



Asamblea General

Distr. general
12 de mayo de 2022
Español
Original: inglés

Septuagésimo sexto 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

Subsanar las desigualdades para acabar con la pandemia del sida

Informe del Secretario General

Resumen

La pandemia del sida se cobra la vida de más de 13.000 personas por semana, crisis que está socavando la labor dirigida a lograr los objetivos mundiales de salud. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha complicado la situación aún más, ya que las desigualdades subyacentes limitan el acceso a los servicios de salud y las inversiones insuficientes dejan al mundo en una situación peligrosa, pues está mal preparado para afrontar las pandemias actuales y futuras.

La Asamblea General respondió a esta situación urgente en 2021 aprobando la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030, que hace hincapié en las desigualdades. Un año después, los datos recopilados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) revelan que las infecciones por el VIH y las muertes secundarias al sida no están disminuyendo con la rapidez suficiente para acabar con la pandemia para 2030. Si no se logran las metas fijadas en la Declaración para 2025, el sida se cobrará la vida de 7,7 millones de personas en esta década.

Los servicios relacionados con el VIH se han visto perturbados por las medidas para frenar la propagación del virus causante de la COVID-19 y disminuir la considerable presión adicional que ha supuesto la nueva pandemia para los sistemas de salud. No obstante, en muchos países, la COVID-19 ha traído consigo problemas que han provocado la aceleración positiva de la prestación de servicios diferenciados, en particular los de carácter comunitario y los dirigidos por la comunidad. Es fundamental mantener este impulso y eliminar, como prioridad, los obstáculos sociales que no permiten que accedan a los servicios ni se empoderen las comunidades que más los necesitan. Según el lugar y el contexto, estas comunidades están constituidas por diversos grupos de población, como las mujeres y las niñas, los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los



trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas, los presos, los migrantes, los refugiados y otras personas desplazadas. Casi todas las regiones carecen de recursos para financiar las iniciativas que tienen por objeto prevenir el VIH en los grupos de población clave que están más expuestos al riesgo de contraer el VIH.

La necesidad urgente de eliminar los obstáculos sociales que tienen ante sí estos grupos de población está reflejada en las metas 10-10-10 que figuran en la Declaración Política de 2011, si bien han sido lentos los avances en este pilar fundamental de la respuesta al sida. En la mayoría de los países, las leyes penales contra los grupos de población clave y las personas que viven con el VIH siguen limitando su acceso a los servicios. La estigmatización, la discriminación y la violencia relacionadas con el VIH continúan en cifras alarmantes y la desigualdad de género sigue impidiendo que las mujeres y las niñas gocen de sus derechos humanos fundamentales.

Se insta a los Estados Miembros a que tomen medidas urgentes para resolver los problemas que están ralentizando los avances para lograr las metas mundiales y a que consideren las recomendaciones del presente informe sobre a) la prevención del VIH y los elementos que favorecen el desarrollo social; b) las respuestas dirigidas por la comunidad; c) el acceso equitativo a los medicamentos, las vacunas y las tecnologías de salud; d) la financiación sostenible de la respuesta al sida y la prevención de las pandemias en general y la preparación y la respuesta ante ellas; e) los sistemas de datos centrados en las personas y f) el fortalecimiento de las alianzas mundiales.

I. Desigualdades que limitan los avances para acabar con el sida de aquí a 2030¹

1. La pandemia de sida se cobra la vida de más de 13.000 personas por semana, lo que socava la labor dirigida a lograr las metas mundiales de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se calcula que, en 2020, se registraron 1,5 millones de nuevas infecciones por el VIH y 680.000 muertes por causas secundarias al sida.
2. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha complicado la situación aún más, ya que el mundo no logra eliminar los obstáculos subyacentes que dificultan el acceso equitativo a los servicios de salud y sigue en una situación peligrosa pues carece de recursos suficientes y está mal preparado para afrontar las pandemias actuales y futuras.
3. La Asamblea General, en su reunión de alto nivel sobre el VIH y el sida, celebrada del 8 al 10 de junio de 2021, examinó minuciosamente los resultados satisfactorios, los problemas y la experiencia adquirida a partir de las respuestas a estas dos pandemias, ocasión en que aprobó la Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030. Mediante esta audaz Declaración, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometen a adoptar medidas urgentes y transformadoras para acabar con las desigualdades sociales, económicas, raciales y de género, así como con las leyes, las políticas y las prácticas restrictivas y discriminatorias, la estigmatización y las formas múltiples e interseccionales de discriminación, y a alcanzar las metas que reducirán a menos de 370.000 las nuevas infecciones anuales por el VIH y a menos de 250.000 las muertes anuales relacionadas con el sida para 2025.
4. El hincapié que hace la Declaración en las desigualdades es coherente con el planteamiento de Nuestra Agenda Común acerca de los métodos inclusivos y basados en los derechos para detener la COVID-19 y otras pandemias, fortalecer la protección social de los grupos de población más vulnerables y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante una década de acción.
5. Un año después de aprobada la Declaración, los datos recopilados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) revelan que las infecciones por el VIH y las muertes secundarias al sida no están disminuyendo con la rapidez suficiente. En todo el mundo, la cifra anual de nuevas infecciones de adultos se mantiene bastante estable y el total de nuevas infecciones disminuyó solo un 31 % entre 2010 y 2020. La mortalidad secundaria al sida disminuyó un 47 % entre 2010 y 2020 (véase la figura I).
6. No todos los países están logrando avanzar al mismo ritmo. Las regiones más afectadas —África Subsahariana y el Caribe— son las que han conseguido disminuciones más importantes desde 2010, seguidas de Asia y el Pacífico y Europa occidental y central y América del Norte. Por el contrario, durante la última década, han sido magros los avances en América Latina y la región de Oriente Medio y el Norte de África, mientras que las infecciones por el VIH y las muertes secundarias al sida aumentaron drásticamente en Europa Oriental y Asia Central.
7. Los avances también son desiguales entre los distintos grupos de población de un mismo país. La prevalencia del VIH suele ser mayor en las zonas urbanas y la disponibilidad de servicios relacionados con el VIH suele ser menor en las zonas rurales, lo que subraya la importancia de recopilar datos detallados para detectar las deficiencias de cobertura de los servicios dentro de cada país.

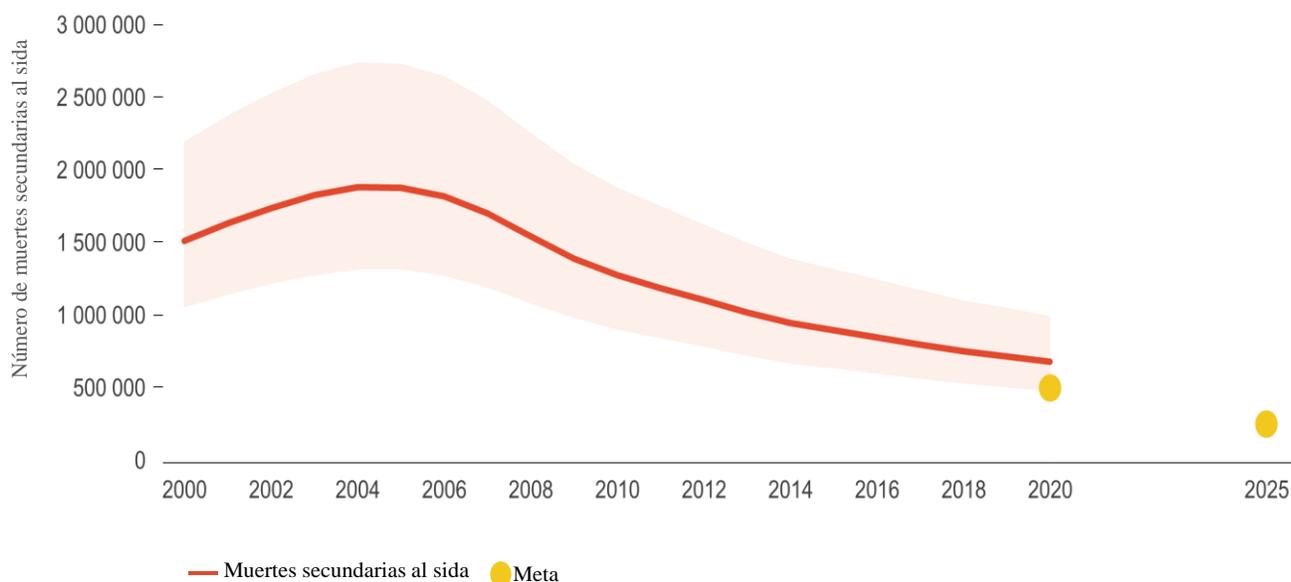
¹ A menos que se indique lo contrario, los datos proporcionados son estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y datos de los países comunicados al ONUSIDA en sus actividades anuales del Monitoreo Global del Sida.

8. La desigualdad y la violencia de género aumentan aún más el riesgo de infección por el VIH al que están expuestas las mujeres y las niñas, de las cuales las adolescentes y las jóvenes son las más afectadas. En África Subsahariana, más de seis de cada diez nuevas infecciones por el VIH registradas en 2020 correspondieron a mujeres y niñas, y las adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) representaron el 25 % de las infecciones por el VIH en 2020, a pesar de representar solo el 10 % de la población.

