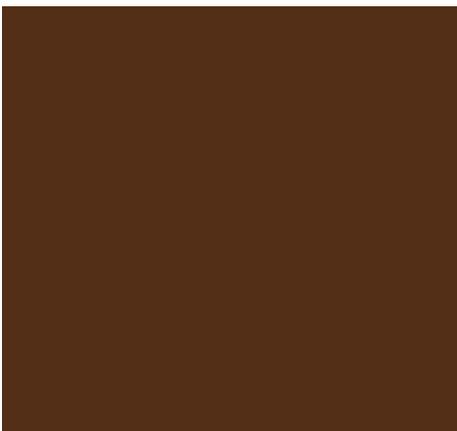
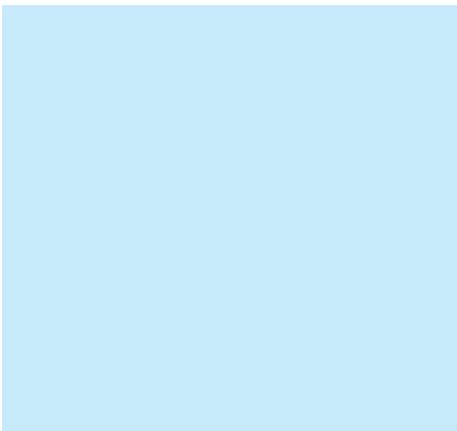
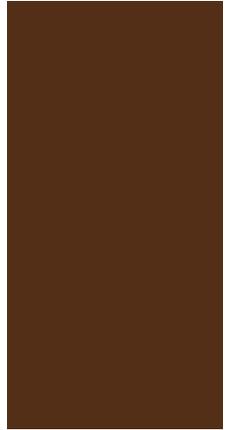
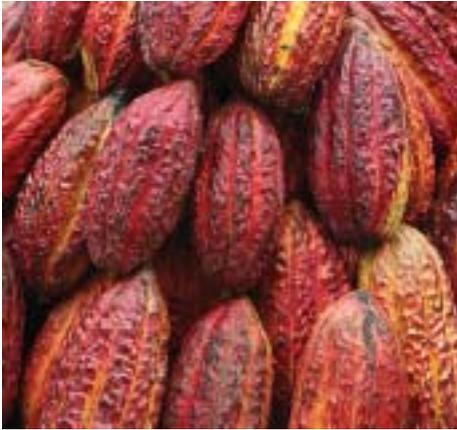


# Avances en los países 03



## Capítulo 03



### AVANCES EN LOS PAÍSES

El periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de junio de 2001 fue un hito en los esfuerzos realizados a escala mundial para responder a la crisis del SIDA. En la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA (Naciones Unidas, 2001), los líderes de 189 Estados Miembros se comprometieron por primera vez a alcanzar a nivel mundial un conjunto de metas relativas al VIH con plazos concretos.

Así, con arreglo a lo establecido en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, los países se comprometieron a contener y hacer retroceder la propagación de la epidemia mundial para 2015. Para ello deberán asegurar un liderazgo y un compromiso sin fisuras, movilizar una cantidad de recursos sin precedentes y proporcionar estrategias eficaces de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH (Naciones Unidas, 2000). En los años posteriores al periodo extraordinario de sesiones, la Declaración de compromiso ha movilizado una acción a escala mundial más intensa y una mayor sensibilización de la sociedad civil, ha ayudado a guiar la adopción de decisiones a nivel nacional y ha servido como marco básico para la vigilancia de la respuesta al VIH a nivel mundial, regional y nacional.

La responsabilidad y la transparencia son características importantes de la Declaración de compromiso, que prevé la

presentación periódica de informes a la Asamblea General acerca de los avances mundiales realizados en la puesta en práctica de los mandatos de la Declaración de compromiso sujetos a un calendario preestablecido. En cumplimiento de las disposiciones de seguimiento de la Declaración de compromiso, el ONUSIDA ha trabajado con diversos asociados en el desarrollo de una serie de indicadores básicos para medir los progresos mundiales y nacionales realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso (ONUSIDA, 2005a). En 2003, más de 90 países enviaron información relativa a estos indicadores básicos, lo que permitió identificar diferencias específicas en la respuesta al VIH a nivel nacional, regional y mundial (ONUSIDA, 2003).

