



# Asamblea General

Distr. general  
2 de abril de 2019  
Español  
Original: inglés

## Septuagésimo tercer período de sesiones

Tema 11 del programa

### Aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida y las declaraciones políticas sobre el VIH/sida

## Movilizar la ambición mundial de acabar con la epidemia de sida tras un decenio de progresos

### Informe del Secretario General

#### *Resumen*

Hace 18 años, cuando la Asamblea General celebró su primer período extraordinario de sesiones sobre la epidemia, era prácticamente imposible imaginar un mundo libre de sida. Desde entonces, la determinación mundial de superar una de las mayores crisis sanitarias de la historia ha permitido realizar extraordinarios avances. A lo largo del último decenio, el número de personas que viven con el VIH y que están en tratamiento se ha multiplicado por 5,5; los mensajes para el cambio de comportamiento y los programas de distribución de preservativos han logrado reducir la incidencia de la infección por el VIH en distintos entornos, y son cada vez más los países en los que se ha eliminado la transmisión maternoinfantil del virus. A escala mundial, las muertes debidas a enfermedades relacionadas con el sida entre personas de todas las edades y las infecciones por el VIH entre los niños se han reducido a casi la mitad, y las nuevas infecciones entre adultos han disminuido en un 19 %.

Los grandes avances realizados en la lucha contra la epidemia inspiraron el compromiso, contenido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de acabar con la epidemia de sida a más tardar en 2030. La Asamblea General acordó en 2016 que para alcanzar este objetivo era necesario lograr una rápida expansión de los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH.

Los desafíos son numerosos, entre ellos el estigma y la discriminación a que se enfrentan las personas que viven con el VIH y la existencia de normas de género perjudiciales. Las leyes y políticas de muchos países impiden que los jóvenes, las mujeres, grupos de población clave (personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales, personas transexuales, reclusos, hombres homosexuales y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres), las poblaciones indígenas, y las personas migrantes y refugiadas tengan acceso a los servicios de salud y relacionados con el VIH. A escala mundial, la financiación destinada a la acción contra el VIH en los países



de ingresos bajos y medianos también se ha mantenido estancada durante la mayor parte de los últimos cinco años.

Con todo, se abren ahora oportunidades para que más países, de todas las regiones y niveles de ingresos, se pongan de nuevo en camino hacia el logro de las metas para 2020 acordadas por la Asamblea General. El sistema de las Naciones Unidas, incluido el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), está aumentando su apoyo a los países por conducto de la iniciativa de reforma de las Naciones Unidas.

Una oportunidad importante es el movimiento en favor de la cobertura sanitaria universal, que cada vez cobra más fuerza. Un principio básico de la cobertura sanitaria universal es asegurar que nadie se quede atrás. En el contexto del VIH, no dejar a nadie atrás exige adoptar un paquete de prestaciones de salud que abarque un conjunto integral de servicios relacionados con el VIH basados en centros sanitarios, más servicios de salud pública y protección social sostenidos con fuentes de financiación gubernamentales específicas, y cambios estructurales que aseguren que las personas vulnerables y marginadas tengan acceso a los servicios que necesitan.

Se insta a los Estados Miembros a que adopten las siguientes recomendaciones con el fin de movilizar la voluntad política, acelerar la adopción de medidas y generar el impulso necesario para alcanzar las metas fijadas para 2020: a) revitalizar la prevención primaria del VIH; b) diversificar las pruebas de detección del VIH y diferenciar la prestación de atención sanitaria para alcanzar los objetivos de tratamiento 90-90-90; c) establecer entornos jurídicos y normativos propicios que permitan llegar a las poblaciones marginadas y vulnerables; d) movilizar recursos adicionales y asignarlos donde más se necesiten; e) apoyar a las comunidades para que puedan desempeñar las funciones esenciales que les corresponden; y f) incorporar una respuesta integral al VIH en la cobertura sanitaria universal

## I. Progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016

1. La acción en respuesta al sida —la mayor acción colectiva emprendida a nivel mundial para combatir una enfermedad transmisible mortal —ha sido un camino de transformación. En los primeros tiempos de la epidemia, gran parte del mundo dio la espalda a las personas que vivían con el VIH. Esa desatención permitió que las infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida progresaran hasta alcanzar niveles de crisis. Gracias al activismo de la sociedad civil se logró un cambio de mentalidad en todo el mundo. Se han movilizado cantidades de recursos sin precedentes y, en general, se han logrado resultados que un día fueron ridiculizados por considerarse imposibles de alcanzar en entornos de bajos ingresos.

2. La Asamblea General ha desempeñado un papel fundamental en esta transformación al forjar periódicamente ambiciosos compromisos mundiales y hacer un seguimiento de los avances realizados. Una vez alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener y revertir la epidemia para 2015, la Asamblea General incluyó entre las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible el compromiso de acabar con el sida como amenaza para la salud pública. En 2016, la Asamblea General puso en marcha una estrategia de “vía rápida” para alcanzar ese propósito. La estrategia requiere ampliar rápidamente los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH basados en pruebas para el año 2020, con el propósito de reducir en un 90 % el número de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida antes de 2030<sup>1</sup>.

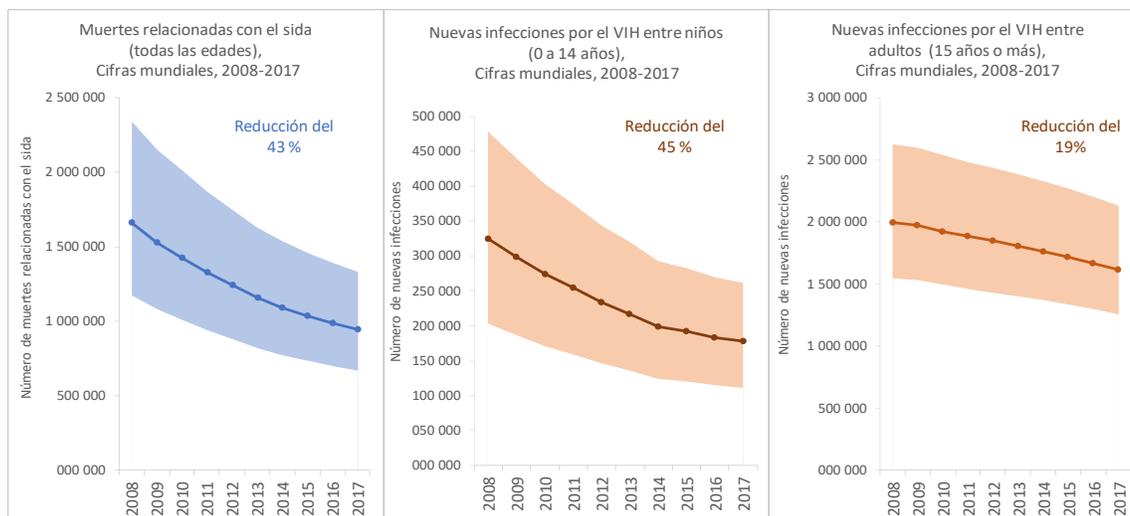
3. Tres años después de que se acordara el enfoque de vía rápida, los informes sobre los progresos realizados que presentan los países al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) demuestran que se trata de una estrategia eficaz. En África Oriental y Meridional, la región más afectada por el sida, el aumento constante de la financiación tanto nacional como internacional ha contribuido a una expansión masiva de programas informados por datos empíricos y basados en los derechos humanos. Durante el último decenio (2008-2017), la mortalidad relacionada con el sida en la región ha disminuido en un 53 % y el número anual de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en un 36 %. La epidemia que en su día mataba cada año a más de 1 millón de personas en esa región se cobra ahora menos de 400.000 vidas al año.

4. En otras regiones del mundo, como América Latina, el Caribe, África Occidental y Central, Asia y el Pacífico, Europa Occidental y Central y América del Norte, el aumento de la cobertura de las pruebas de detección del VIH y los servicios de tratamiento ha logrado reducir considerablemente el número de muertes relacionadas con el sida en el último decenio. La mayoría de esas regiones también han experimentado una disminución del número de nuevas infecciones por el VIH.

---

<sup>1</sup> Estas reducciones del 90 % en el número de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida son respecto a la cifra de referencia de 2010.

**Figura I**  
**Un decenio de progresos en la lucha contra las muertes relacionadas con el sida y las infecciones por el VIH**



*Fuente:* Estimaciones del ONUSIDA respecto de 2018.

5. A nivel mundial, durante el último decenio las muertes por enfermedades relacionadas con el sida (en personas de todas las edades) y las infecciones por el VIH entre niños (de 0 a 14 años) se han reducido a casi la mitad. Los avances en la prevención de nuevas infecciones por el VIH entre adultos (de 15 años o más) han sido más modestos: el número de nuevas infecciones ha caído un 19 % a nivel mundial entre 2008 y 2017 (véase la figura I).

6. Esos avances han estado orientados por el análisis de datos recopilados en establecimientos sanitarios, programas de investigación, encuestas en los hogares, estudios especiales de grupos de población clave y otras fuentes. Los datos se utilizan para concentrar los recursos en los lugares y las poblaciones que más necesitan servicios relacionados con el VIH. En Nigeria, por ejemplo, una reciente encuesta nacional de hogares mostró que la prevalencia del VIH entre adultos (15 a 49 años de edad) era del 1,4 % en 2018, cifra considerablemente inferior a la de estimaciones anteriores, y que las mujeres se ven desproporcionadamente afectadas por el VIH. La prevalencia del VIH entre las mujeres adultas en Nigeria era del 1,9 %, mientras que entre los hombres era del 0,9 %.