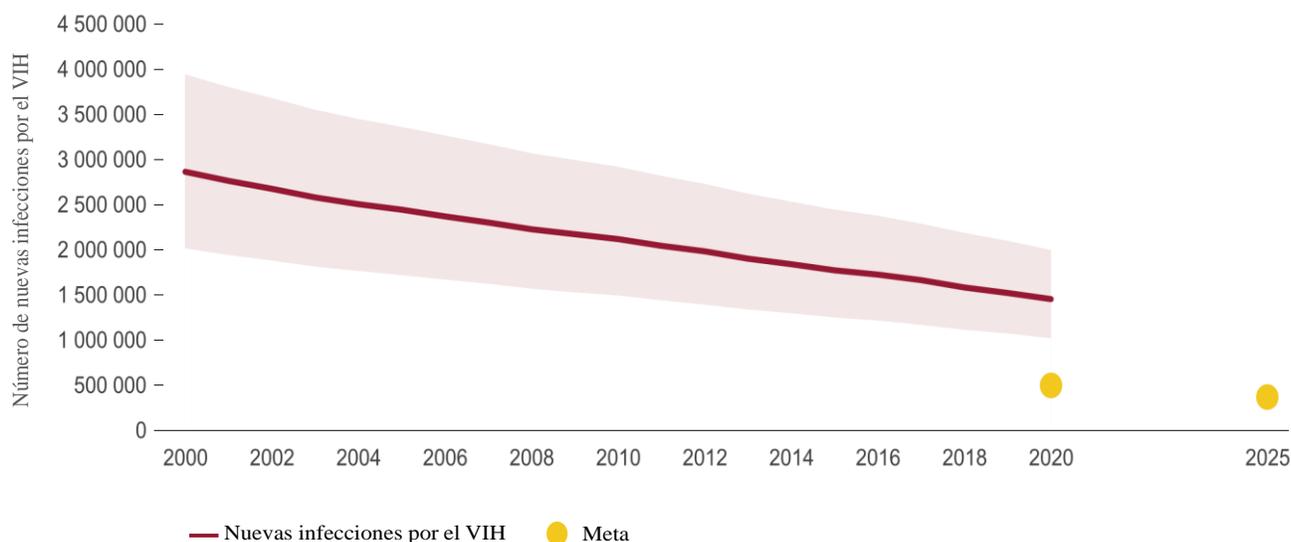
9. Los grupos de población clave, como los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas inyectables, los presos, las personas transgénero y los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, corren un mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones potencialmente mortales debido a que están marginados de la sociedad, son discriminados y víctimas de violencia y son penalizados mediante leyes, políticas y prácticas.

Figura I
Nuevas infecciones por el VIH y muertes secundarias al sida, en todo el mundo, 2000 a 2020, y metas para 2020 y 2025

Muertes secundarias al sida



Infecciones por el VIH



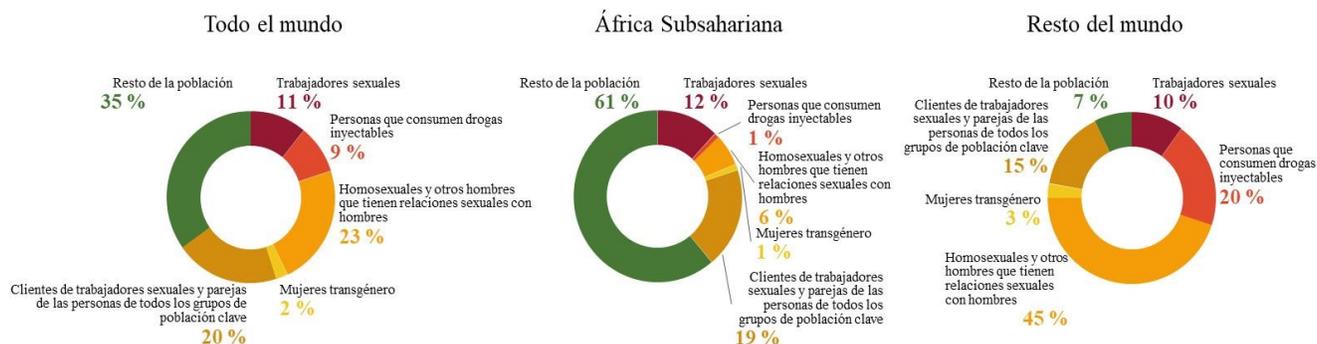
Fuente: Estimaciones epidemiológicas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2021.

10. Las personas que consumen drogas inyectables están expuestas a un riesgo 35 veces mayor de contraer el VIH que las personas que no se inyectan drogas; las mujeres transgénero corren un riesgo 34 veces mayor de contraer el VIH que otros adultos; las trabajadoras sexuales tienen un riesgo 26 veces mayor de contraer el VIH que otras mujeres adultas; y los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están expuestos a un riesgo 25 veces mayor de contraer el VIH que los hombres heterosexuales adultos. En general, las personas de grupos de población clave y sus parejas sexuales representaron el 65 % de las infecciones mundiales por el VIH en 2020 y el 93 % de las infecciones fuera de África Subsahariana (véase la figura II).

11. Estos grupos muy afectados encuentran obstáculos sociales y estructurales para acceder a los servicios que necesitan para cuidar de su salud. Es necesario eliminar esos obstáculos para alcanzar las metas mundiales fijadas para 2025 y cambiar la trayectoria actual de las infecciones y las muertes. De lo contrario, el sida se cobrará la vida de 7,7 millones de personas en esta década.

Figura II

Distribución de las infecciones por el VIH, por grupo de población, 2020



Fuente: Análisis especial del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2021.

II. Ampliación de la cobertura de los servicios relacionados con el VIH

12. La respuesta a la pandemia de sida es multisectorial y tiene una conexión profunda con las iniciativas dirigidas a fortalecer los sistemas de salud y otros servicios públicos, responder a la pandemia de COVID-19, prepararse para futuras pandemias y alcanzar la mayoría de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

A. Pruebas de detección del VIH y tratamiento

13. La implantación mundial de las pruebas para detectar el VIH y del tratamiento ha evitado unos 16,6 millones de muertes secundarias al sida en las dos últimas décadas. Al menos 19 países lograron avanzar para cumplir las metas relativas a las pruebas para detectar el VIH y su tratamiento fijadas para 2020². La diversidad que se observa entre los países demuestra que es posible alcanzar metas ambiciosas independientemente de la cultura, el grado de desarrollo socioeconómico y el contexto de la epidemia.

14. En la Declaración Política de 2021, los Estados Miembros se comprometieron a alcanzar las metas 95-95-95 en materia de pruebas de detección, tratamiento y supresión vírica en todos los grupos demográficos y entornos geográficos, incluidos los niños y adolescentes, a más tardar en 2025³.

15. A finales de 2020, en todos los países, alrededor del 84 % de los 37,7 millones de personas que vivían con el VIH sabían que eran seropositivas, el 87 % que sabía tenía acceso al tratamiento antirretrovírico y, de las personas que estaban en tratamiento, el 90 % había logrado la supresión vírica. A finales de junio de 2021, estaban recibiendo tratamiento 28,2 millones de personas que vivían con el VIH en todo el mundo.

16. Las deficiencias en cuanto a las pruebas de detección y el tratamiento suelen ser mayores para los grupos de población vulnerables y marginados y para quienes tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de salud. En especial, son llamativas las deficiencias que se observan a este respecto en la atención de los niños, los jóvenes, los hombres y los grupos de población clave que viven con el VIH.

B. Acabar con la transmisión del sida de las madres a los hijos

17. Las iniciativas que tienen por objeto ofrecer pruebas de detección del VIH en el contexto prenatal y lograr la supresión vírica mediante el tratamiento antirretrovírico antes de que las embarazadas seropositivas den a luz han mejorado en gran medida los resultados de salud de esas madres y han reducido más de la mitad (54 %) la transmisión del VIH de las madres a los hijos entre 2010 y 2020.

² Los países enumerados a continuación notificaron a ONUSIDA que habían logrado suprimir la carga vírica de al menos el 73 % de todas las personas que viven con el VIH en el país hacia finales de 2020: Botswana, Burundi, Camboya, Croacia, Eslovenia, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibia, Noruega, Qatar, Rwanda, Suiza, Tailandia, Uganda, Uruguay, Zambia y Zimbabwe.

³ Las metas 95-95-95 son que el 95 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 95 % de las personas que saben que son seropositivas accedan al tratamiento y que el 95 % de las personas que reciben tratamiento logren la supresión vírica. La consecución plena de estas metas equivale a que el 86 % de todas las personas que viven con el VIH logren la supresión vírica.