El presente informe sale a la luz cinco años después del periodo extraordinario de sesiones de 2001, cuando los jefes de Estado y otros líderes nacionales se reúnen con repre-

sentantes de la sociedad civil, el sector privado y otros sectores de la comunidad internacional para evaluar los avances realizados en la respuesta al VIH. Para informar de la evaluación de este periodo de cinco años de aplicación de la Declaración de compromiso, el ONUSIDA ha vuelto a solicitar a los países datos relativos a los indicadores básicos del SIDA, con especial atención en varias metas cuantificables que había que alcanzar en diciembre de 2005 (ONUSIDA, 2005a). El ONUSIDA recibió hasta marzo de 2006 respuestas de 126 países y territorios. Esas respuestas se presentan en el Anexo 3. En los informes nacionales más recientes se incluyen por primera vez datos sobre un conjunto más amplio de indicadores básicos, incluidas la vigilancia de la seguridad hematológica, la reducción del riesgo de transmisión sexual, la calidad del tratamiento del SIDA y la cobertura de servicios para las poblaciones de mayor riesgo, proporcionados sistemáticamente por los países. La amplia cobertura informativa de los países radica en parte en los eficaces procesos consultivos emprendidos a escala nacional, en los más de 60 oficiales de vigilancia y evaluación técnica desplazados por el ONUSIDA y otros asociados para ayudar en los esfuerzos realizados por los países (CDC/GAP,

2005), y en la recolección sistemática de datos pertinentes relacionados con el VIH realizada por los países de acuerdo con el Sistema de Información de la Respuesta Nacional (CRIS) (ONUSIDA, 2005b). Asimismo, el trabajo de colaboración del Consorcio Mundial de Seguimiento de Recursos y el patrocinio del ONUSIDA de proyectos nacionales para estimar las evaluaciones nacionales de gastos relacionados con el SIDA facilitaron la notificación de los gastos gubernamentales reales relacionados con el VIH dentro y fuera del sector sanitario (ONUSIDA, 2006).

El informe contiene el conjunto más completo de datos reunidos hasta el presente sobre la respuesta nacional a la epidemia de SIDA. No sólo se recibieron informes de 126 países y territorios sino que, por primera vez, la sociedad civil participó de forma activa en la obtención, revisión y análisis de estos datos (véase el capítulo 'La sociedad civil'). Además, el ONUSIDA recibió informes independientes de la sociedad civil de más de 30 países, lo que permite realizar un análisis del compromiso político, la calidad y la equidad en la cobertura de servicios, y de cómo se están afrontando el estigma y la



*No sólo se recibieron informes de 126 países y territorios sino que, por primera vez, la sociedad civil participó de forma activa en la obtención, revisión y análisis de los datos.*

discriminación. El ONUSIDA también proporcionó apoyo para la realización de encuestas de objetivos de cobertura sobre intervenciones fundamentales de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, así como de otros estudios sobre aspectos concretos de la respuesta mundial. Los datos de los indicadores de los países que presentaron informes al ONUSIDA se presentan en el Anexo 3.

De los 126 países y territorios que enviaron informes, en 46 hay epidemias generalizadas y en 76, epidemias concentradas o de nivel bajo (en cuatro territorios la situación no está clasificada). No todos los países proporcionaron datos sobre todos los indicadores básicos. Unos cuantos países sólo facilitaron datos de indicadores, sin incluir un informe descriptivo. Este capítulo se centra básicamente en los países de ingresos bajos y medianos, pero incluye una sección especial sobre los resultados obtenidos en los países de ingresos altos.

Los importantes avances realizados en la lucha contra el SIDA desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001, especialmente por lo que se refiere al aumento de recursos, fortalecimiento de los marcos nacionales de política, mayor acceso a los servicios de tratamiento y prevención, y consenso general en los principios de acción eficaz a nivel nacional, proporcionan una base sólida para construir una respuesta plenamente integral de gran alcance. Algunos países seleccionados también han informado de mejoras en los marcos nacionales de derechos humanos, y se han realizado avances en la participación de la sociedad civil en el desarrollo, ejecución y evaluación de las respuestas nacionales.