7. La investigación científica también está mejorando la prestación de servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, un ensayo de prevención del VIH a gran escala realizado en Sudáfrica y Zambia entre 2013 y 2018 demostró que la prestación puerta a puerta de servicios integrales de salud y relacionados con el VIH por proveedores de atención comunitarios logró una reducción del 20 % en el número de nuevas infecciones por el VIH en toda la población, en comparación con la atención básica estándar prestada a los casos de control del ensayo.

8. La búsqueda de una vacuna y de una cura contra el VIH sigue adelante sin descanso. Actualmente se están probando dos vacunas experimentales en grandes ensayos de fase 3 en África, los primeros ensayos de importancia desde el estudio de la vacuna que se hizo en Tailandia hace diez años. La confirmación en 2019 de la remisión a largo plazo en una segunda persona con VIH que recibió un trasplante de médula ósea permite abrigar nuevas esperanzas de que la curación es posible. Sin embargo, el procedimiento es difícil y peligroso y por tanto no resulta fácil de ampliar

en escala; por otro lado, las técnicas experimentales de “activación y ataque” para eliminar los reservorios de VIH en el cuerpo humano no han tenido éxito hasta la fecha. Las técnicas de edición génica están dando resultados prometedores en modelos animales.

9. Entre otros avances prácticos en el tratamiento del VIH cabe citar las iniciativas en curso para la obtención de formas inyectables de medicamentos antirretrovirales de larga duración y la introducción del dolutegravir en los regímenes de tratamiento de primera línea. Los regímenes basados en el dolutegravir se toleran mejor, tienen menos probabilidades de llevar a disrupciones en el tratamiento y están asociados a una supresión vírica más rápida y una barrera de resistencia genética más alta. Los casos comunicados de posibles efectos secundarios graves en el feto cuando la mujer utiliza el dolutegravir en torno al momento de la concepción se están estudiando en investigaciones adicionales. Mientras tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aconsejado a los proveedores de atención sanitaria que informen a las mujeres sobre los riesgos y beneficios del dolutegravir, mejoren el acceso a opciones anticonceptivas modernas y ofrezcan otros regímenes de tratamiento a las mujeres que tengan previsto concebir un hijo.

### **Objetivos de las pruebas y el tratamiento 90-90-90**

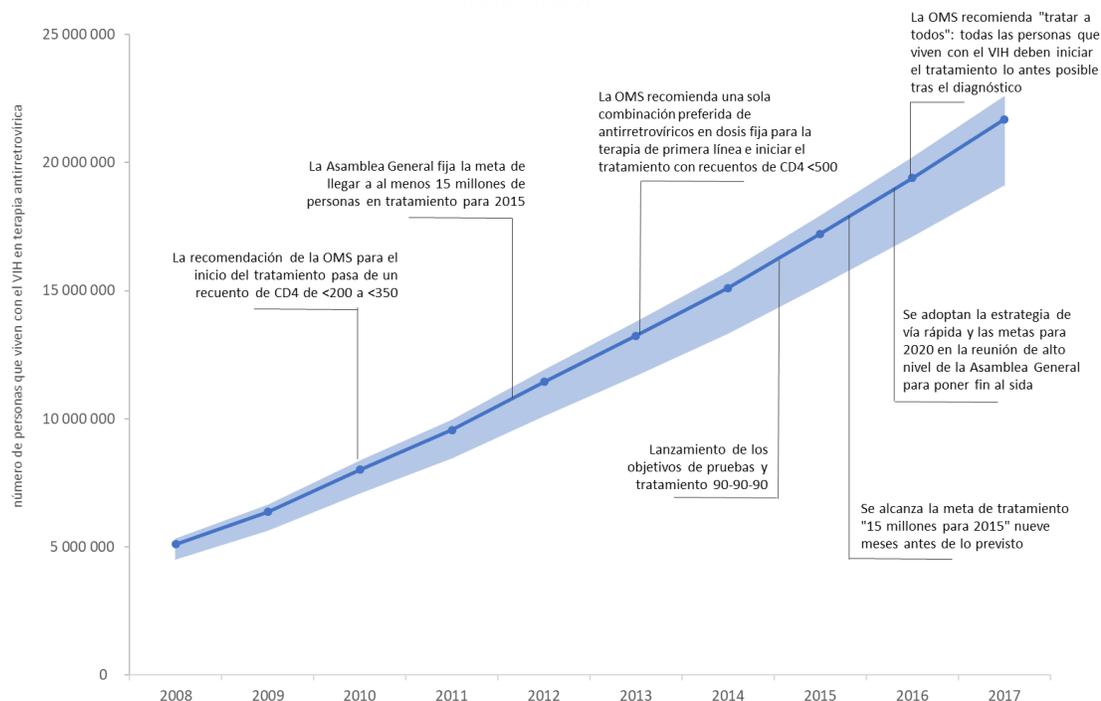
10. Se estima que a finales de 2017 recibían terapia antirretrovírica 21,7 millones [19,1 a 22,6 millones] de personas en todo el mundo, es decir, cinco veces y media más que hace apenas diez años. El progreso firme y constante en el tratamiento del VIH se ha visto impulsado por la participación activa de las comunidades afectadas, una clara ambición y visión a escala mundial, inversiones compartidas entre países de todos los niveles de ingresos, y el desarrollo constante de nuevas tecnologías y de mejores formas de llegar a las personas que viven con el VIH con pruebas de detección y servicios de tratamiento (véase la figura II).

11. La ampliación de escala de las pruebas de detección y el tratamiento del VIH en los últimos años se ha guiado por los ambiciosos objetivos 90-90-90: el 90 % de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico; el 90 % de las personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico tienen acceso a la terapia antirretrovírica, y el 90 % de las personas que están en tratamiento logran la supresión de la carga vírica para 2020. Estos objetivos hacen hincapié en la importancia del diagnóstico del VIH lo antes posible después de la infección, el comienzo inmediato del tratamiento, la permanencia en el tratamiento y el seguimiento sistemático de la carga vírica. Este enfoque maximiza la supresión vírica, con lo que se protege a las personas con VIH de las enfermedades relacionadas con el sida y se reduce en gran medida el riesgo de transmitir el virus a otras personas.

12. Se estima que a finales de 2017 tres cuartas partes [55 % a 92 %] de las personas que vivían con el VIH en todo el mundo conocían su estado serológico. Entre ellas, el 79 % [59 % a > 95 %] tenía acceso a la terapia antirretrovírica, y el 81 % [60 % a > 95 %] de las personas con acceso al tratamiento habían suprimido la carga vírica. Estos promedios mundiales enmascaran grandes diferencias entre regiones y países.

13. Varios países de ingresos medianos, como Botswana, Camboya, Eswatini, Lesotho y Namibia, han alcanzado o están a punto de alcanzar los objetivos 90-90-90. Europa Occidental y Central y América del Norte, África Oriental y Meridional y América Latina parecen estar bien encaminadas hacia la consecución de los objetivos. Las regiones de Asia y el Pacífico y el Caribe han realizado importantes progresos, pero tendrán que acelerar sus programas de pruebas y tratamiento para alcanzar los objetivos de aquí a 2020. La cobertura del tratamiento en Europa Oriental y Asia Central, el Oriente Medio y África Septentrional, y África Occidental y Central es alarmantemente baja.

**Figura II**  
**Hitos del aumento de número de personas con VIH (de todas las edades)**  
**que tienen acceso a la terapia antirretrovírica, 2008-2017**



Fuente: Estimaciones del ONUSIDA respecto de 2018.

14. La falta de conocimientos sobre el estado serológico respecto al VIH se está subsanando gracias a los avances en las pruebas de detección del VIH. La realización de pruebas por medios comunitarios permite llegar a las personas que viven lejos de un centro de salud, prestar servicios adaptados a las personas con alto riesgo de infección por el VIH y mitigar el estigma y la discriminación. También está dando buenos resultados hacer participar a los adolescentes y los grupos de población clave por medio de iguales que actúan como agentes de extensión. La creciente disponibilidad de kits de autodetección del VIH está mejorando los resultados entre los jóvenes, los hombres y los grupos de población clave. Las preocupaciones acerca de los vínculos con el diagnóstico confirmatorio y el inicio del tratamiento después de un autodiagnóstico reactivo se están abordando mediante el autodiagnóstico asistido por iguales. La prueba en casos índice —cuando se ayuda a personas recién diagnosticadas como seropositivas a llevar a sus parejas sexuales, familiares y otras personas cercanas para que se sometan a la prueba— ha demostrado ser una forma especialmente eficaz de llegar a las personas que tienen menos probabilidades de acudir a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, como los varones y los niños.

15. La prueba de determinación de la carga vírica entre las personas en tratamiento es el método recomendado para comprobar que el tratamiento está funcionando y para saber si se ha alcanzado y se mantiene la supresión vírica, o para diagnosticar y confirmar el fracaso del tratamiento. La prueba de la carga vírica da a los clientes mayor comprensión, control y motivación para cumplir el tratamiento. Para el personal sanitario es una herramienta fundamental que permite adaptar la atención, de tal modo que las personas con cargas víricas suprimidas puedan acudir al centro

de salud con menos frecuencia, y se preste más atención a los pacientes con cargas víricas no suprimidas. La cobertura con pruebas de determinación de la carga vírica está aumentando. En algunos países donde la prevalencia es alta, el ritmo de expansión ha sido extraordinario. En Uganda, por ejemplo, el número de distritos con una cobertura con pruebas de la carga vírica del 90 % o más pasó de 29 a 70 en un solo año, y el número de distritos con una cobertura inferior al 80 % disminuyó de 53 a 22<sup>2</sup>.