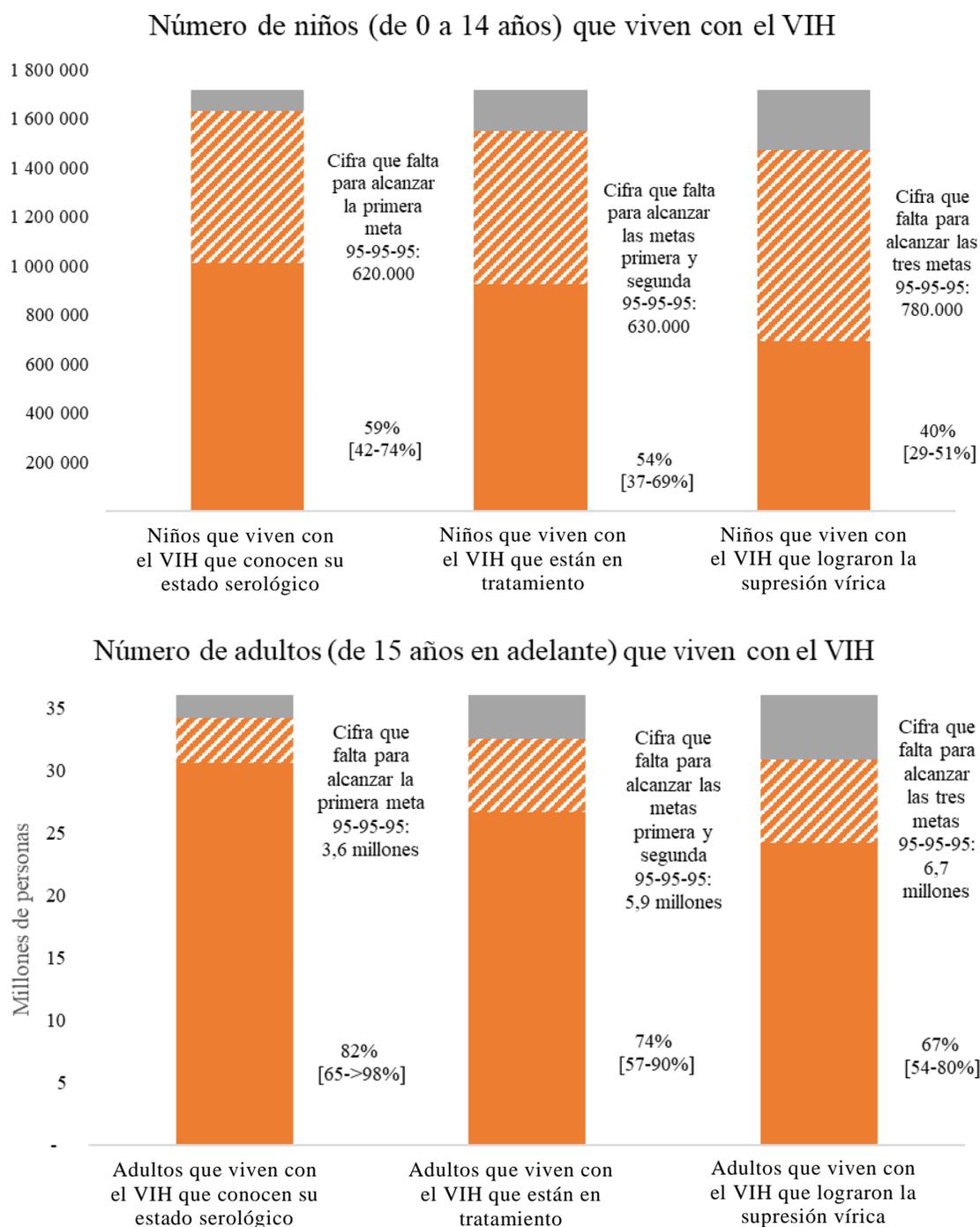
18. La cobertura de las pruebas de detección y el tratamiento del VIH entre las mujeres embarazadas que viven con el VIH es superior a la media mundial. Se calcula que, en 2020, el 85 % de las embarazadas de todo el mundo estaban en tratamiento antirretrovírico para prevenir la transmisión maternofetal y mantenerse sanas. Sin embargo, el tratamiento sigue presentando importantes deficiencias en muchos países de África Occidental y África Central, donde viven más de la mitad (57 %) de las mujeres embarazadas seropositivas que no reciben tratamiento antirretrovírico. Los sistemas de salud pública deficientes, el cobro de tarifas por los servicios básicos de salud y la persistencia de la estigmatización y la discriminación (incluido el autoestigma), en especial de los grupos de población clave, son algunas de las principales dificultades que encuentran estas mujeres.

19. Casi dos tercios de los niños que contrajeron el VIH en 2020 viven en seis países de África Subsahariana. Para eliminar la transmisión maternofetal del VIH, es preciso incorporar mejoras en diversos ámbitos. Los servicios integrados de atención prenatal y del VIH deben ser asequibles, accesibles, cordiales y adecuados, en especial para las adolescentes y las mujeres de grupos de población clave que sufren estigmatización, marginación y discriminación, y deben asegurarse de que las mujeres que viven con el VIH no sean obligadas a someterse a una ligadura de trompas ni a abortos. Los programas también deben mejorar el apoyo que prestan a todas las mujeres embarazadas y lactantes que no conocen su estado serológico para que accedan a las pruebas y, en caso de ser seropositivas, comiencen a tratarse de inmediato. Las mujeres seropositivas que abandonan el tratamiento deben recibir apoyo para reiniciarlo.

20. Dado que no todos los lactantes y niños expuestos al VIH son sometidos a pruebas de detección, no se ha diagnosticado la seropositividad de dos quintas partes de los niños que viven con el VIH. Casi la mitad (46 %) de los 1,7 millones de niños que vivían con el VIH en el mundo en 2020 no estaban en tratamiento antirretrovírico (véase la figura III) y el número de niños que recibe tratamiento en todo el mundo viene cayendo desde 2019.

21. Casi dos tercios de estos niños tienen entre 5 y 14 años que, por lo general, no saben que son seropositivos hasta que su sistema inmunitario se debilita y enferman. El principal reto del tratamiento pediátrico consiste en localizar y derivar a servicios terapéuticos a los niños cuya seropositividad no fue diagnosticada al nacer o durante la lactancia. Para subsanar estas deficiencias, podría servir ampliar la cobertura de las pruebas de detección y las pruebas de autodiagnóstico iniciales basadas en los derechos humanos a los miembros de la familia y el hogar, e integrar mejor el tamizaje del VIH con otros servicios de pediatría.

Figura III
Pruebas de detección del VIH y tratamiento, niños y adultos, en todo el mundo, 2020



C. Prevención combinada del VIH

22. Se ha demostrado la eficacia de la prevención combinada del VIH fundamentada en pruebas y adaptada a las necesidades de las poblaciones expuestas a un alto riesgo de contraer la infección en diversos entornos epidémicos y culturales. Algunos países que disponen de diferentes recursos y donde la epidemia tiene características

distintas, como Burkina Faso, Eswatini, Nepal, los Países Bajos, Tailandia, Vietnam y Zimbabwe, están consiguiendo reducir considerablemente las nuevas infecciones por el VIH. Sin embargo, son demasiados los países que no están siguiendo este método a una escala o intensidad suficientes. Los obstáculos sociales, como las leyes punitivas, la desigualdad de género y las violaciones de los derechos humanos, son más habituales en los países donde la incidencia de la infección por el VIH es estable o sigue en aumento.

23. Los grupos de población clave tienen un acceso desigual o nulo a los servicios de prevención del VIH. Por ejemplo, es infrecuente que los servicios de reducción del daño que se ofrecen a las personas que consumen drogas inyectables se presten a una escala significativa o se adapten correctamente a los grupos específicos a los que están dirigidos. Además, la cobertura de los programas de prevención dirigidos a las personas transgénero y los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sigue siendo baja en todo el mundo, incluso en muchos países de ingreso alto.

24. En África Oriental y Meridional, sigue siendo baja la cobertura de los programas de prevención dirigidos a los trabajadores sexuales, y el uso del preservativo en las últimas relaciones sexuales de riesgo es inferior a las cifras necesarias para reducir drásticamente la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales remuneradas. Los trabajadores sexuales usan preservativo durante las relaciones sexuales remuneradas en mucha mayor medida en todas las demás regiones, con la excepción de la región de Oriente Medio y Norte de África. Las personas que se encuentran en penitenciarias y otros entornos cerrados no suelen recibir servicios relacionados con el VIH, a pesar de que corren un gran riesgo de contraer el virus y otras enfermedades transmisibles.

25. Los preservativos masculinos y femeninos y los lubricantes ofrecen una protección muy alta contra el VIH, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos imprevistos. Se calcula que, desde 1990, el uso del preservativo ha evitado 117 millones de infecciones por el VIH.

26. No obstante, ha resultado difícil lograr que todos los grupos de población utilicen sistemáticamente el preservativo al mantener relaciones sexuales de riesgo. La perspectiva patriarcal de la sexualidad femenina restringe el acceso de las mujeres a los preservativos y a otros servicios de salud sexual y reproductiva. En muchos países, las mujeres necesitan mayor independencia para actuar y ayuda para negociar el uso sistemático del preservativo. Las leyes que penan el trabajo sexual no permiten que los trabajadores sexuales lleven preservativos y negocien su uso.

27. Los medicamentos antirretrovíricos son de los recursos más importantes para prevenir la infección por el VIH. Es muy eficaz ofrecer tratamiento antirretrovírico a todas las personas que viven con el VIH y aplicar una combinación estratégica de profilaxis anterior a la exposición y profilaxis posterior a la exposición con otras intervenciones de prevención. Las pautas terapéuticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, el control de la viremia y los servicios que apuntan a retener a los pacientes en el tratamiento ayudan a bajar la viremia a valores indetectables, de manera que el virus no se transmite por vía sexual.

28. La profilaxis anterior a la exposición es otra opción útil para evitar que contraigan el virus las personas expuestas a un alto riesgo que ha ido ganando adeptos en todo el mundo en los últimos años pese a los problemas derivados de la pandemia de COVID-19. Los datos aportados por los países revelan que, en 2020, recibieron este tipo de profilaxis unas 845.000 personas en al menos 54 países, lo que representa un aumento del 43 % desde 2019 y del 182 % desde 2018. Esta tendencia refleja que hay una gran demanda de este tipo de prevención del VIH, lo que alimenta el

optimismo de que los nuevos fármacos de acción prolongada y los anillos vaginales sean muy aceptables y más cómodos para muchas personas.

29. No obstante, gran parte de la mayor utilización de la profilaxis anterior a la exposición sigue concentrada en un pequeño número de países. El número total de personas que utilizaron este tipo de prevención en 2020 constituyó apenas el 8 % de la meta fijada para 2025, es decir, lo utilizaron 10 millones de personas que corrían un riesgo sustancial de contraer la infección. Es preciso que más países movilicen su sistema de salud a fin de que proporcione información y dé acceso a la profilaxis anterior a la exposición cuando las personas la elijan como método de prevención. Además de en los centros de salud, es importante ofrecer estos servicios en otros sitios, por ejemplo, ofreciendo consultas virtuales a las personas que quieran comenzar el tratamiento, necesiten reponer el medicamento o tengan que someterse a un control, y descentralizando el despacho del tratamiento en centros comunitarios y dispensando dosis para varios meses siempre que sea posible.

30. En zonas donde es alta la prevalencia del VIH y son bajos los índices de circuncisión masculina, la circuncisión médica voluntaria puede ser de gran utilidad para prevenir el VIH. Sin embargo, en 2020, se registró una caída abrupta del número de hombres que se sometieron a esa intervención en los 15 países prioritarios, sobre todo debido a las interrupciones del servicio causadas por la pandemia de COVID-19: ese año, se sometieron a la circuncisión masculina voluntaria 2,8 millones de niños y hombres, frente a los 4,1 millones registrados en 2019.