Sin embargo, en general la epidemia sigue creciendo a mayor ritmo que la respuesta. Los programas de prevención sólo llegan

a una pequeña minoría de los que los necesitan; la cobertura de los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil sólo presenta una discreta mejora entre 2003 y 2005, y aproximadamente la mitad de los países de África subsahariana que han presentado informes no han podido cumplir el objetivo de la Declaración de compromiso de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) en un 25% para 2005. A pesar de los progresos realizados en la ampliación del acceso al tratamiento, actualmente los fármacos anti-retrovíricos sólo llegan a una de cada cinco personas que los necesitan en los países de ingresos bajos y medianos. El nivel de asistencia a la escuela de los niños huérfanos por el SIDA es inferior al de los otros niños, y los servicios de apoyo sólo llegan a aproximadamente uno de cada 10 niños vulnerables a causa de la epidemia. El nivel actual de financiación para actividades relacionadas con el VIH, aunque es cuatro veces mayor que en 2001, representa apenas un tercio de la cantidad que será necesaria en 2008 para que el mundo logre invertir el curso de la epidemia mundial.

### Alcanzar las metas

Cinco años después del periodo extraordinario de sesiones de 2001, las pruebas disponibles subrayan la extraordinaria diversidad entre países y regiones en la ejecución de la respuesta prevista en la Declaración de compromiso. Aunque algunos países han alcanzado metas e hitos clave para el año 2005, muchos otros no han podido cumplir los objetivos especificados en la Declaración de compromiso. Algunos países han realizado grandes avances en la ampliación del acceso al tratamiento pero sus progresos en la ampliación del acceso a los programas de prevención del VIH han sido escasos, mientras que otros países en

los que se está produciendo una disminución de la prevalencia nacional del VIH sólo están progresando lentamente en sus esfuerzos por asegurar que el tratamiento esté disponible para todos los que lo necesitan. Los progresos generales realizados hacia el cumplimiento de los objetivos mundiales acordados para 2005 se presentan a continuación en la Figura 3.1. La gran variabilidad de casi todos los indicadores refleja las diferencias en el desempeño de los distintos países.

## Liderazgo

La Declaración de compromiso prevé que todos los países desarrollen y pongan en práctica estrategias nacionales multisectoriales sólidas sobre el VIH, integren su respuesta al VIH en la corriente principal de planificación del desarrollo y aseguren la participación plena y activa de la sociedad civil, la comunidad empresarial y el sector privado. Con arreglo a la Declaración de compromiso, tanto los organismos políticos regionales como los foros mundiales deben fomentar una acción y coordinación más intensas sobre el VIH, incluido el desarrollo de asociaciones público-privadas innovadoras.

De acuerdo con los datos de autoevaluación, los países que indicaron que tenían un sólido respaldo político en 2003 no experimentaron un cambio de tendencia en los años siguientes, y siguieron teniendo un fuerte apoyo a la respuesta al SIDA en 2005. En los casos en los que la encuesta de 2003 sugería que se podía mejorar el liderazgo político nacional, varios países aceptaron el reto, especialmente en África subsahariana, la región más afectada por el SIDA. Aproximadamente en el 85% de los países hay un único organismo para coordinar las actividades relacionadas con el VIH. En casi 40 países en desarrollo, la respuesta nacional

al SIDA está siendo dirigida por los jefes de gobierno o sus representantes. Todos los países que proporcionaron datos indicaron que su jefe de gobierno (en el 81% de los casos) u otros altos cargos (en el 97% de los casos) hablaron en público favorablemente sobre los esfuerzos contra el SIDA al menos dos veces en 2005.

En un intervalo de 0 a 10 (siendo 10 la máxima clasificación), el 91% de los países otorgaron a su planificación estratégica nacional sobre el VIH una puntuación superior al promedio (entre 6 y 10) y tres cuartas partes de los países informaron de que se han experimentado mejoras con respecto a 2003. De los países que proporcionaron datos al ONUSIDA, el 90% indicaron que existe una estrategia multisectorial o un marco de acción para guiar la respuesta nacional al VIH.