### **Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH**

16. La disminución continua del número de niños que contraen la infección por el VIH es un gran triunfo de la salud pública. A nivel mundial, se han evitado 1,6 millones [1,0 a 2,4 millones] de nuevas infecciones pediátricas entre 2008 y 2017 (véase la figura III), logro que se deriva de un pronunciado aumento del porcentaje de embarazadas que viven con el VIH que reciben medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus o como terapia de por vida, desde el 25 % [19 % a 31 %] en 2008 hasta el 80 % [61 % a >95 %] en 2017<sup>3</sup>. El aumento del número de embarazadas que se han sometido a pruebas de detección del VIH y la sífilis y la mejora del acceso a tratamientos adecuados también han reducido la incidencia de la sífilis congénita en todo el mundo desde aproximadamente 752.000 casos en 2012 hasta unos 683.000 casos en 2016. Cada vez son más los países con baja carga de morbilidad que han validado la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH o la sífilis. Entre los países con alta prevalencia del VIH, Eswatini, Malawi, Namibia y Zimbabwe han logrado importantes reducciones en la transmisión maternoinfantil. Estos avances demuestran que es posible acabar con el sida pediátrico en un futuro próximo.

17. En el caso de los lactantes expuestos al VIH, las tecnologías basadas en pruebas virológicas en el punto de atención ofrecen resultados más rápidos para el diagnóstico en el lactante, lo que se traduce en menores pérdidas de pacientes durante el seguimiento, un inicio más sistemático del tratamiento antes de que el sistema inmunitario del lactante infectado se debilite, y menor número de muertes relacionadas con el sida. En Mozambique, por ejemplo, se inició la terapia antirretrovírica en los 60 días siguientes a la toma de muestras en el 89,7 % de los lactantes con VIH a los que se diagnosticó mediante pruebas en el punto de atención, frente al 12,8 % de los lactantes a los que se hizo el diagnóstico precoz habitual<sup>4</sup>.

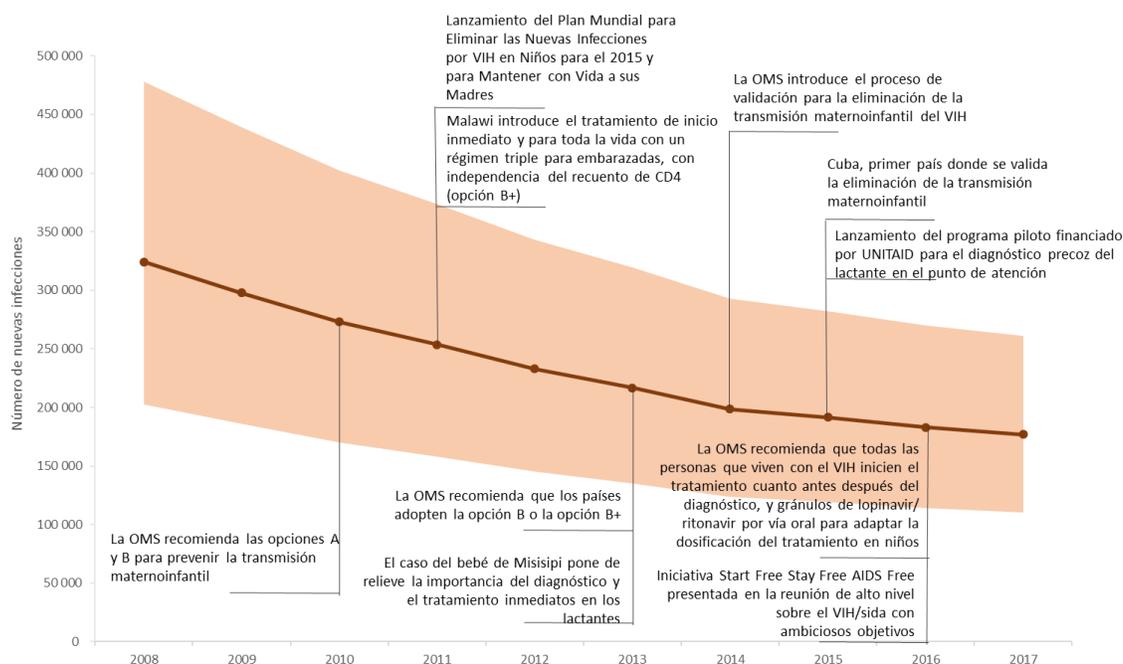
---

<sup>2</sup> Uganda, Ministerio de Salud, Viral Load Dashboard. Puede consultarse en el sitio web de los Laboratorios Centrales de Salud Pública: <http://cphl.go.ug>.

<sup>3</sup> La estimación de la cobertura correspondiente a 2008 excluye la nevirapina en dosis única, que estaba ampliamente disponible en ese momento pero que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dejado de recomendar debido a su limitada eficacia.

<sup>4</sup> Ilesh V. Jani y otros. "Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients". *AIDS*, vol. 32, núm. 11 (julio de 2018).

**Figura III**  
**Hitos de la reducción de las nuevas infecciones por el VIH entre los niños (0 a 14 años de edad) hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil, 2008-2017**



*Fuente:* Estimaciones del ONUSIDA respecto de 2018.

*Abreviaturas:* UNITAID, Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos.

### Prevención primaria del VIH

18. Desde los primeros tiempos de la epidemia, la prevención primaria del VIH ha sido uno de los componentes centrales de la respuesta al sida y sigue estando en la base de todas las iniciativas para alcanzar los objetivos de reducción de la infección para 2020 y 2030. Los mensajes en favor del cambio de comportamiento y los programas de distribución de preservativos han logrado reducir la incidencia de la infección por el VIH en numerosos países. Una reciente revisión sistemática de 29 estudios demostró que la distribución de preservativos en las escuelas a menudo conduce a un mayor uso del preservativo y a la reducción de las infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes, sin que ello conduzca a una iniciación sexual más temprana o a un aumento de la actividad sexual o del número de parejas sexuales<sup>5</sup>.

19. La educación sexual integral desempeña un papel de primer orden en la preparación de los adolescentes y los jóvenes para una vida sin riesgos, productiva y plena, y es un importante componente del conjunto de medidas de prevención del VIH para los jóvenes. Se ha demostrado que los programas de educación sexual integrados en los planes de estudios contribuyen a un retraso en el inicio de las relaciones sexuales, menor frecuencia en las relaciones sexuales, menor número de parejas sexuales, una reducción de las conductas de riesgo, mayor uso de preservativos y mayor uso de anticonceptivos entre los jóvenes. Las pruebas también demuestran que

<sup>5</sup> Eda Algur y otros, "A Systematic Global Review of Condom Availability Programs in High Schools", *Journal of Adolescent Health*, vol. 64, Núm. 3 (marzo de 2019).

una educación integral en sexualidad contribuye a otros resultados decisivos, entre los que cabe citar actitudes de equidad en materia de género, confianza y afianzamiento de la identidad<sup>6</sup>.

20. Las medidas de reducción de los daños —que comprenden el suministro de equipo de inyección estéril, terapia de sustitución de opiáceos, naloxona y otros elementos basados en pruebas del conjunto integral de servicios recomendados por el ONUSIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la OMS— han reducido en gran medida las infecciones por el VIH y las sobredosis mortales en los países que garantizan que las personas que se inyectan drogas puedan acceder fácilmente a esos servicios.

21. En los últimos años se ha acelerado la implantación de nuevas intervenciones biomédicas de prevención, como la circuncisión masculina voluntaria y la profilaxis previa a la exposición (PrEP). En 2017 se practicaron 4 millones de circuncisiones médicas masculinas voluntarias en 14 países que tienen altos niveles de prevalencia del VIH en África Oriental y Meridional. La PrEP está ampliamente disponible en varias ciudades de América del Norte, Europa Occidental y Australia, donde está contribuyendo a una disminución del número de nuevos diagnósticos de VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El acceso a la PrEP está aumentando en varios países de África Subsahariana y Asia, así como en el Brasil.

#### **Avanzar hacia la eliminación del estigma, la discriminación y la marginación**

22. Al comienzo de la epidemia del VIH, el estigma y la discriminación generalizados contra las personas muy expuestas a la infección por el VIH y las personas que vivían con el VIH casi paralizaron la respuesta al sida. Aunque los efectos de esos fracasos tempranos siguen acusándose hoy en día, los esfuerzos por disipar el estigma y la discriminación que rodean a la epidemia han tenido un efecto positivo que puede medirse. Se ha observado una disminución del estigma asociado al VIH en países en los que se han llevado a cabo encuestas múltiples. Por ejemplo, en África Oriental y Meridional, el porcentaje de personas que no comprarían verduras a un vendedor que vive con el VIH se redujo del 50,7 % en 2000-2008 al 29,5 % en 2009-2016.

23. El respeto del estado de derecho ha demostrado ser un determinante fundamental de la salud en un país<sup>7</sup>. La Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación ha documentado el enorme potencial que tiene la ley para mejorar la vida de las personas que viven con el VIH, así como el daño que se hace cuando los sistemas jurídicos no protegen a las personas de la discriminación y otras vulneraciones de derechos. Desde que la Comisión publicó su informe en 2012, más de 89 países han tomado medidas para derogar o reformar las leyes. Algunos han derogado leyes que penalizan el VIH, las relaciones entre personas del mismo sexo y la posesión de drogas, y otros han promulgado leyes que promueven los derechos reproductivos, la educación sexual y los derechos humanos de las personas que viven con el VIH o están en riesgo de contraerlo.

<sup>6</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres y OMS, *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*, edición revisada (París, 2018).