31. Es necesario reactivar los programas de circuncisión médica masculina voluntaria para alcanzar la meta de que, de aquí a 2025, el 90 % de los adolescentes y los hombres de los 15 países prioritarios se sometan al procedimiento voluntario. En las zonas donde es baja la prevalencia de la circuncisión y alta la carga del VIH, los servicios deberían centrarse en los adolescentes de 15 años o más que llevan una vida sexual activa y en los hombres adultos expuestos a un alto riesgo de contraer la infección por el VIH. En las zonas donde ya es alta la prevalencia de la circuncisión entre los hombres activos sexualmente, es necesario hacer hincapié en mantener y ampliar los servicios dirigidos a los adolescentes varones mayores de 15 años a fin de mantener la alta cobertura.

32. La Asamblea General se ha comprometido a garantizar, de aquí a 2025, que el 95 % de las mujeres y niñas en edad de procrear tengan cubiertas sus necesidades en materia de VIH y de servicios de salud sexual y reproductiva, pero muy pocos países de ingreso bajo e ingreso mediano están en vías de alcanzar esa meta.

33. Los servicios de planificación familiar son un componente importante de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, pero la disponibilidad de esos servicios depende mucho del país. En los 32 países que disponen de datos sobre los años comprendidos entre 2015 y 2020, el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que recibieron los servicios de planificación familiar con métodos modernos que solicitaron fue de entre el 6 % y el 87 %. Las mujeres de las zonas urbanas tuvieron más probabilidades de recibir los servicios de planificación familiar con métodos modernos que solicitaron que las que vivían en las zonas rurales (en 19 de 32 países) y la situación era similar entre las que tenían educación secundaria o superior y las que no tenían educación formal o solo tenían educación primaria (en 21 de 32 países). Ese porcentaje también fue superior entre las mujeres mayores que entre las más jóvenes, y entre las mujeres del quintil de riqueza más alto que entre sus pares del quintil más bajo.

D. Educación sexual integral

34. Los jóvenes, incluidos los que pertenecen a grupos de población clave, representaron el 27 % de las nuevas infecciones por VIH en 2020, pese a que solo constituyen el 16 % de la población mundial. En muchos países, los jóvenes no tienen un acceso suficiente a la educación sexual integral de buena calidad y apropiada para su edad, lo que los torna vulnerables a los mitos y a la información errónea sobre las relaciones sexuales y la sexualidad.

35. La educación sexual integral dirigida a los adolescentes y jóvenes que se imparte de una manera apropiada para la edad, relevante para la cultura y con un método transformador de género es un elemento esencial de la prevención del VIH y de todas las infecciones de transmisión sexual, y es fundamental para promover la salud, el bienestar y la capacidad de pensamiento crítico de los jóvenes y fortalecer la ciudadanía responsable. También es importante para prevenir la violencia de género, aumentar el uso de anticonceptivos, disminuir el número de parejas sexuales y retrasar la primera relación sexual. Quienes la reciben, sea como parte de la educación formal o no, están capacitados para hacerse responsables de sus decisiones y comportamientos y del modo en que pueden afectar a los demás.

36. Según el último análisis dirigido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) a partir de datos de los países procedentes de múltiples fuentes, 132 de los 155 países estudiados (el 85 %) tienen políticas o leyes que promueven la educación sexual, de los cuales un número bastante alto dispone de políticas que obligan a impartirla en la enseñanza secundaria más que en la primaria⁴. Sin embargo, que un país tenga marcos políticos y jurídicos no siempre equivale a que el contenido esté fundamentado en pruebas o sea exhaustivo, ni a que su aplicación sea sólida. Al analizar los datos con más profundidad, se observa que el plan de estudios sobre educación sexual integral a menudo no abarca los temas con la amplitud necesaria para que esta sea efectiva y pertinente. Las encuestas revelan que los estudiantes suelen considerar que recibieron la información demasiado tarde y que habrían preferido que la educación sexual empezara en una etapa anterior de su escolarización.

E. Integración

37. En la Declaración Política de 2021, los Gobiernos se comprometieron a acelerar la integración de los servicios relacionados con el VIH con los servicios de atención de la tuberculosis, las hepatitis víricas, las infecciones de transmisión sexual, las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales. También se comprometieron a garantizar que los servicios dirigidos a las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él estén incluidos en el conjunto de servicios de la cobertura sanitaria universal, y a incluir la respuesta al VIH en sistemas de protección social sólidos y resilientes.

38. La equidad, la calidad y la asequibilidad son algunos de los elementos constitutivos de la cobertura sanitaria universal. Hay que fortalecer las funciones más importantes del sistema de salud, en especial en la atención primaria, para promover la prestación eficaz de servicios relacionados con el VIH, entre los que se cuentan el acceso a medicamentos de buena calidad y demás productos básicos, tecnologías e innovaciones de salud.

⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) *et al.*, *The Journey towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report* (París, 2021).

39. La integración avanza a buen ritmo en algunos ámbitos. Por ejemplo, se han estrechado los vínculos entre el tratamiento del VIH y el tamizaje, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la tuberculosis.

40. En la primera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis, celebrada en Nueva York el 26 de septiembre de 2018, los Estados Miembros se comprometieron a proporcionar, a más tardar en 2022, tratamiento preventivo contra la tuberculosis al menos a 30 millones de personas, entre las que estaban incluidas 6 millones de personas que viven con el VIH. En 2018 y 2019, se lograron avances sustanciales, tras un decenio en el que se ampliaron los servicios y disminuyeron las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 obligó a interrumpir los servicios en 2020, lo que coincidió con un aumento de las muertes por tuberculosis respecto de las cifras de 2019. La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH.

41. El cáncer cervicouterino es un tipo de cáncer frecuente entre las mujeres que viven con el VIH que suele ser producto de la infección por el virus de los papilomas humanos, infección evitable que les resulta difícil eliminar a las personas inmunodeficientes. El alto riesgo a que están expuestas las mujeres que viven con el VIH de padecer infección persistente por el virus de los papilomas humanos sextuplica su riesgo de presentar cáncer cervicouterino invasor. La vacunación contra el virus de los papilomas humanos y el tamizaje del cáncer cervicouterino, seguidos de un tratamiento apropiado de las lesiones precancerosas, son medidas muy eficaces en función de los costos. En junio de 2020, solo el 41 % de los países de ingreso bajo e ingreso mediano ofrecían esa vacuna, ya sea en todo el país o solo en algunas partes⁵.

42. La pandemia de COVID-19 ha hecho patente la importancia vital de que los países cuenten con sistemas de protección social sólidos para mitigar las repercusiones de las pandemias. Cuando la protección social tiene en cuenta a las personas que viven con el VIH, aumenta el uso de los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH porque disminuyen tanto la carga financiera como otros obstáculos. La Declaración Política de 2021 exige que, de aquí a 2025, el 45 % de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él tengan acceso a prestaciones de protección social, pero son pocos los países que actualmente garantizan ese acceso.

F. Financiación sostenible

43. La falta de inversión en las respuestas al VIH de los países de ingreso bajo y de ingreso mediano es una de las principales razones por las que no se alcanzaron las metas mundiales fijadas para 2020. Las tendencias que muestran los datos sobre la asignación de recursos revelan que tanto los flujos de financiación nacionales como los internacionales han llegado a un peligroso punto muerto (véase la figura IV) y las previsiones actuales sobre la capacidad de inversión en salud son pesimistas. La Asamblea General ha pedido a los países de ingreso bajo y de ingreso mediano que la inversión anual en la respuesta al sida llegue a los 29.000 millones de dólares a más tardar en 2025, pero, en 2021, solo se consiguieron 21.500 millones de dólares (en dólares de 2019).

44. La asignación de recursos depende de la región. Las diferencias fueron de una magnitud importante en Europa Oriental y Asia Central, Oriente Medio y Norte de

⁵ Laia Bruni *et al.*, “HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010-2019”, *Preventive Medicine*, vol. 144 (marzo de 2021).

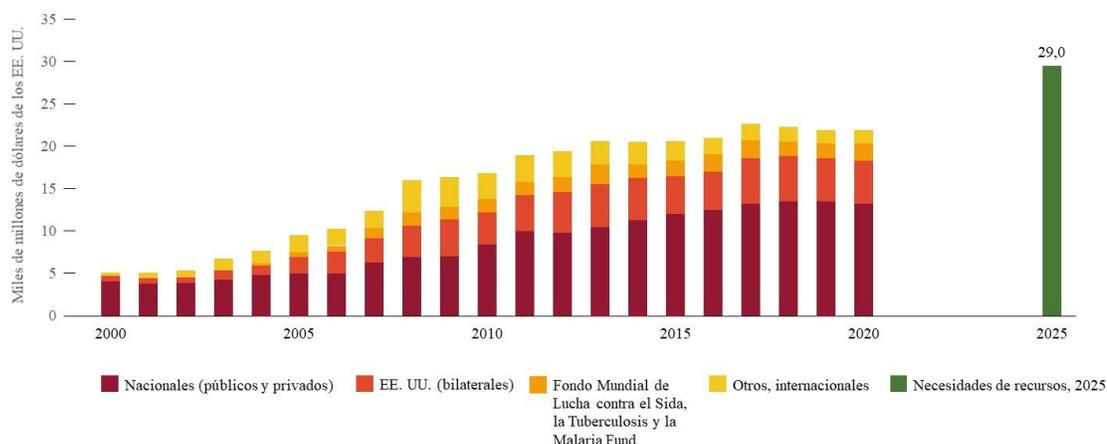
África y Asia y el Pacífico. En cambio, los recursos que se destinaron a la lucha contra el VIH en 2020 en África Oriental y Meridional y en América Latina igualaron o incluso superaron las necesidades totales de recursos de esas regiones. Los efectos de esas inversiones son diferentes porque una parte considerable de los recursos no fue asignada a las esferas programáticas o a las poblaciones que sufrían las mayores carencias.

45. Casi todas las regiones carecen de recursos para financiar iniciativas de prevención del VIH dirigidas a los grupos de población clave que corren mayor riesgo de contraer el VIH. La Declaración Política de 2021 también incluye el compromiso de aumentar las inversiones en los elementos que favorecen el desarrollo social, como eliminar las leyes y políticas restrictivas y discriminatorias, la estigmatización y la discriminación, dar acceso a la justicia y garantizar la igualdad de género. Estas inversiones deben llegar a los 3.100 millones de dólares en los países de ingreso bajo y de ingreso mediano de aquí a 2025.

