos sociales que capaciten a mujeres y niñas, así como trabajar en todos los niveles para poner fin a la violencia de género.

EVOLUCIÓN DE ONUSIDA

Los avances positivos de la respuesta mundial al sida se han desarrollado con un trasfondo complejo: una crisis económica, la primera reducción de las contribuciones de los donantes a la financiación internacional para el sida y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas a controlar mejor los costes dentro del sistema de las Naciones Unidas. Para prestar a los países una asistencia más efectiva, y responder a la necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad, he iniciado una revisión organizativa de la Secretaría de ONUSIDA con tres objetivos:

- Alinear la estructura interna de ONUSIDA con nuestra visión, estrategia y Declaración Política sobre el sida.
- Fortalecer las competencias y el desarrollo de los empleados en nuestra sede, y a nivel regional y nacional con el fin de conseguir resultados.
- Reducir los costes operativos generales y demostrar que ONUSIDA consigue que el dinero rinda.

Nunca antes en su historia ONUSIDA había pasado por un proceso de revisión interna y reestructuración tan completo y ambicioso. Dicho proceso ha estado respaldado por la introducción de nuevas políticas innovadoras que mantienen a ONUSIDA al frente de la reforma y excelencia programática de las Naciones Unidas. Estamos aplicando una gran variedad de cambios a la estructura de la organización, así como revisando los procesos de toma de decisiones, asignación de recursos y rendición de cuentas. La nueva estructura garantizará un programa más sólido y adaptado que conseguirá mejores resultados de forma más rápida e inteligente.

ONUSIDA se centrará cada vez más en los países. Nuestros siete equipos de apoyo regional están capacitados para dirigir la ejecución de la estrategia en sus regiones. Estamos asimismo simplificando la estructura de la sede de ONUSIDA en Ginebra para operar con menos niveles y con departamentos más flexibles. Esto acelerará la toma de decisiones, mejorará la flexibilidad en la utilización de recursos y facilitará una comunicación y coordinación internas más efectivas.

En Ginebra se reducirán con el tiempo aproximadamente 100 puestos con la eliminación de vacantes, la supresión progresiva de contratos temporales, jubilaciones, movilidad y reasignación a los equipos de apoyo regional y oficinas nacionales. Nuestro objetivo es conseguir que el dinero tenga un mayor rendimiento. Se espera que estos cambios generen un ahorro total neto de 40 millones de USD para 2014-2015.

Durante la ejecución de esta reasignación estratégica, ONUSIDA mantendrá los principios de justicia y transparencia, y ofrecerá oportunidades y apoyo a los empleados afectados.

AL FORJAR NUESTRO DESTINO, ¿CUÁL SERÁ NUESTRO LEGADO?

Al embarcarnos en esta apasionante nueva era para ONUSIDA esperamos seguir contando con vuestra cooperación y apoyo para alcanzar nuestra visión común.

Este año nos encontraremos con grandes hitos que ofrecerán oportunidades para cumplir los compromisos adoptados.

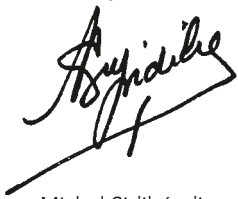
Antes de que nos reunamos en la próxima Cumbre de la Unión Africana debemos tener una hoja de ruta clara para el liderazgo africano en la respuesta al sida.

Antes de que nos reunamos en Washington D.C. con motivo de la Conferencia Internacional sobre el Sida, debemos garantizar que hemos revisado los progresos conseguidos desde la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Sida de 2011 y ver si estamos en el buen camino para alcanzar nuestros objetivos de 2015.

Para el Día Mundial del Sida, informemos de que existen menos leyes que impiden que las poblaciones clave accedan a los servicios. Comunicemos que más niños han nacido libres del VIH, que más personas siguen el tratamiento y que menos jóvenes se han infectado por el virus.

Si 2012 se va a convertir en el año memorable para la respuesta al sida que todos esperamos, cuento con ustedes, nuestros asociados, con su solidaridad para la innovación, la integración y la ejecución.

Mis mejores deseos,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Michel Sidibé', written over a horizontal line.

Michel Sidibé, director ejecutivo de ONUSIDA



20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 36 66

unaids.org