Más de tres cuartas partes (78%) de los países indicaron que su marco nacional sobre el VIH ha sido incorporado en los planes de desarrollo general del país. Esto refleja el reconocimiento político de la importancia fundamental de una fuerte respuesta al SIDA para las perspectivas de desarrollo del país y puede aumentar la probabilidad de que se aborde el SIDA desde una perspectiva multidimensional que tenga en cuenta las múltiples fuentes de vulnerabilidad relacionadas con el VIH. No obstante, sólo poco más de la mitad (56%) de los países con una epidemia generalizada ha evaluado el impacto del SIDA en el desarrollo económico; no se ha producido una mejora con respecto a los informes de 2003.

El impacto de un plan nacional depende en gran medida del grado de éxito de su ejecución. De los 73 países que afirmaron tener una estrategia o un marco nacional, sólo poco más de la mitad (53%) tiene un plan operativo con objetivos programáticos

<b>FIGURA 3.1</b>		<b>Progresos realizados hacia el cumplimiento de los objetivos acordados para 2005 en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001 (países de ingresos bajos y medianos)</b>	
<b>RESULTADOS MUNDIALES 2005</b>		<b>OBJETIVOS MUNDIALES 2005</b>	
<b>Gasto anual total*</b>			
US\$ 8 297 000 000 Intervalo estimado: US\$ 7500 millones – US\$ 8500 millones		US\$ 7000 – US\$ 10 000 millones ■ <i>Objetivo mundial alcanzado</i>	
<b>Porcentaje de jóvenes de 15–24 años que identifican correctamente los sistemas para prevenir la transmisión del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH**</b>			
VARONES: 33% (Intervalo nacional: cobertura del 7% – 50%), (n = 16) MUJERES: 20% (Intervalo nacional: cobertura del 8% – 44%), (n = 17)		Cobertura del 90% ■ <i>Ningún país lo alcanzó</i>	
<b>Porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben profilaxis antirretrovírica***</b>			
9% (Intervalo nacional: cobertura del 1% – 59%), (n = 41)		Cobertura del 80% ■ <i>Ningún país lo alcanzó</i>	
<b>Porcentaje de personas con infección por el VIH avanzada que reciben terapia antirretrovírica****</b>			
20% (Intervalo nacional: cobertura del 1% – 100%), (n = 116)  1 300 000 de personas en tratamiento		Cobertura del 50% ■ <i>21 países lo alcanzaron</i> 3 millones de personas en tratamiento ■ <i>Objetivo mundial no alcanzado</i>	
<b>Porcentaje de varones y mujeres jóvenes de 15–24 años que están infectados por el VIH*****</b>			
VARONES: 1.4% (Margen de error: 1,1% – 1,8%), (n = 54) MUJERES: 3.8% (Margen de error: 3,0% – 4,7%), (n = 54)  <i>No se dispone de datos mundiales comparables sobre este grupo de edad a partir de 2001. Los progresos realizados hacia el cumplimiento de este objetivo sólo pueden medirse en países individuales.</i>		25% Reducción del 25% en los países más afectados ■ <i>6 de los países más afectados lo alcanzaron</i>	
<b>Porcentaje estimado de lactantes nacidos de madres VIH-positivas que se infectaron en 2005*****</b>			
El 26% de los lactantes nacidos de madres infectadas por el VIH también se infectaron (n = 33 países más afectados).  <i>En 2001, aproximadamente el 30% de los lactantes estaban infectados. Se estima que ha habido una reducción del 10% en la transmisión del VIH entre 2001 y 2005.</i>		Reducción del 20% ■ <i>11 de los países más afectados lo alcanzaron</i>	

Notas:

\*\*Encuestas Demográficas y de Salud/Encuesta de Indicadores del SIDA, 2001–2005 (MEASURE DHS, 2006)

\*\*Demographic and Health Survey/AIDS Indicator Survey, 2001–2005 (MEASURE DHS, 2006)