Figura IV

Recursos destinados a la lucha contra el VIH en los países de ingreso bajo y de ingreso mediano, 2000 a 2020, y meta para 2025

(Miles de millones de dólares de los Estados Unidos)



Fuente: Estimaciones y previsiones financieras para 2021 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Puede consultarse en <https://hivfinanciam.unaids.org/hivfinanciamdashboards.html>.

Nota: Las estimaciones se presentan en dólares de los Estados Unidos a precios constantes de 2019. Los países incluidos son los que figuran como países de ingreso bajo y de ingreso mediano en la clasificación del Banco Mundial de 2020.

46. El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha invertido más de 53.000 millones de dólares en la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria de los países de ingreso bajo y de ingreso mediano en los últimos 20 años, lo que ha sido de gran ayuda para reducir drásticamente la tasa de mortalidad combinada. A través del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, los Estados Unidos han invertido casi 100.000 millones de dólares en la respuesta mundial al sida, lo que ha acelerado los avances para controlar la epidemia en más de 50 países.

47. Los desembolsos de otros donantes internacionales han disminuido casi a la mitad desde 2010. En 2022, el Fondo Mundial entra en su séptimo ciclo crítico de reposición, en el que deben comprometerse al menos 18.000 millones de dólares en recursos para el trienio 2023-2025.

48. No será posible acabar con el sida si no aumentan las inversiones nacionales ni los compromisos de los donantes internacionales. Una de las formas de demobilizar más recursos financieros para el VIH, las respuestas a las pandemias, el sector de la salud y las iniciativas para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible consiste en eliminar la evasión de impuestos, promulgar reformas fiscales progresivas, cancelar la deuda y reasignar los derechos especiales de giro.

III. La enfermedad por coronavirus y el VIH

A. Repercusiones de la enfermedad por coronavirus

49. Las iniciativas dirigidas a acabar con la pandemia de sida de aquí a 2030 ya avanzaban con demasiada lentitud cuando se desató la pandemia de COVID-19. Las medidas para frenar la propagación del virus de la COVID-19 y la presión adicional que debieron soportar los sistemas de salud interrumpieron los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, la educación escolar, los programas de prevención de la violencia y otras actividades que estaban en marcha para eliminar las desigualdades que generan resultados dispares en materia de salud. La lenta implantación de los programas de vacunación contra la COVID-19 en África Subsahariana prolongó las repercusiones económicas de la pandemia en la región, pues aumentó la deuda soberana, amplió las diferencias económicas y tuvo repercusiones negativas en la capacidad actual y futura de invertir en respuestas de salud en general y contra el sida en particular.

50. La pandemia de COVID-19 ha tenido efectos perjudiciales diferentes en los programas de lucha contra el VIH de los distintos países. Los datos revelan que, en 2020, disminuyeron los casos nuevos de VIH y menos personas que viven con el VIH iniciaron el tratamiento en 40 de los 50 países que comunicaron datos al respecto a ONUSIDA. Los efectos perjudiciales más importantes tuvieron lugar en el primer semestre de 2020, cuando muchos países estaban transitando su primer confinamiento. El número de personas que viven con el VIH en todo el mundo y que reciben tratamiento antirretrovírico aumentó solo un 1,9 % entre enero y junio de 2020, frente al 6,3 % registrado entre enero y junio de 2019.

51. Los servicios de reducción del daño dirigidos a las personas que consumen drogas se interrumpieron en casi dos tercios (65 %) de los 130 países estudiados en 2020⁶. Muchos de los 15 países donde se consideraba prioritaria la circuncisión médica masculina voluntaria suspendieron por completo los procedimientos.

52. La pandemia de COVID-19 hizo retroceder los avances logrados a lo largo de años en la prestación de servicios esenciales contra la tuberculosis y el VIH e invirtió la disminución de la carga de morbilidad por tuberculosis. Los confinamientos coincidieron con una importante caída mundial del número de nuevos casos de tuberculosis notificados a los Gobiernos nacionales, que bajó de 7,1 millones en 2019 a 5,8 millones en 2020. El menor acceso al diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis aumentó las muertes por esta enfermedad entre las personas que viven con el VIH, de 209.000 en 2019 a 214.000 en 2020⁷.

53. Los confinamientos y las interrupciones de la cadena de suministro a causa de la COVID-19 también repercutieron en el sector de la industria manufacturera y la distribución de artículos de salud sexual y reproductiva, como los preservativos

⁶ Organización Mundial de la Salud, *The Impact of Covid-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment* (Ginebra, 2020).

⁷ OMS, *Global Tuberculosis Report 2021* (Ginebra, 2021).

masculinos y femeninos, los anticonceptivos orales e inyectables y los kits de salud reproductiva⁸.

54. Los programas de profilaxis anterior a la exposición se vieron muy afectados durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19, pero repuntaron rápidamente y, en promedio, crecieron en los países de ingreso bajo e ingreso mediano durante el año natural 2020, y luego siguieron creciendo con rapidez en 2021, sobre todo en África Subsahariana y Asia⁹.

55. La pandemia de COVID-19 también profundizó las desigualdades que, según se ha demostrado, limitan el acceso a los servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, la pandemia está erosionando los logros en materia de igualdad de género. Durante la pandemia, las mujeres presentaron cifras más altas de desempleo y disminución de los ingresos y debieron hacerse cargo de más cuidados no remunerados. Las encuestas de evaluación rápida de género sobre las repercusiones socioeconómicas de la pandemia COVID-19 efectuadas por la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) en 58 países revelaron que, desde que comenzó la pandemia, aumentó la violencia contra las mujeres, ya que una de cada cuatro entrevistadas refirió que se habían vuelto más frecuentes los conflictos domésticos y siete de cada diez, que era más frecuente que su pareja las sometiera a maltrato verbal o físico¹⁰.

56. La pandemia de COVID-19 también obligó a suspender la educación escolar de la mayor parte de los niños de todo el mundo en algún momento. El cierre prolongado de las escuelas intensificó las disparidades educativas ya existentes: los cierres fueron más prolongados en los países más pobres y las niñas, los alumnos más jóvenes y los de grupos socioeconómicos desfavorecidos presentaron pérdidas educativas mayores¹¹. Se calcula que, a finales de 2021, había 100 millones de niños más en situación de pobreza multidimensional que antes de la pandemia¹².

57. A medida que se desploman los ingresos y aumentan los precios de los alimentos, crece la inseguridad alimentaria, efecto que tiene repercusiones negativas en los resultados de salud de las personas que viven con el VIH y se ha vinculado al aumento de los comportamientos arriesgados de las mujeres en cuanto al VIH. Algunos países ampliaron la protección social durante un tiempo cuando algunos sectores productivos debieron interrumpir sus actividades, pero muchas de las personas más pobres y vulnerables no recibieron ninguna ayuda: las redes de trabajadores sexuales, las personas transgénero y los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres denunciaron que encontraban dificultades para acceder a esos servicios de protección social.

58. Los estudios revelan que las personas que viven con el VIH están expuestas a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad por la COVID-19. También hay datos científicos que demuestran que las personas que viven con el VIH y otros tipos de inmunodeficiencia tienen dificultades para luchar contra el virus de la COVID-19 si

⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas, "Supply alert: navigating continuous supply chain disruptions", 19 de mayo de 2021.

⁹ Datos del sitio web del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (<https://data.pepfar.gov>).

¹⁰ Ramya Emandi *et al.*, *Measuring the Shadow Pandemic: Violence against Women during COVID-19* (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, 2021).

¹¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), UNESCO y Banco Mundial, *Where Are We on Education Recovery?* (UNICEF, 2022).

¹² UNICEF y Save the Children, "Impact of COVID-19 on children living in poverty: a technical note", diciembre de 2021.

no están vacunadas y no reciben el tratamiento que necesitan para combatir la enfermedad de base.

B. Medidas para estar a la altura de los problemas generados por la pandemia de enfermedad por coronavirus

59. En muchos lugares, la conmoción causada por la pandemia de COVID-19 ha generado una reacción original y resiliente que se ha tornado en la impronta de la respuesta al VIH. Por lo general, los programas que han sobrellevado mejor la situación son aquellos que disponían de recursos suficientes, estaban dispuestos a adaptarse y contaban con una sólida implicación de la comunidad.

60. Las restricciones impuestas a los desplazamientos a causa de la COVID-19 exigieron acelerar la entrega de medicamentos antirretrovíricos a las personas que viven con el VIH y el tratamiento sustitutivo a las personas opiodependientes. Gracias a este cambio, estos grupos pudieron seguir tomando sus medicamentos pese a las interrupciones del servicio.

61. Fue posible seguir ofreciendo tratamiento contra el VIH y otros servicios críticos porque se diferenció la prestación de servicios, sobre todo los dirigidos por la comunidad. Se crearon planes para distribuir los medicamentos y se instalaron lugares donde recogerlos, se organizaron servicios de entrega a domicilio y el apoyo terapéutico se trasladó a medios telemáticos y a las plataformas virtuales. Hacia finales de 2020, la mayoría de los programas de diagnóstico y tratamiento del VIH se habían recuperado del golpe que les había asestado la COVID-19.

62. Un ejemplo a gran escala es el de Botswana, Eswatini, Namibia, Rwanda, Uganda, Zambia y Zimbabwe, donde los programas nacionales de lucha contra el sida, con el apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, incorporaron cambios importantes en los servicios. Cuando comenzaron a aplicarse las restricciones a causa de la COVID-19, los centros de salud que atienden a más de 1,8 millones de personas empezaron a reponer los medicamentos antirretrovíricos en los centros comunitarios y a dispensarlos en mayores cantidades de manera que los pacientes tuvieran cubiertos períodos más prolongados (normalmente seis meses). En seis de los siete países, estos ajustes redujeron el porcentaje de pacientes que interrumpieron el tratamiento frente a las cifras anteriores a la pandemia¹³.