<sup>7</sup> Ángela María Pinzón-Rondón y otros, “Association of rule of law and health outcomes: an ecological study”. *BMJ Open*, vol 5, Núm. 10 (octubre de 2015).

24. Desde que la Asamblea General se comprometió a eliminar las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia en 2011, en 29 países dichas restricciones han sido revocadas o se ha aclarado oficialmente que no discriminan en función del estado serológico respecto al VIH. Solo 20 países informaron de la existencia de restricciones de ese tipo en 2017.

## II. Carencias críticas en los servicios

25. En los casos en que se han ampliado los programas integrales basados en datos empíricos y se ha creado un entorno propicio para prestar servicios a las personas y los lugares más necesitados, se han conseguido firmes avances. Sin embargo, la determinación de hacer realidad el objetivo de poner fin al sida para 2030 no está suficientemente extendida. Regiones enteras han quedado rezagadas, y en docenas de países la epidemia está empeorando.

26. En Europa Oriental y Asia Central, por ejemplo, el número anual de nuevas infecciones por el VIH ha aumentado un 30 % desde 2010; en Oriente Medio y África Septentrional las muertes por enfermedades relacionadas con el sida han aumentado en un 11 % durante el mismo período. Los servicios centrados en los grupos de población clave dentro de estas regiones son pocos y están alejados entre sí, y los severos castigos que se imponen a las relaciones entre personas del mismo sexo, el uso de drogas y el trabajo sexual en estas regiones y en otros lugares suponen formidables barreras para los escasos servicios que están disponibles.

27. En África Occidental y Central, la insuficiente financiación nacional, la debilidad de los sistemas de salud, las tarifas tanto oficiales como oficiosas que se cobran a los usuarios de la asistencia sanitaria, las situaciones humanitarias y los altos niveles de estigmatización y discriminación han socavado los esfuerzos por expandir las pruebas y el tratamiento del VIH. El resultado es que existen enormes interrupciones a lo largo del proceso continuo de la detección, el tratamiento y la atención del VIH. Entre todas las personas que vivían con el VIH en la región en 2017, menos de la mitad (48 %) conocían su estado serológico, solo dos de cada cinco (40 %) tenían acceso a la terapia antirretrovírica, y menos de un tercio (29 %) tenían suprimida la carga vírica. En todas las regiones, rara vez se proporcionan combinaciones de servicios de prevención primaria del VIH adaptadas a las necesidades de las personas más expuestas a la infección con una escala adecuada y la intensidad suficiente.

28. Cuando el acceso a los servicios relacionados con el VIH es difícil —por ejemplo, cuando las personas han de viajar largas distancias para llegar a un dispensario, cuando el horario de atención no es adecuado, o cuando el personal del dispensario discrimina a las personas que viven con el VIH y a los grupos de población clave en riesgo de contraerlo—, la utilización de estos servicios tiende a disminuir. Las barreras normativas y estructurales y la falta de implementación sistemática de programas de prevención probados a pequeña escala han dejado sin servicios de prevención del VIH a las adolescentes, mujeres jóvenes, grupos de población clave con alto riesgo de infección y poblaciones marginadas. La inseguridad alimentaria, los costos asociados a las pruebas del VIH y de la carga vírica, otros costos sanitarios, los costos de transporte, la pérdida de ingresos y los costos de oportunidad contribuyen a postergar el inicio del tratamiento, reducir la observancia de este y aumentar las tasas de mortalidad relacionada con el sida.

29. Las carencias en la cascada de servicios de detección y tratamiento del VIH han dejado a más de la mitad de las personas que viven con el VIH en el mundo con cargas víricas no suprimidas, lo que las hace vulnerables a las enfermedades relacionadas con el sida y a la mortalidad, además de aumentar la posibilidad de que transmitan el virus a otras personas. El conocimiento del estado serológico respecto al VIH, la

cobertura del tratamiento y las tasas de supresión del virus son sistemáticamente inferiores entre los niños, los jóvenes y los hombres, y la mayoría de las pruebas apuntan a una menor observancia del tratamiento y una menor supresión del virus entre las trabajadoras sexuales, las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero, los reclusos y los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

### **Grupos de población clave**

30. En muchos países, los responsables de la formulación de políticas de salud pública pasan por alto a los grupos de población clave, a pesar de que los datos demuestran que casi la mitad (47 %) de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo en 2017 se dieron entre miembros de esos grupos y sus parejas sexuales. Los servicios de reducción de daños, por ejemplo, solo se prestan a gran escala en un puñado de países. La legislación penal y la aplicación agresiva de la ley dan pie a la discriminación, el acoso y la violencia, empujan a los grupos de población clave a los márgenes de la sociedad y los privan de acceso a servicios de salud y sociales básicos. Las leyes y políticas que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo todavía existen en más de 68 países y al menos 17 países penalizan a las personas transgénero. El trabajo sexual está castigado en más de 116 países; las personas que cometen delitos relacionados con las drogas todavía se enfrentan a la pena de muerte en 33 países. Se ha determinado que la estigmatización y la discriminación contra grupos de población clave en los entornos de atención sanitaria son obstáculos importantes para los servicios de detección y tratamiento del VIH, lo que conduce a retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento, la interrupción del tratamiento y un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sida.

31. El estigma y la discriminación a que se enfrentan las personas que viven con el VIH siguen siendo inaceptablemente altas. En 22 países en los que se han hecho encuestas recientes, una mediana del 50,4 % (rango 17,6 % a 76,0 %) de los hombres y las mujeres de 15 a 49 años de edad mantenían actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH, y una mediana del 31,2 % (rango 7,3 % a 58,8 %) de los hombres y las mujeres de 15 a 49 años de edad decía que no debería permitirse que los niños y niñas que viven con el VIH asistieran a la escuela con niños y niñas no infectados por el virus, a pesar de que el riesgo de transmisión infantil del VIH en el entorno escolar es prácticamente nulo. La penalización excesivamente generalizada de la no divulgación de información, la exposición y la transmisión del VIH alimenta actitudes estigmatizantes y conductas discriminatorias en muchos países. En una revisión realizada en 2018, ONUSIDA observó que había 69 países con leyes que penalizaban la transmisión del VIH, la no divulgación de información o la exposición al virus. Otros 19 países informaron de que, si bien no contaban con leyes tan específicas en su ordenamiento, sí había casos en los que se perseguían estas cuestiones con arreglo a otras leyes penales.

### **Las personas jóvenes, incluidas las adolescentes y las mujeres jóvenes**

32. En África Subsahariana, la disminución de la mortalidad infantil, combinada con las elevadas tasas de fecundidad actuales, ha dado lugar a que los niños y los adultos jóvenes constituyan una gran parte de la población total. Esta “burbuja de jóvenes” no está siendo alcanzada de manera sistemática por las iniciativas de prevención del VIH. Los conocimientos sobre la prevención del VIH entre los jóvenes han permanecido estancados durante los últimos 20 años. Encuestas representativas a nivel nacional realizadas entre 2012 y 2017 revelaron que solo el 34 % de los hombres jóvenes y el 28 % de las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) de África Subsahariana tenían conocimientos básicos sobre cómo protegerse del VIH. De los países que presentan informes a ONUSIDA, el 19 % todavía no tiene una política de

educación sexual integral en la escuela secundaria, y 95 países tienen leyes que exigen el consentimiento de los padres para que los adolescentes puedan acceder a las pruebas del VIH. La disminución de la financiación nacional y de los donantes para los programas de comercialización social de preservativos, que se inscribe en una disminución general del porcentaje de los fondos asignados a la prevención primaria, está teniendo efectos en el acceso a los preservativos en los países con altos niveles de prevalencia.

33. Siguen observándose altas tasas de infección por el VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes de África Subsahariana, muchas de las cuales se convierten en madres. Las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) representaron una de cada cuatro infecciones por el VIH en la región en 2017, a pesar de que solo constituyen el 10 % de la población; las enfermedades relacionadas con el sida fueron una de las principales causas de muerte entre las niñas y las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad). Una de cada cinco mujeres embarazadas que viven con el VIH no está diagnosticada o no tiene acceso a tratamiento; y la retención en el tratamiento del VIH en el caso de las mujeres embarazadas y lactantes es demasiado baja: el 20 % de las mujeres de África Subsahariana que comenzaron el tratamiento lo abandonaron antes de dar a luz a sus hijos. Además, un número considerable de mujeres se infectan con el VIH durante el embarazo o la lactancia y no son diagnosticadas a tiempo para prevenir la transmisión vertical.

### **Desigualdad de género**

34. Las desigualdades de género y las normas de género perjudiciales aumentan el riesgo de infección por el VIH entre las mujeres, especialmente entre las jóvenes de África Subsahariana. El acceso limitado a la educación, la falta de autonomía económica y la dinámica desigual de poder en el hogar y en la sociedad en general privan a las mujeres del control de sus vidas, restringiendo su acceso a los servicios de prevención del VIH y de salud sexual y reproductiva y exponiéndolas a la violencia sexual y de pareja, así como a un mayor riesgo de contraer el VIH, otras infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y mortalidad materna<sup>8</sup>. Las mujeres que sufren violencia de sus parejas tienen un 50 % más de probabilidades de contraer el VIH que las demás<sup>9</sup>. Los informes de los países muestran que las hijas y los hijos no tienen los mismos derechos de sucesión en 39 países del mundo. En un estudio realizado en 2018, ONUSIDA observó que las mujeres necesitan el consentimiento de su cónyuge o pareja para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en cuatro países; y los datos del Banco Mundial muestran que apenas 78 países penalizan explícitamente la violación conyugal.