IV. Acabar con las desigualdades mediante elementos que favorecen el desarrollo social, la financiación y el acceso equitativos, el liderazgo de la comunidad y los datos centrados en las personas

A. Las desigualdades son la principal causa de los avances irregulares

63. Las respuestas al sida más eficaces han demostrado que, cuando los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH abarcan a gran parte de la población, disminuyen tanto las nuevas infecciones por el VIH como la morbilidad y mortalidad del sida. Por el contrario, las deficiencias de cobertura perpetúan la pandemia y son mayores en las poblaciones que suelen padecer estigmatización, discriminación,

¹³ Neha Mehta *et al.*, “Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April-June 2020”, resumen 2641 del estudio presentado en la Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA, 18-21 de julio de 2021.

desigualdad de género, violencia, criminalización e injusticia. Según el lugar y el contexto, estas comunidades están constituidas por diversos grupos de población, como las mujeres y las niñas, los homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas, los presos, los migrantes, los refugiados y otras personas desplazadas.

64. La necesidad urgente de eliminar los obstáculos sociales y estructurales que dificultan el acceso a los servicios relacionados con el VIH está expresada mediante las tres metas 10-10-10 de la Declaración Política de 2021 acerca de los elementos que favorecen el desarrollo social. Las dos primeras metas comprometen a los países a a) reducir a no más del 10 % la proporción de mujeres, niñas y personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él que sufren desigualdad de género y violencia sexual y de género; y b) asegurar que menos del 10 % de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él experimenten estigma y discriminación.

65. La tercera meta es que menos del 10 % de los países tengan marcos jurídicos y de políticas restrictivos dirigidos injustamente contra las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, como las leyes relativas a la edad de consentimiento y a la no revelación de la condición de seropositivo y la exposición al VIH y su transmisión, y las que imponen restricciones para viajar y las pruebas obligatorias, y conducen a la denegación o limitación del acceso a los servicios. Este porcentaje equivale a 20 o menos de los 193 países que son Estados Miembros de las Naciones Unidas. En la actualidad, son muchos más los países que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual, la posesión y el consumo de drogas, y la exposición al VIH, la no revelación de la seropositividad y la transmisión del virus (véase la figura V).

B. Marcos jurídicos y normativos favorables para la prestación de servicios relacionados con el VIH

66. Se ha encontrado un vínculo entre la criminalización de los grupos de población clave y los avances limitados en la consecución de las metas relacionadas con el VIH. En los países que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas, el porcentaje de conocimiento del estado serológico y de supresión vírica entre las personas que viven con el VIH fue significativamente más bajo que en los demás países. Por el contrario, se observó una correlación positiva entre la aprobación de leyes que promueven la no discriminación, la existencia de instituciones de derechos humanos y las respuestas a la violencia de género y esos mismos resultados en materia de VIH¹⁴.

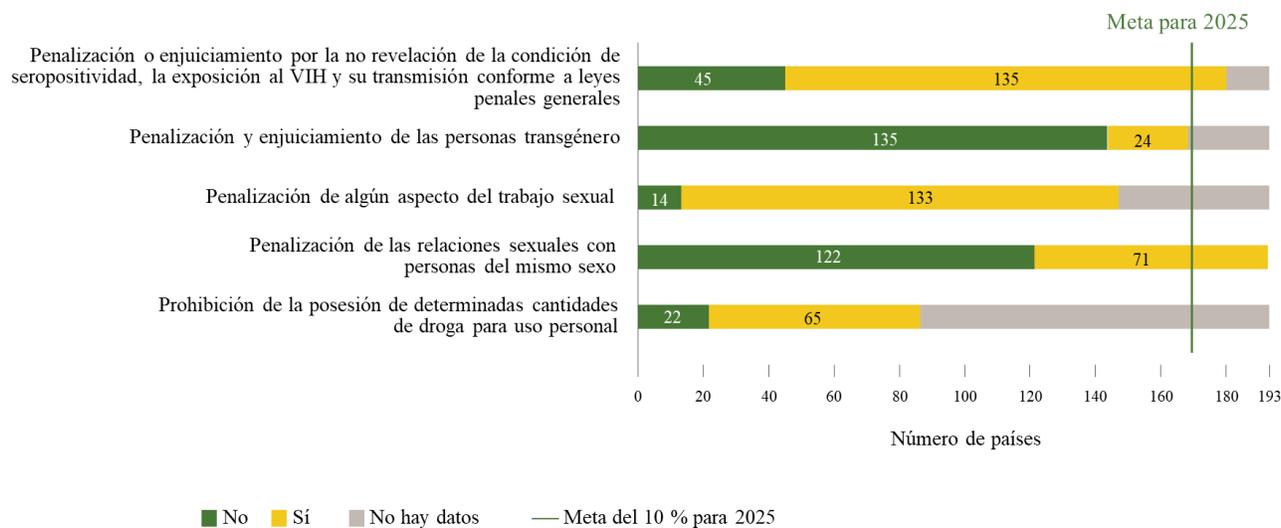
67. Los resultados respaldan la recomendación formulada por la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, de que los países aplicaran los principios de salud pública y derechos humanos y revocaran o reformaran las leyes y políticas que impiden a las personas acceder y utilizar los servicios que necesitan, tanto los de salud en general como los relacionados con el VIH.

68. Se ha constatado que revocar las leyes que exigen obtener la autorización de los padres para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH mejora el comportamiento de búsqueda de atención

¹⁴ Matthew M. Kavanagh *et al.*, “Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful pandemic response?”, *BMJ Global Health*, vol. 6, núm 8 (2021).

sanitaria de los adolescentes y los jóvenes¹⁵. En 2021, 40 países notificaron a ONUSIDA que tenían leyes que exigían el consentimiento de los padres o tutores para que los adolescentes tuvieran acceso a anticonceptivos hormonales o de larga duración, y el consentimiento era necesario en 108 para someterse a un análisis de detección del VIH, en 43 para las pruebas de autodiagnóstico del VIH, en 92 para el tratamiento del VIH y en 22 para la profilaxis anterior a la exposición.

Figura V
Países que tienen leyes discriminatorias y punitivas, 2021



Fuente: Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2017 a 2021.

C. Igualdad de género

69. La desigualdad de género y la discriminación niegan a las mujeres y a las niñas sus derechos humanos fundamentales, en particular los derechos a la educación y a la salud, y aumentan el riesgo de que contraigan la infección por el VIH, además de que dificultan su capacidad para mitigar las repercusiones del VIH.

70. Una de cada tres mujeres es víctima de violencia física o sexual a manos de su pareja o de violencia sexual a manos de alguien que no es su pareja en algún momento de la vida¹⁶. En todo el mundo, más de una de cada diez (13 %) de las mujeres no solteras o en pareja (de 15 a 49 años) sufrió violencia física o sexual a manos de su pareja en los 12 meses anteriores. Solo 7 de los 43 países que disponen de datos sobre los años 2015 a 2020 cumplieron la meta fijada para 2025 de que menos del 10 % fueran víctimas de violencia.

71. En la Declaración Política de 2021, los países se comprometieron a aprobar y aplicar leyes y políticas que protegieran a las mujeres y las niñas de la violencia. Estas

¹⁵ Britt McKinnon y Ashley Vander Morris, "National age of consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity source-matched study", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97, núm. 1 (2019).

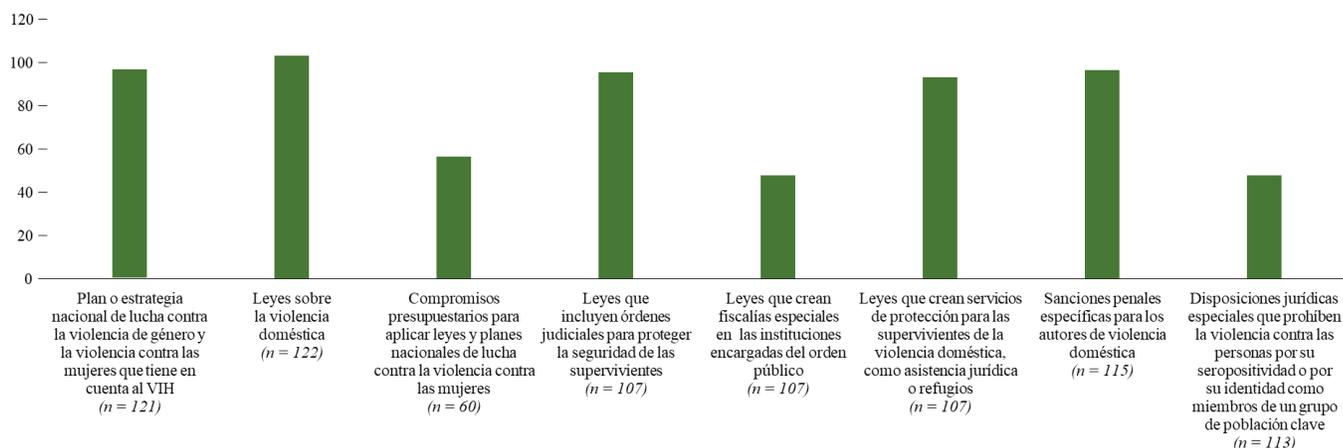
¹⁶ OMS et al., *Violence against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence against Women* (Ginebra, OMS, 2021).

protecciones también deben garantizar que las supervivientes de la violencia reciban servicios y apoyo suficientes y apropiados, y que puedan obtener reparación jurídica de sus agresores.

72. De los países que comunicaron información a ONUSIDA, 103 indicaron que contaban con leyes sobre la violencia doméstica, y la gran mayoría indicó también que las leyes incluían sanciones penales para los agresores, así como órdenes judiciales y servicios de protección para las supervivientes. Noventa y seis países indicaron que contaban con un plan o una estrategia nacional de lucha contra la violencia de género y la violencia contra las mujeres que tenía en cuenta al VIH, y 47 países, que contaban con disposiciones jurídicas especiales que prohibían la violencia contra las personas por su condición de seropositivas o su identidad como miembros de un grupo de población clave (véase la figura VI). No son uniformes ni la calidad ni la aplicación de las protecciones jurídicas y normativas.