### **Poblaciones marginadas**

35. La marginación de los pueblos indígenas, los migrantes y los refugiados expone a estos grupos a peores resultados en materia de salud, incluidas tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sida. Se ha demostrado que los grupos indígenas del Brasil, el Canadá, Indonesia y Venezuela tienen un acceso más

<sup>8</sup> Kristin L. Dunkle y Michelle R. Decker, "Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups", *American Journal of Reproductive Immunology*, vol. 69, Núm. s1 (febrero de 2013); y Frank Chirowa, Stephen Atwood y Marc Van der Putten, "Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: a secondary data analysis", *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, vol. 5, Núm. 1 (2013).

<sup>9</sup> Lori Heise y Elizabeth McGrory, eds., "Greentree II: violence against women and girls, and HIV", informe de proyecto, consorcio de investigación STRIVE, agosto de 2016.

deficiente a la atención sanitaria y mayor riesgo de infección por el VIH y de padecer enfermedades relacionadas con el sida<sup>10,11,12,13</sup>.

36. La migración puede colocar a las personas en situaciones que aumentan su riesgo de contraer el VIH. La pobreza, el trabajo en condiciones de explotación, la denegación de derechos o la alta prevalencia de la infección en el origen o el destino (o a lo largo de la ruta de tránsito) son algunos de los factores que influyen en el riesgo de contraer el VIH, la tuberculosis y otras infecciones entre los migrantes. También hay otros factores que impiden el acceso de los trabajadores migrantes a los servicios de atención sanitaria que necesitan, como la condición de inmigrante irregular, las barreras lingüísticas y culturales, el cobro de tarifas a los usuarios, la falta de políticas sanitarias que incluyan a los migrantes y la inaccesibilidad de los servicios<sup>14</sup>. Esta vulnerabilidad puede verse exacerbada en los países que imponen restricciones de viaje a las personas que viven con el VIH, ya que esas restricciones disuaden a los migrantes de acceder a las pruebas del VIH y a los servicios de tratamiento.

37. Los refugiados y las personas desplazadas pueden enfrentarse a barreras similares en el acceso a la atención sanitaria y a otros servicios sociales. Las personas que carecen de medios de sustento corren mayor riesgo de ser víctimas de la violencia y la explotación sexuales, o de verse obligadas a vivir en situaciones que las hacen vulnerables y las marginan, todo lo cual puede tener graves efectos en su salud y bienestar. También puede suceder que los refugiados y los migrantes sean sometidos a pruebas obligatorias del VIH y, si el resultado es positivo, a restricciones de la libertad de circulación u otras vulneraciones de sus derechos. Las personas que viven con el VIH y se ven obligadas a huir de sus hogares también están muy expuestas a interrupciones del tratamiento y a la morbilidad y mortalidad relacionadas con el sida. La inseguridad alimentaria durante las emergencias también puede afectar a la observancia del tratamiento y dar lugar a comportamientos de riesgo respecto del VIH, como las relaciones sexuales transaccionales.

38. El número de personas afectadas que viven con el VIH puede estar aumentando a medida que aumentan la frecuencia y la magnitud de las emergencias humanitarias. Los modelos elaborados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos estimaron que en 2016 había 479 millones de personas afectadas por situaciones de emergencia, frente a 314 millones en 2013, y que el número de personas que vivían con el VIH afectadas por emergencias humanitarias pasó de 1,71 millones a 2,57 millones.

### **Pobreza y vulnerabilidad**

39. El derecho a la salud está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Setenta años después, en naciones de todos los niveles de ingresos, ese nivel mínimo de salud a menudo se niega a los más pobres y vulnerables. La pobreza aumenta las posibilidades de enfermar, y los costos de la atención sanitaria

<sup>10</sup> Adele Schwartz Benzaken y otros, “HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon”, *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, Núm. 92 (2017).

<sup>11</sup> A.C. Bourgeois y otros, “HIV in Canada—surveillance report, 2016”, *Canada Communicable Disease Report*, vol. 43, Núm. 12 (diciembre de 2017).

<sup>12</sup> Leslie Butt, “‘Living in HIV-land’: mobility and seropositivity among highlands Papuan men”, en *From “Stone-Age” to “Real-Time”: Exploring Papuan Temporalities, Mobilities and Religiosities*, Martín Slama y Jerry Munro, eds. (Canberra, ANU Press, 2015).

<sup>13</sup> Julián A. Villalba y otros, “HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns”, *AIDS*, vol. 27, Núm. 11 (julio de 2013).

<sup>14</sup> OMS, Oficina Regional para Europa, “Migration and health: key issues - Migrant health in the European region”, 2016.

hacen más probable que las personas se suman más profundamente en la pobreza. Las personas empobrecidas han de gastar en asistencia sanitaria una proporción mucho mayor de sus ingresos que los ricos, y es menos probable que cuenten con el seguro médico necesario para evitar costos sanitarios catastróficos.

40. Los vínculos entre la pobreza y la infección por el VIH son complejos. Las personas empobrecidas no necesariamente corren mayor riesgo de contraer el VIH, pero se ven afectadas de manera diferente por sus consecuencias sanitarias, económicas y sociales<sup>15</sup>. Por ejemplo, el nivel de ingresos parece ser una variable importante en los resultados del tratamiento del VIH. En Sudáfrica, las personas que viven con el VIH y tienen un nivel socioeconómico bajo (en función de los ingresos, los bienes o la situación laboral) estaban un 50 % más expuestas a morir por causas relacionadas con el VIH que sus homólogos con un nivel socioeconómico alto<sup>16</sup>.

41. El cobro de tarifas y otros gastos por cuenta del usuario limitan el acceso de las personas que viven con el VIH a los servicios de atención médica<sup>17</sup>. Incluso cuando los medicamentos antirretrovirales están disponibles de forma gratuita, el cobro de tarifas por las pruebas de diagnóstico, las consultas y los medicamentos para las infecciones oportunistas tiene enormes consecuencias para las personas con menos ingresos. También se ha demostrado que el cobro de tarifas a los usuarios reduce el acceso a los servicios de salud de manera más extendida entre las personas más vulnerables de la sociedad<sup>18</sup>. Los gastos por cuenta del usuario constituyen una proporción sustancial del gasto total en salud en todas las regiones (véase la figura IV), y en algunos países de ingresos bajos y medianos se estima que el gasto por cuenta de los usuarios representa más del 60 % del gasto total en salud<sup>19</sup>.

---

<sup>15</sup> Stuart Gillespie, Suneetha Kadiyala y Robert Greener, “Is poverty or wealth driving HIV transmission?”, *AIDS*, vol. 21, suplemento 7 (noviembre de 2007).

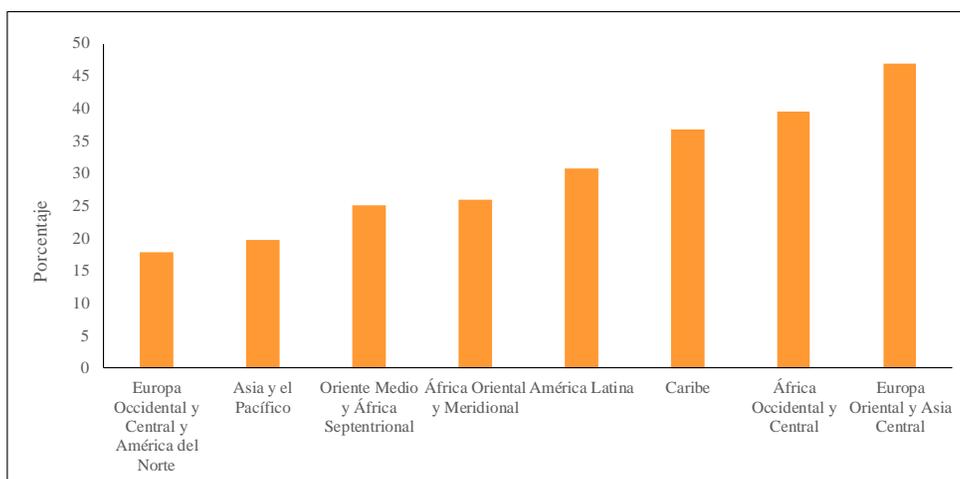
<sup>16</sup> Charlotte Probst, Charles D.H. Parry y Jürgen Rehm, “Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa”, *Tropical Medicine and International Health*, vol. 21, Núm. 7 (julio de 2016).

<sup>17</sup> Shabnam Asghari y otros, “Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review & framework synthesis”, *AIDS Care*, vol. 30, Núm. 8 (2018).

<sup>18</sup> Chris D. James y otros, “To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries”, *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 5, Núm. 3 (septiembre de 2006); y Mylene Lagarde y Natasha Palmer, “Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people”, nota de política preparada para el diálogo internacional sobre iniciativas basadas en pruebas para lograr los objetivos sanitarios en los países en desarrollo, Khon Kaen (Tailandia), diciembre de 2006.

<sup>19</sup> Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, “Universal health coverage: facts and figures”, diciembre de 2018.

**Figura IV**  
**Pagos directos de los hogares como porcentaje del gasto total en salud, promedio regional, 2015**



Fuente: OMS, Global Health Expenditure Database. Puede consultarse en <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es> (consultada el 1 de junio de 2018).

### **Insuficiente disponibilidad de innovaciones recientes**

42. En la mayoría de las regiones aún no están disponibles de forma generalizada las tecnologías de prueba más recientes. Entre los países que comunicaron a ONUSIDA información sobre las modalidades de prueba de detección del VIH disponibles en 2018, solo 32 países permitían que proveedores no profesionales realizaran la prueba del VIH, 14 ofrecían pruebas de autodetección del VIH y 18 ofrecían pruebas del VIH a domicilio. La notificación asistida a la pareja era más común: 54 de los 140 países informaron de que se puede contar con un proveedor capacitado para ayudar a una persona recién diagnosticada a informar a su pareja de su estado serológico respecto al VIH y luego proponer a la pareja la prueba del VIH (véase la figura V).

43. La cobertura de las pruebas de determinación de la carga vírica sigue siendo baja en muchas partes del mundo. Entre los 79 países que comunicaron datos a ONUSIDA en 2017, una cuarta parte indicó que menos de la mitad de las personas que recibían tratamiento se sometían a una prueba anual de determinación de la carga vírica.

44. El avance hacia la meta mundial de 3 millones de personas en PrEP para el año 2020 ha sido lento. Se estima que el número de personas que han iniciado la PrEP a mediados de 2018 era de aproximadamente 350.000, de las cuales dos tercios se encuentran en los Estados Unidos de América.

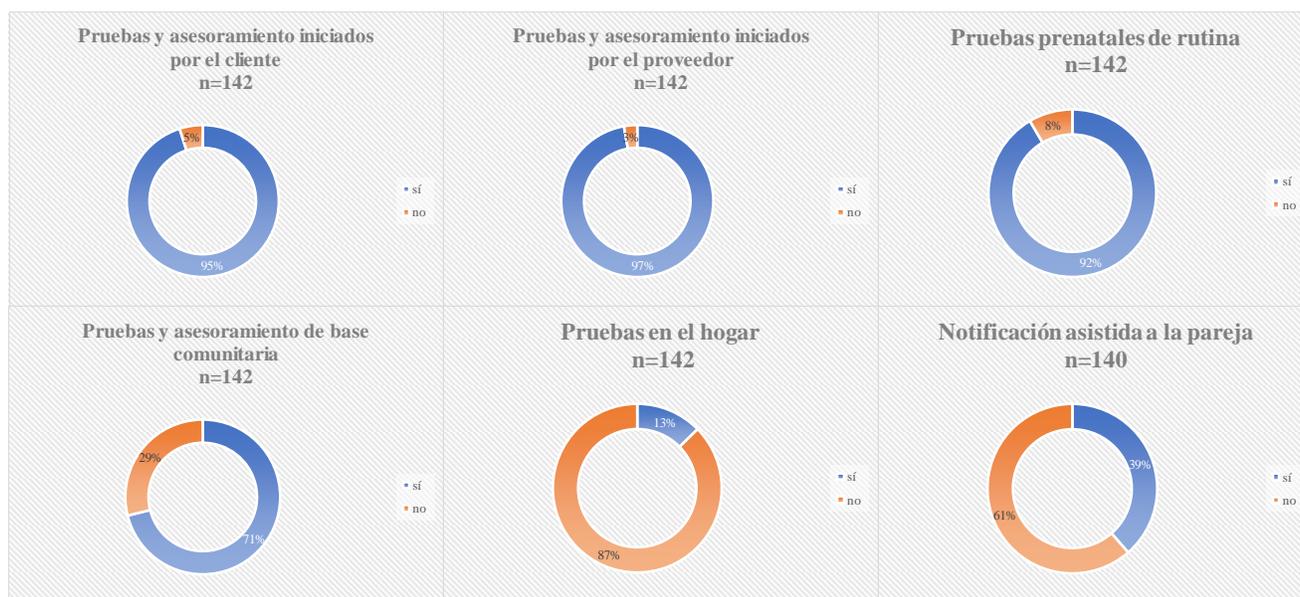
### **Insuficientes inversiones**

45. Tras más de un decenio de crecimiento, la financiación de las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medianos se estancó en 2009 en un contexto de perturbaciones económicas a nivel mundial. A medida que los mercados financieros se estabilizaban y aumentaba la preocupación por la posibilidad de que se perdiera el impulso adquirido frente a una de las mayores amenazas sanitarias del mundo, la Asamblea General acordó que se ampliaran las inversiones en los países de ingresos bajos y medianos, en un plazo de cinco años, hasta 26.000 millones de dólares de aquí a 2020, cantidad que está en consonancia con los costos estimados para que esos

países alcancen las metas programáticas aceleradas contenidas en la Declaración Política de 2016 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.

Figura V

### Porcentaje de países que informan de la presencia de métodos de pruebas del VIH, a nivel mundial, 2018



Fuente: OMS, 2018.

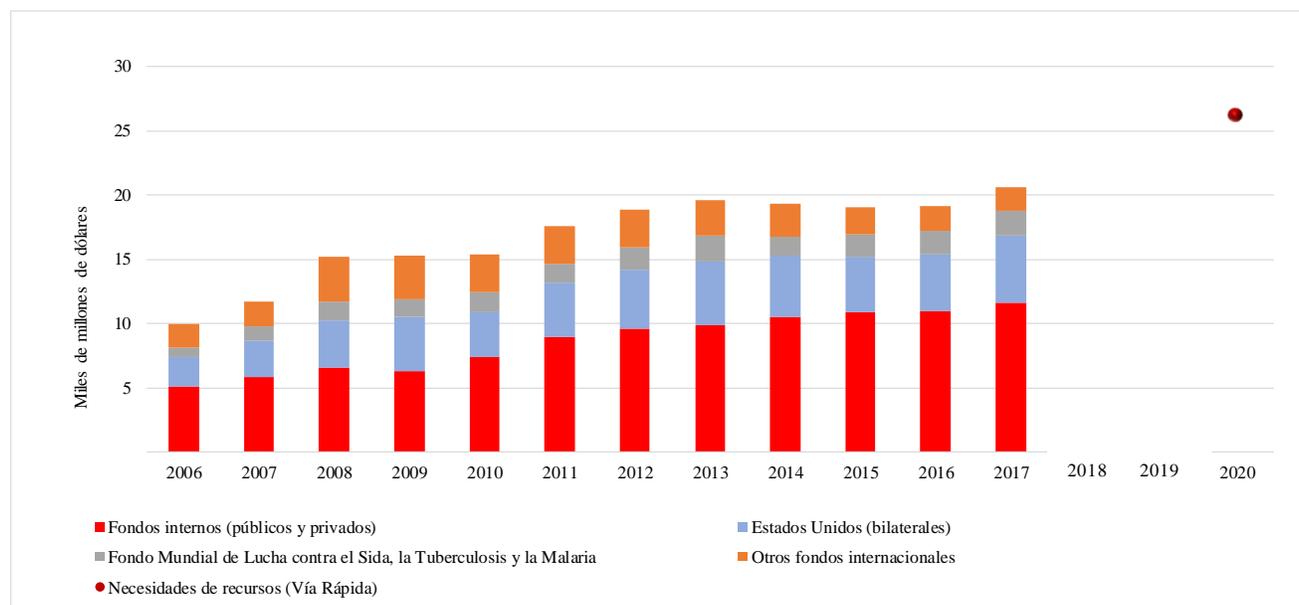
Abreviatura: n, número de países que comunicaron datos.

46. La financiación total destinada a las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medios se mantuvo estable entre 2012 y 2016. Dentro de esa tendencia general, los aumentos constantes de las inversiones nacionales se han visto contrarrestados por la reducción de la financiación recibida de los donantes. En 2017, el aumento de los desembolsos de los donantes y los continuos aumentos de las inversiones nacionales se combinaron para aumentar el gasto hasta 20.600 millones de dólares de los EE. UU. (a valores constantes de 2016), aproximadamente el 80 % de la meta de 2020 para los países de ingresos bajos y medianos (véase la figura VI). La reciente ampliación del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para Luchar contra el Sida es un nuevo y alentador compromiso del mayor proveedor individual de apoyo internacional para la respuesta mundial al sida. Con todo, se necesitan más compromisos de los donantes y de los países si se quiere alcanzar el objetivo de inversión para 2020. La sexta conferencia de reposición del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que se celebrará en octubre de 2019, será decisiva para conseguir nuevos compromisos de gasto de los donantes para 2020-2022 y estimular nuevas inversiones nacionales.

Figura VI

### Disponibilidad de recursos para el VIH en los países de ingresos bajos y medianos, en dólares de los EE. UU. a valores constantes, por fuente de financiación, 2000-2017 y meta para 2020

(En miles de millones de dólares)



Fuente: ONUSIDA, estimaciones de la disponibilidad y las necesidades de recursos, 2018.

Nota: Estimaciones respecto de los países de ingresos bajos y medianos según la clasificación por nivel de ingresos del Banco Mundial de 2015. Todas las cifras están expresadas en dólares de los Estados Unidos a valores constantes de 2016.

#### Acabar con el aislamiento del sida

47. La respuesta al sida no existe de forma aislada. La naturaleza del VIH —tanto la forma en que se transmite como la forma en que ataca al sistema inmunitario— exige un esfuerzo holístico, centrado en las personas, por parte de múltiples sectores para reducir el riesgo derivado de múltiples problemas sociales y de salud, y para abordar las numerosas afecciones médicas a que se enfrentan las personas que viven con el VIH. Por ejemplo, el virus del papiloma humano expone a las mujeres que viven con el VIH a un riesgo entre cuatro y cinco veces mayor de cáncer cervicouterino invasivo que a las mujeres no infectadas por el VIH<sup>20</sup>. La tuberculosis es la principal causa prevenible de muerte entre las personas que viven con el VIH; en 2017 murieron unas 300.000 [270.000 a 340.000] personas de tuberculosis asociada al VIH<sup>21</sup>. En 2016, más de la mitad de las personas que se inyectaban drogas vivían con hepatitis C y una de cada ocho vivía con el VIH, cuatro de cada cinco personas seropositivas que se inyectaban drogas tenían pruebas serológicas de infección pasada o presente por el VHC, y el 7 % tenía hepatitis B<sup>22</sup>.