73. En la Declaración Política de 2021 los Estados Miembros se comprometen a cumplir con el derecho a la educación de todas las niñas y las jóvenes, y a empoderar económicamente a las mujeres proporcionándoles habilidades laborales, oportunidades de empleo, conocimientos financieros y acceso a los servicios financieros. La UNESCO calcula que, en todo el mundo, hay 129 millones de niñas que no asisten a la escuela, de las cuales 32 millones están en edad de cursar la educación primaria, 30 millones, la educación secundaria, y 67 millones, la educación secundaria alta. Se ha logrado la paridad de género en la educación primaria solo en el 49 % de los países, en la educación secundaria, en el 42 %, y en la educación secundaria alta, en el 24 %¹⁷.

Figura VI
Número de países que cuentan con disposiciones sobre la violencia, 2017-2021



Fuente: Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, 2017-2021.

D. Estigma y discriminación relacionados con el VIH

74. Se observa gran diversidad en la prevalencia de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH. En casi todas las regiones, hay países en los que una gran proporción de los adultos siguen teniendo actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH. En 52 de los 58 países que disponen de datos

¹⁷ Véase www.unicef.org/education/girls-education.

recientes obtenidos mediante encuestas demográficas, indicaron que tenían esas actitudes más del 25 % de las personas de entre 15 y 49 años y, en 36 de los 58 países, más del 50 % de toda la población. Según un informe de la Organización Internacional del Trabajo y Gallup elaborado a partir de una encuesta realizada en 50 países en 2021, cuatro de cada seis personas se sentirían incómodas si trabajaran con una persona seropositiva¹⁸.

75. En muchos países, las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave refieren en encuestas especiales que sufren estigmatización y discriminación en los entornos de salud. Este maltrato puede tener diversas formas, desde actitudes críticas o tendenciosas hasta incumplimiento de la confidencialidad, apoyo deficiente y retraso o denegación del tratamiento. El maltrato disuade a las personas de solicitar atención de salud cuando la necesitan, degrada la calidad de la atención que reciben y socava tanto la confianza en los servicios de salud como el cumplimiento de las recomendaciones y el tratamiento médicos, lo que se traduce en una mala salud física y mental.

76. En 2021, 95 de los 131 países que presentaron informes indicaron que disponían de mecanismos gubernamentales formales a través de los cuales las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave podían denunciar los maltratos y la discriminación y solicitar reparaciones. La vigilancia por parte de la sociedad civil desempeña un papel fundamental a la hora de garantizar la rendición de cuentas y la reparación. En 53 países, las organizaciones de la sociedad civil indicaron que las comunidades o las organizaciones no gubernamentales habían instituido mecanismos para registrar y atender las denuncias individuales. En general, 116 países (el 60 %) indicaron que tenían un mecanismo oficial u oficioso para atender los casos y las denuncias individuales de discriminación relacionada con el VIH.

77. La Alianza Mundial de Acciones tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación relacionadas con el VIH, a la que se han sumado 29 países, ha aumentado la asistencia técnica coordinada y ha aprovechado las sinergias de las medidas para ayudar a los países a acabar con el estigma y la discriminación en seis ámbitos: la atención de salud, la justicia, la educación, el lugar de trabajo, el ámbito humanitario y la comunidad.

E. Acceso equitativo a las tecnologías de salud

78. Las respuestas a las pandemias no son eficaces si solo algunos tienen acceso a las tecnologías de salud, algo que la respuesta al VIH sabe por experiencia tras muchos años y millones de casos y muertes evitables. Gracias a la promoción enérgica de la sociedad civil, los médicos y los Gobiernos de países de ingreso bajo e ingreso mediano, se instituyeron mecanismos que velan por la asequibilidad y la disponibilidad de los medicamentos y medios de diagnóstico del VIH en todo el mundo.

79. Sin embargo, estos mecanismos están en peligro. Las nuevas tecnologías que están surgiendo y comercializándose para diagnosticar, prevenir y tratar el VIH, la COVID-19 y otras enfermedades vienen acompañadas de limitaciones, como la protección de la propiedad intelectual, las restricciones sobre el intercambio y la transferencia de tecnología, las limitaciones relativas a los lugares de producción farmacéutica, la escasa capacidad de regulación y precios prohibitivos.

¹⁸ Organización Internacional del Trabajo (OIT), *The ILO Global HIV Discrimination in the World of Work Survey* (Ginebra, 2021).

80. Algunos países de ingreso mediano tienen dificultades para acceder a medicamentos genéricos contra el VIH a precios asequibles. La profilaxis anterior a la exposición sigue siendo costosa en muchos países debido a que están monopolizadas la venta y la distribución y limitada la producción local. Además, ha sido muy lento el desarrollo de tratamientos pediátricos, pues no se consideran inversiones rentables. Las nuevas tecnologías que pueden ayudar a subsanar las desigualdades en relación con el VIH, como las nuevas fórmulas terapéuticas contra el VIH para niños y adultos, los fármacos de acción prolongada para la profilaxis anterior a la exposición y los anillos vaginales que previenen la infección por el VIH y los embarazos, corren el riesgo de tener un precio fuera del alcance de la mayoría de quienes las necesitan. También se podría hacer más para promover métodos de tecnología básica que son muy eficaces, como los preservativos.

81. En algunos países, el cobro de tarifas a los usuarios en las clínicas y hospitales sigue privando a muchas personas, en especial a las de bajos ingresos y a las que están excluidas de las decisiones financieras del hogar, de los beneficios que ofrecen los servicios de salud y los medicamentos contra el VIH y de otros tipos.

82. El acceso a los medios de diagnóstico sigue siendo desigual en muchos países de ingreso bajo y de ingreso mediano, donde las más afectadas son las comunidades empobrecidas y las rurales. Los laboratorios médicos también presentan una distribución desigual entre los países. Por ejemplo, los Estados Unidos de América tienen 260.000 laboratorios médicos acreditados, mientras que la India, cuya población cuadruplica la de los Estados Unidos, tiene 1.150 laboratorios¹⁹.

83. Puesto que siguen siendo desiguales la disponibilidad y la distribución de las pruebas diagnósticas para detectar la COVID-19, las vacunas y los tratamientos contra la enfermedad, se hace patente que urge tomar medidas de alcance mundial para velar por el acceso equitativo a las tecnologías esenciales de salud, en especial durante las crisis sanitarias. A menos que se tomen medidas de ese carácter, los habitantes de los países de ingreso bajo e ingreso mediano seguirán viendo negado su derecho fundamental a la salud, y el mundo seguirá sin estar preparado para las pandemias actuales y futuras.

84. Hay que dar prioridad a ampliar la distribución de los suministros médicos, productos farmacéuticos y otras tecnologías sanitarias. La producción local reduciría la vulnerabilidad de los sistemas de salud a las interrupciones de la cadena de suministro y al acaparamiento de productos médicos esenciales durante las crisis. Una forma llevar esta idea a la práctica sería creando cadenas de valor regionales, construyendo centros subregionales en los que los fabricantes trabajen juntos en grupos y armonizando las disposiciones reglamentarias para facilitar y capitalizar la colaboración transfronteriza. La reciente creación de la Agencia Africana del Medicamento es un paso importante para crear una plataforma continental de reglamentaciones.

F. Liderazgo comunitario

85. Un legado que persiste de la respuesta al sida es el papel central que han desempeñado las personas más afectadas a la hora de convencer a los Gobiernos de que organicen una respuesta adecuada a la pandemia. Con el correr del tiempo, el mosaico de organizaciones comunitarias ha madurado hasta convertirse en una infraestructura comunitaria que ha sido esencial en todos los aspectos de la respuesta a la pandemia, desde el ámbito local hasta el mundial.

¹⁹ Kenneth A. Fleming *et al.*, “The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics”, *The Lancet*, vol. 398, núm. 10315 (2021).

86. La sociedad civil y las organizaciones comunitarias, sobre todo las dirigidas por personas que viven con el VIH, mujeres, jóvenes y grupos de población clave, complementan las respuestas a la pandemia de los sistemas de salud tradicionales en tres funciones importantes: la prestación de servicios; el aporte de la perspectiva de la comunidad a la planificación y las decisiones; y el respaldo a la rendición de cuentas y la vigilancia.

87. Desde los primeros meses de la pandemia de COVID-19, las organizaciones dirigidas por la comunidad han servido de puente a las comunidades marginadas, manteniendo los servicios de VIH en funcionamiento durante los confinamientos declarados a causa de la COVID-19 y otras perturbaciones causadas por la pandemia. También han llevado el tamizaje, las pruebas de diagnóstico y el rastreo de contactos a las zonas desatendidas de formas que respetan las diferentes realidades y preocupaciones de las personas y que vinculan a las comunidades con los servicios oficiales de salud.

88. Para encaminar la respuesta al sida, la participación plena de esta infraestructura comunitaria debe ser universal. En la Declaración Política de 2021, los Estados Miembros se comprometen a aumentar la inclusión en la adopción de decisiones y la proporción de servicios relacionados con el VIH prestados por la comunidad, reforzar el personal de salud de la comunidad y apoyar la recopilación de datos generados por esta para proteger los derechos y atender las necesidades de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él.

89. La Declaración también incluye metas específicas para que los países se aseguren de que, de aquí a 2025, las organizaciones dirigidas por las comunidades tengan a su cargo a) el 30 % de los servicios de pruebas y tratamiento, incidiendo en las pruebas de detección del VIH, la vinculación a la prestación de apoyo en relación con el tratamiento y con el cumplimiento y la continuidad del régimen terapéutico, y la educación sobre el tratamiento; b) el 80 % de los servicios de prevención del VIH para las poblaciones con alto riesgo de infección por el VIH, incluidas las mujeres dentro de esas poblaciones; y c) el 60 % de los programas para apoyar la consecución de elementos que favorezcan el desarrollo social. Será fundamental formular métodos concretos para medir los avances logrados en la aplicación de estas nuevas metas.