48. A pesar de las claras ventajas que supone integrar los servicios de tuberculosis y VIH, este enfoque dista mucho de ser universal. De los 117 países que comunicaron datos a ONUSIDA a finales de 2017, aproximadamente la mitad habían integrado el asesoramiento y las pruebas del VIH con los servicios de tuberculosis, y poco más de un tercio había integrado plenamente el tratamiento del VIH y la tuberculosis (véase

<sup>20</sup> Sheri A. Denslow y otros, “Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review”, *International Journal of STD and AIDS*, vol. 25, Núm. 3 (marzo de 2014).

<sup>21</sup> OMS, “HIV-associated tuberculosis”, ficha informativa, 2018.

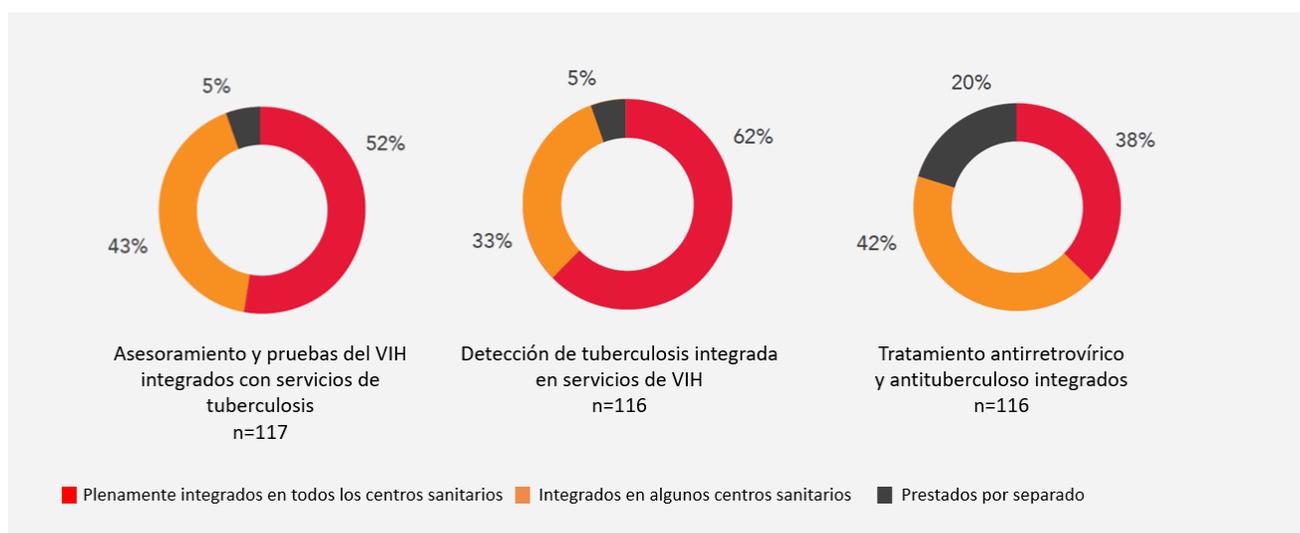
<sup>22</sup> OMS, *Informe mundial sobre las hepatitis, 2017* (Ginebra, 2017).

la figura VII). La OMS ha calculado que la mitad de las personas que vivían con el VIH y la tuberculosis en 2017 desconocían que estaban infectados de tuberculosis y, por lo tanto, no recibían tratamiento para la enfermedad. Cuando el diagnóstico se retrasa, el riesgo de mortalidad aumenta, especialmente por tuberculosis multirresistente y ultrarresistente.

49. Los avances en las tecnologías moleculares hacen que cada vez sea más posible diagnosticar rápidamente diferentes enfermedades utilizando plataformas únicas. Estas plataformas ofrecen mejoras en eficiencia técnica y financiera para los sistemas nacionales de salud, al tiempo que amplían el acceso a la atención y salvan vidas<sup>23</sup>. Los servicios que atienden múltiples enfermedades también pueden alentar la realización de pruebas rutinarias de detección del VIH como una parte más de los reconocimientos médicos y así ayudar a superar el estigma y la discriminación, ya que visitar un centro de servicios integrados puede hacer más difícil que otros adivinen el estado serológico de una persona<sup>24</sup>.

Figura VII

### Porcentaje de países que informan sobre la prestación de servicios integrados de VIH y tuberculosis, a nivel mundial, 2017



Fuente: ONUSIDA, Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales 2017.

Abreviatura: n, número de países que comunicaron datos.

### III. No dejar a nadie atrás mientras los países adoptan la cobertura sanitaria universal

50. Las iniciativas encaminadas a acabar con el sida como amenaza para la salud pública, cumplir los demás compromisos en materia de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y respetar la declaración, formulada hace ya 71 años, sobre el derecho mundial e inalienable a la salud dependen en gran medida de

<sup>23</sup> OMS, “WHO advises on the use of multidisease testing devices for TB, HIV and hepatitis”, 22 de junio de 2017; y OMS, Programa Mundial contra la Tuberculosis y Departamento de VIH/Sida, “Considerations for adoption and use of multidisease testing devices in integrated laboratory networks”, nota de información, junio de 2017.

<sup>24</sup> Baotran N.Vo y otros, “Patient satisfaction with integrated HIV and antenatal care services in rural Kenya”, *AIDS Care*, vol. 24, Núm. 11 (2012); y Population Council, “Assessing the benefits of integrated HIV and reproductive health services: the Integra Initiative”.

los avances que se hagan en la consecución de un objetivo concreto: la cobertura sanitaria universal.

51. El movimiento en favor de la cobertura sanitaria universal, que no deja de cobrar fuerza, tiene por objeto garantizar que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud de calidad que necesitan, proteger a todas las personas de los riesgos de salud pública y proteger a todas las personas del empobrecimiento causado por la enfermedad, ya sea debido al pago de gastos médicos o a la pérdida de ingresos cuando un miembro de la familia cae enfermo. Garantizar el acceso universal a servicios de salud asequibles y de calidad también supondrá una importante contribución a la erradicación de la pobreza extrema para 2030.

52. Un principio básico de la cobertura sanitaria universal es asegurar que nadie se quede atrás. Este ha sido un mantra de la respuesta al VIH desde hace más de una década. Las desigualdades a las que responden estos llamamientos están profundamente entrelazadas. El VIH es la cuarta causa de muerte en los países de bajos ingresos y la segunda en África Subsahariana<sup>25</sup>. No dejar a nadie atrás requiere un paquete de prestaciones sanitarias que incluya un conjunto completo de servicios relacionados con el VIH, más servicios de salud pública y protección social sostenidos con fuentes de financiación gubernamentales específicas, y cambios estructurales que garanticen que las personas vulnerables y marginadas puedan acceder a los servicios que necesitan.

53. Los paquetes de prestaciones de salud en el centro de la cobertura sanitaria universal deberían incluir servicios de VIH basados en centros sanitarios, como pruebas de detección y servicios de tratamiento del VIH para adultos y niños, prevención de la transmisión materno-infantil, profilaxis anterior a la exposición y circuncisión médica voluntaria de los varones. Las plataformas de cobertura sanitaria universal también pueden facilitar las iniciativas en curso para integrar los servicios de VIH con los servicios de salud materno-infantil, los servicios de salud sexual y reproductiva, la prevención y el tratamiento de la tuberculosis, la hepatitis, las infecciones de transmisión sexual y las enfermedades no transmisibles, la vacunación contra el papilomavirus humano y los servicios de reducción de daños.

54. Además, la cobertura sanitaria universal debe incluir corrientes de financiación específicamente dedicadas a la salud pública o la protección social para otros servicios esenciales prestados por diversos sectores, como la promoción del uso de preservativos, las intervenciones para el cambio de comportamiento, la educación integral en sexualidad, la programación en materia de derechos humanos, la reducción del estigma y la discriminación y los servicios de extensión para grupos de población clave.

55. En los países de ingresos bajos y medianos que tienen una elevada carga del VIH, donde los servicios relacionados con el VIH representan un alto porcentaje del gasto total en salud, tal vez no sea posible que los recursos nacionales alcancen a cubrir un conjunto integral de servicios a mediano plazo. Incluso en los países de ingresos bajos y medianos con epidemias de bajo nivel, el costo de los tratamientos del VIH de por vida puede suponer una pesada carga para los planes nacionales de financiación sanitaria. Se requerirá apoyo de los donantes a medida que los países vayan adoptando sistemas de cobertura sanitaria universal. Los países que reciban ese apoyo habrán de fortalecer los sistemas subyacentes, como los de información sanitaria y de gestión financiera, con el fin de fomentar la confianza de los ciudadanos y de los donantes en los planes nacionales de financiación de la salud.

---

<sup>25</sup> OMS, "Global Health Estimates 2016: estimated deaths by cause and region, 2000 and 2016".

#### **IV. Se necesita más voluntad política para alcanzar los objetivos mundiales**

56. Las dificultades con las que tropieza la labor para poner fin al sida son innumerables y varían de un país a otro (e incluso dentro de un mismo país), lo que refleja la diversidad de leyes, políticas, costumbres y prácticas en todo el mundo. En ocasiones, esas dificultades pueden parecer insuperables cuando los países han de manejar prioridades que compiten entre sí y cuentan con recursos limitados. Sin embargo, las pruebas son claras: se han establecido entornos propicios y se han alcanzado los objetivos de la vía rápida en muy diversos entornos epidémicos y de ingresos. Cuando se alcanzan estos objetivos, el resultado es una disminución ininterrumpida de las infecciones por el VIH y de las muertes relacionadas con el sida.

57. Es preciso movilizar la voluntad política de hacer frente a estas dificultades y alcanzar los objetivos de 2020 en un número mucho mayor de países, de todas las regiones y todos los niveles de ingresos, para lograr que el mundo emprenda el camino que nos llevará a acabar con el sida como amenaza para la salud pública de aquí a 2030. Por el contrario, las actitudes conformistas con la situación actual no servirán más que, en el mejor de los casos, para alargar la epidemia y, en el peor, dar lugar a un repunte que desemboque en una situación de crisis. La persistencia de elevadas tasas de nuevas infecciones por el VIH entre los adultos se traduce en un aumento constante de la población de personas que viven con el VIH y que necesitan terapia antirretrovírica de por vida. La carga de atención que esto impone a los sistemas sanitarios aumenta cada año.

58. Están en marcha múltiples iniciativas para ayudar a los países a respetar sus compromisos, especialmente en los aspectos de la respuesta al VIH que se han quedado más rezagadas. Estas iniciativas se están llevando a cabo en el contexto más amplio de la reforma de las Naciones Unidas, que está orientando a un uso más eficaz de los recursos y mejorando la capacidad del sistema de las Naciones Unidas para cumplir sus mandatos y apoyar a los países en la implementación de la Agenda 2030. ONUSIDA, un programa conjunto de 11 entidades de las Naciones Unidas, ha estado mejorando su modelo único para adaptarlo a la reforma más amplia de las Naciones Unidas.

59. La Coalición Mundial para la Prevención del VIH, integrada por Estados Miembros de las Naciones Unidas, donantes, organizaciones de la sociedad civil y responsables de la ejecución de programas, está intentando resolver la lentitud del avance en la reducción del número de infecciones por el VIH entre adultos. Una alianza público-privada del Fondo de Población de las Naciones Unidas se ha propuesto ampliar la promoción y la distribución comercial de preservativos en África Subsahariana, entre otras cosas llamando más la atención sobre los obstáculos a que se enfrenta el sector privado, como los elevados impuestos, los aranceles y las confusas vías de reglamentación.

60. Por medio de un llamamiento a la acción para que se vinculen la salud y los derechos sexuales y reproductivos y las intervenciones relacionadas con el VIH, una amplia coalición de organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales internacionales está promoviendo diez estrategias clave para defender los derechos de salud sexual y reproductiva y atender las necesidades de servicios relacionados con el VIH. En África Oriental y Meridional, el programa Juntos para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos está trabajando para que aumente la prestación de servicios integrados en diez países de alta prevalencia.

61. La necesidad de poner a disposición de los jóvenes información precisa sobre la prevención del VIH, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, especialmente en entornos con alta prevalencia del VIH, se abordó mediante la publicación en 2018 de

una versión revisada de las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad en la que se subraya la importancia de ofrecer una educación integral en sexualidad en las escuelas.

62. En 2018 se puso en marcha una nueva alianza mundial para la acción destinada a eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH; varios países ya se han comprometido a adoptar medidas a este respecto. La iniciativa Start Free, Stay Free, AIDS Free promueve un conjunto de intervenciones basadas en los derechos humanos para poner fin al sida como amenaza para la salud pública entre los niños, centrándose en 23 países donde hay un elevado número de niños, adolescentes y mujeres jóvenes que viven con el VIH<sup>26</sup>.

63. Más de 300 ciudades de todo el mundo se han sumado a la Iniciativa Ciudades de Vía Rápida, que centra los esfuerzos de estas zonas urbanas para alcanzar los objetivos 90-90-90, aumentar la utilización de los servicios combinados de prevención del VIH y reducir a cero el impacto negativo del estigma y la discriminación. Cinco años después del lanzamiento de la iniciativa, en septiembre de 2019 se celebrará en Londres la primera conferencia internacional de Ciudades de Vía Rápida para abordar los problemas transversales y compartir mejores prácticas.

## V. Recomendaciones

64. Se han realizado notables avances en la lucha contra la epidemia del VIH, pero esos avances son desiguales. Decenas de países y regiones enteras están en peligro de no alcanzar las metas para 2020 que se acordaron en la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016. Se insta a los Estados Miembros de las Naciones Unidas a adoptar las recomendaciones que figuran a continuación con el fin de mantener la voluntad política, movilizar la acción y generar el impulso necesario para alcanzar los objetivos fijados por la Asamblea General para 2020 y lograr que el mundo emprenda el camino que llevará al fin del sida como amenaza para la salud pública de aquí a 2030.

### **Recomendación 1: Revitalizar la prevención primaria del VIH**

65. La Coalición Mundial para la Prevención del VIH ha elaborado la Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020<sup>27</sup>, un programa común que exige a los países que establezcan objetivos de prevención nacionales y subnacionales y que refuercen la programación de la prevención primaria del VIH. Desde que se formó la coalición en 2017, se han establecido nuevas coaliciones nacionales de prevención y se han renovado las estrategias nacionales de prevención en muchos países que tienen una elevada carga de VIH. Estas estrategias nacionales deben traducirse urgentemente en medidas nacionales.

### **Recomendación 2: Diversificar las pruebas de detección del VIH y diferenciar la prestación de atención sanitaria para alcanzar los objetivos de tratamiento 90-90-90**

66. La experiencia de los países que han alcanzado los objetivos 90-90-90 muestra que es preciso adoptar diversos métodos en la realización de pruebas del VIH —como pruebas a propuesta de los proveedores, pruebas basadas en la comunidad, labor de

<sup>26</sup> Angola, Botswana, Burundi, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Eswatini, Etiopía, Ghana, India, República Democrática del Congo, Indonesia, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

<sup>27</sup> Puede consultarse en [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-prevention-2020-road-map\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_es.pdf).

divulgación entre pares, pruebas en casos índice y pruebas de detección autoadministradas— para alcanzar el objetivo de que el 90 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico. Después de un diagnóstico positivo, es necesario iniciar inmediatamente la terapia antirretrovírica, los mecanismos de apoyo a la observancia del tratamiento y las pruebas periódicas de determinación de la carga vírica para llegar al 90 % de la cobertura del tratamiento entre las personas diagnosticadas con VIH, y a la supresión vírica en el 90 % de las personas en tratamiento. Se ha demostrado que la prestación diferenciada de servicios de atención sanitaria, incluida la transferencia de algunas tareas del personal médico al personal de enfermería y de este a agentes de salud comunitarios, permite conseguir una alta cobertura de servicios en entornos con escasos recursos humanos para la salud.

**Recomendación 3: Establecer entornos jurídicos y normativos propicios que permitan llegar a las poblaciones marginadas y vulnerables**

67. Se requieren iniciativas específicas para asegurar que los grupos marginados y vulnerables, incluidos los grupos de población clave en alto riesgo de contraer el VIH, tengan cubiertas sus necesidades en materia de atención sanitaria y servicios relacionados con el VIH. La Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación ha detallado las medidas que deben adoptarse para garantizar respuestas sanitarias eficaces y sostenibles que sean coherentes con las obligaciones universales en materia de derechos humanos<sup>28</sup>.

**Recomendación 4: Movilizar recursos adicionales y asignarlos donde más se necesiten**

68. Se necesitan al menos 14.000 millones de dólares para los subsidios del Fondo Mundial destinados al VIH, la tuberculosis y la malaria para el período 2020-2022. Aunque cumplir plenamente este objetivo es fundamental, aún no es suficiente para que el mundo esté bien encaminado para poner fin al sida como amenaza para la salud pública de aquí a 2030. Se requieren aumentos sostenidos en la asignación de recursos nacionales y de los donantes para poder alcanzar los altos niveles de cobertura con servicios que se piden en la Declaración Política de 2016. También es necesario aumentar la eficiencia. Los recursos nacionales y de los donantes deben destinarse a servicios que funcionen con arreglo a datos empíricos y que presten particular atención a las personas y los lugares más necesitados, aplicando un enfoque de ubicación-población informado por la recopilación de datos detallados.

**Recomendación 5: Apoyar a las comunidades para que puedan desempeñar las funciones esenciales que les corresponden**

69. La acción excepcional de la sociedad civil ha impulsado una excepcional respuesta mundial al VIH, de modo que se necesita la participación de la sociedad civil en la prestación de servicios clave si se quiere alcanzar altos niveles de cobertura. Los grupos comunitarios de personas que viven con el VIH, los grupos de población clave, las mujeres, los adolescentes y los jóvenes deben ser incorporados en el diseño, la ejecución y el seguimiento de los programas sanitarios y sociales, y en particular en las iniciativas para establecer sistemas encaminados a lograr la cobertura sanitaria universal. Es fundamental integrar a las mujeres en puestos de liderazgo y de adopción de decisiones. Se necesitan sistemas nacionales y locales de contratación social para asegurar que las organizaciones comunitarias reciban fondos públicos para la prestación de servicios.

---

<sup>28</sup> Las 30 recomendaciones de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación están recogidas en su suplemento de 2018, *Risks, Rights and Health*.

**Recomendación 6: Incorporar una respuesta integral al VIH en la cobertura sanitaria universal**

70. La reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la cobertura sanitaria universal, que se celebrará en septiembre de 2019, brinda la oportunidad de incorporar una respuesta integral al VIH en la cobertura sanitaria universal. Deben incluirse intervenciones relacionadas con el VIH basadas en datos empíricos en los paquetes integrales de prestaciones de salud, las campañas de salud pública, los sistemas de educación pública y las medidas de protección social. Se necesitan sistemas de gestión de las finanzas públicas que sean sólidos y transparentes a fin de garantizar un uso eficiente de los recursos nacionales y de los donantes.

---