G. Sistemas de datos centrados en las personas

90. La respuesta mundial al VIH ha ayudado a crear algunos de los sistemas de datos más completos sobre salud y desarrollo mundial, y decenas de países están utilizando esos sistemas contra la COVID-19 y otros problemas de salud. Es esencial profundizar y ampliar la recopilación y el uso de datos detallados para orientar las iniciativas de los sistemas de salud, educación y protección social a fin de reducir las desigualdades del acceso a los servicios y de los resultados de salud.

91. Los países también están utilizando cada vez más datos detallados para perfeccionar su respuesta al VIH. En la ronda de 2021 de estimaciones epidemiológicas sobre el VIH, financiada por ONUSIDA, 38 países recopilaron datos de programas geolocalizados y utilizaron el instrumento de modelización Naomi para generar estimaciones subnacionales del VIH y responder a las variaciones.

92. La respuesta al VIH también está a la vanguardia del liderazgo y la implicación de la comunidad en cuanto a la recopilación y el uso de los datos. Se recurre cada vez más a la vigilancia comunitaria como mecanismo de rendición de cuentas que permite a las redes de grupos de población clave, otros grupos afectados u otras entidades de la comunidad recoger y analizar de forma sistemática y periódica datos cualitativos y cuantitativos sobre la accesibilidad, la adecuación, la asequibilidad y la aceptabilidad

de los servicios relacionados con el VIH, así como sobre las violaciones de los derechos y la estigmatización y la discriminación de los prestadores de servicios. La vigilancia comunitaria aporta información a las direcciones de programas sobre el VIH, a las instancias decisorias en materia de salud, a los donantes y a otras partes interesadas importantes sobre lo que funciona bien, lo que no funciona y lo que hay que mejorar. También ayuda a que los datos se recopilen y utilicen sin exponer a la población y respetando sus derechos, en particular en los países que penalizan a los grupos de población clave.

93. Las deficiencias de datos impiden llegar a los grupos de población clave. Por ejemplo, al parecer, muchos países subestiman el tamaño esos grupos y en algunos casos ni siquiera reúnen datos sobre ellos, de manera que los programas de lucha contra el VIH quedan desequilibrados, pues los servicios dirigidos a las personas más necesitadas tienen falencias que pueden ser importantes.

94. La subestimación del tamaño de esos grupos se ve agravada por la ausencia de otros datos. Las encuestas de biocomportamiento centradas en esos grupos proporcionan datos fundamentales sobre poblaciones a las que es difícil llegar con los medios habituales, pero las limitaciones de financiación y otras decisiones disminuyen el número de encuestas que se llevan a cabo.

95. Las tecnologías digitales de salud pueden ayudar a las personas que viven con el VIH a tomar decisiones más fundamentadas con menos estigma, y a tomar el control de su salud. La incorporación de estas nuevas tecnologías debe ir acompañada de protecciones jurídicas que salvaguarden la intimidad y la confidencialidad de los usuarios y protejan los datos de salud que se guardan en formato electrónico, las historias clínicas electrónicas y las comunicaciones con los prestadores de salud.

H. Apoyo conjunto de las Naciones Unidas

96. En la Declaración Política de 2021, los Estados Miembros pidieron a ONUSIDA que siguiera apoyando a los Estados Miembros para abordar los factores sociales, económicos, políticos y estructurales de la epidemia del sida. A través de los equipos conjuntos multiinstitucionales de las Naciones Unidas y sus oficinas en los países, ONUSIDA ayuda a los países a formular y aplicar respuestas nacionales al sida que reflejen las prioridades estratégicas de la Declaración y las últimas orientaciones normativas y técnicas. Durante la pandemia de COVID-19, ONUSIDA ayudó a simplificar y adaptar los servicios relacionados con el VIH de manera que sirvieran mejor a las necesidades de las personas que viven con el VIH y redujeran la carga innecesaria que debía soportar el sistema de salud.

97. Desde que se creó el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en 2002, ONUSIDA ha ayudado a más de 100 países a atraer, ejecutar y movilizar más de 18.000 millones de dólares en inversiones dirigidas a este Fondo Mundial.

98. ONUSIDA también encabeza la convocatoria a forjar alianzas estratégicas sobre asuntos críticos, como la iniciativa Educación Plus, la Coalición Mundial para la Prevención del VIH y la Alianza Mundial de Acciones tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación relacionadas con el VIH, además de movilizar recursos para financiar la respuesta al sida.

99. Sin embargo, al igual que la respuesta mundial al sida en general, ONUSIDA ha sufrido graves carencias de financiación en los últimos años: el presupuesto anual aprobado para 2020 y 2021 era de 242 millones de dólares, pero solo se recaudaron 194 millones en 2020 y 170 millones en 2021.

V. Recomendaciones

100. Las iniciativas para acabar con la pandemia del sida para 2030 siguen fuera de rumbo. Se insta a los Estados Miembros a que tomen medidas inmediatas para resolver los contratiempos que están frenando los avances a fin de lograr las metas fijadas para 2025 que figuran en la Declaración Política de 2021. El cumplimiento de todos los compromisos de la Declaración también contribuirá a las iniciativas más generales dirigidas a acabar con las desigualdades, prepararse para futuras pandemias, lograr la cobertura sanitaria universal y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Recomendación 1

Intensificación de las actividades para acabar con las desigualdades, prevenir el VIH y promover los elementos que favorecen el desarrollo social

101. Se insta a los Estados Miembros a que:

a) Examinen con urgencia la respuesta nacional al sida desde la perspectiva de la desigualdad y evalúen los avances logrados en cuanto a la prevención del VIH y las metas relativas a los elementos que favorecen el desarrollo social que figuran en la Declaración Política de 2021 poniendo en marcha procesos que fomenten la comprensión nacional de los obstáculos jurídicos, políticos y sociales a que se enfrentan las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él;

b) Velen por que el plan estratégico de la respuesta nacional al VIH incorpore medidas concretas para alcanzar las metas 10-10-10 de aquí a 2025 y ofrecer conjuntos de opciones para prevenir el VIH adaptadas a los grupos de población que corren alto riesgo de contraer el virus, y reciban financiación suficiente para aplicar el plan estratégico en su totalidad;

c) Se sumen a la Alianza Mundial de Acciones tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación relacionadas con el VIH si aún no la integran.

Recomendación 2

Respuestas dirigidas por la comunidad

102. Se insta a los Estados Miembros a que aprovechen las fortalezas obtenidos a partir de la respuesta al sida con el correr de los años y las adaptaciones recientes incorporadas durante la pandemia de COVID-19, implicando y financiando íntegramente a las comunidades de personas que viven con el VIH, las mujeres, los jóvenes y los grupos de población clave para que tengan una participación significativa en la toma de decisiones, la prestación de servicios y la vigilancia de los avances logrados en la respuesta al sida y en las iniciativas para lograr la cobertura sanitaria universal, de conformidad con las metas mundiales.

Recomendación 3

Acceso equitativo a los medicamentos y las tecnologías de salud

103. Se insta a los Estados Miembros a que aprovechen todos los beneficios del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio, el Banco de Patentes de Medicamentos y otros mecanismos a fin de velar por que todos los países de ingreso bajo y de ingreso mediano tengan un acceso rápido y a precios asequibles a los medicamentos y las tecnologías sanitarias que previenen, diagnostican y tratan el VIH, incluida una futura vacuna contra el VIH.

Recomendación 4**Financiación sostenible de la respuesta al sida y la prevención de las pandemias y la preparación y la respuesta ante ellas en general**

104. Se insta a los Estados Miembros a que aumenten las asignaciones de los donantes nacionales e internacionales a la respuesta al sida de los países de ingreso bajo y de ingreso mediano para alcanzar los 29.000 millones de dólares anuales en 2025, aumentando las inversiones en la prevención del VIH y en los elementos que favorecen el desarrollo social, conforme a lo acordado en la Declaración Política de 2021.

105. A fin de que sean eficaces, la lucha contra la pandemia actual y la prevención de las pandemias futuras deben ser simultáneas. Se insta a los Estados Miembros a que, mientras trabajan para instituir mecanismos de prevención, preparación y respuesta frente a las pandemias, se aseguren de que parte de su labor consista en intensificar las actividades para acabar con la pandemia de sida y tengan en cuenta las principales experiencias de la respuesta al sida.

106. Los nuevos mecanismos para luchar contra las pandemias llegan en un momento crítico en el que el mundo está padeciendo graves tensiones económicas y fiscales. Se insta a los Estados Miembros a que amplíen el margen fiscal frenando la evasión de impuestos, cancelando la deuda y reasignando derechos especiales de giro, y a que movilicen los recursos financieros necesarios para que todos los países acaben con el sida en la próxima década, derroten rápidamente a la COVID-19 y tomen una postura proactiva frente a las pandemias que puedan desatarse en el futuro.

Recomendación 5**Sistemas de datos centrados en las personas**

107. Se insta a los Estados Miembros a que fortalezcan su sistema nacional de seguimiento de los pacientes y de vigilancia de los casos y que este sea ético y confidencial y utilice métodos que estén basados en los derechos y centrados en las personas, en particular efectuando encuestas anónimas periódicas a los grupos de población clave y otras subpoblaciones expuestas a un alto riesgo de contraer el VIH; a que colaboren con las comunidades afectadas y fortalezcan su capacidad para que se encarguen de la vigilancia comunitaria complementaria; a que vigilen los avances nacionales hacia la consecución de las metas 10-10-10 relativas a los elementos que favorecen el desarrollo social; y a que utilicen datos desglosados para detectar y subsanar las deficiencias de los servicios según la ubicación y la población.

Recomendación 6**Fortalecimiento de las alianzas mundiales**

108. Se insta a los Estados Miembros a que:

a) Se aseguren de que el plan de trabajo de ONUSIDA para 2022-2023 disponga de todos los fondos que necesita²⁰;

b) Fortalezcan el papel de vigilancia mundial de ONUSIDA presentando datos detallados anuales sobre la respuesta al sida ante el sistema de Monitoreo Global del Sida del ONUSIDA, en consonancia con las metas fijadas para 2025 y la perspectiva de la desigualdad de la Declaración Política de 2021.

²⁰ ONUSIDA, documento UNAIDS/PCB (49)/21.27.