\*\*\*Stover et al. (2006)

\*\*\*\*Informe sobre la estrategia “Tres millones para 2005” (OMS/ONUSIDA, 2006)

\*\*\*\*\*Estimaciones de 2005 del ONUSIDA/OMS para los países con epidemia generalizada, véase Anexo 2

\*\*\*\*\*Estimaciones de 2005 del ONUSIDA/OMS, véase Anexo 2

## PRINCIPALES RESULTADOS DE LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIANOS

**Actualmente en la mayoría de los países existe una base sólida para desarrollar una respuesta eficaz al SIDA.** De los países que presentaron informes, el 90% tienen actualmente una estrategia nacional de lucha contra el SIDA, el 85% tienen un organismo nacional único para coordinar los esfuerzos contra el SIDA y el 50% tienen un marco y un plan nacional de vigilancia y evaluación que cumplen los principios de los "Tres unos" para una respuesta eficaz (véase el capítulo 'Respuestas nacionales'). En casi 40 países en desarrollo, la respuesta nacional al SIDA está siendo dirigida personalmente por los jefes de gobierno o sus representantes.

**Se ha producido un aumento considerable de los recursos financieros para el SIDA.** El crecimiento de recursos para el VIH ha experimentado una aceleración desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001, con un aumento anual promedio de US\$ 1700 millones entre 2001 y 2004, en comparación con el aumento anual promedio de US\$ 266 millones del periodo 1996-2001.

**El gasto público interno de los gobiernos ha aumentado considerablemente en los países de ingresos bajos de África subsahariana y de forma más moderada en los países de ingresos medianos.** En 25 países de ingresos bajos de África subsahariana, el gasto interno del sector público para el SIDA aumentó en un 130% desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001, alcanzando una asignación total de US\$ 640 millones en 2005. El aumento en los países de ingresos medianos más ricos no integrantes de África subsahariana fue de aproximadamente el 10% en el mismo periodo.

**Los científicos están cada vez más seguros de que será posible desarrollar una vacuna y un microbicida contra el VIH seguros y eficaces.** No obstante, aún hay que superar muchos desafíos científicos y asegurar el desarrollo oportuno de ambas tecnologías requerirá mayor colaboración y coordinación a escala mundial. También requerirá la inversión de muchos más recursos. En los últimos cinco años la financiación de las dos tecnologías se ha duplicado.

**El acceso al tratamiento ha aumentado de forma espectacular, pero no se ha logrado alcanzar las metas mundiales.** En 2005, 1,3 millones de personas de países de ingresos bajos y medianos recibieron terapia antirretrovírica y 21 países alcanzaron o superaron los objetivos de la iniciativa "Tres millones para 2005" de proporcionar tratamiento al menos al 50% de los que lo necesitan.

**Algunos países han aumentado considerablemente la cobertura de los servicios de prevención, aunque sólo seis han alcanzado el objetivo de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años.** En más de 70 países encuestados, el uso de los servicios de pruebas y asesoramiento se ha multiplicado por cuatro en los últimos cinco años, de aproximadamente cuatro millones de personas en 2001 a 16,5 millones en 2005. En 58 países que proporcionaron datos, el 74% de las escuelas primarias y el 81% de las escuelas secundarias facilitan actualmente educación sobre el SIDA. Algunos países han alcanzado casi el 60% de cobertura de las mujeres embarazadas seropositivas que reciben profilaxis antirretrovírica para evitar la transmisión maternoinfantil (aunque el promedio global es sólo

del 9%). Actualmente, en la mayoría de los países la sangre que se usa en transfusiones se analiza de forma sistemática para detectar el VIH.

**A pesar de los avances en la ampliación del acceso a algunos servicios de prevención, la epidemia sigue afectando gravemente a mujeres y jóvenes.** Las mujeres representan casi la mitad de las personas con el VIH, de las cuales el 60% están en África. Cerca de mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH se producen en menores de 25 años (incluidos los niños que contraen la infección a través de la madre). En algunas regiones de África y el Caribe, la probabilidad de que las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) se infecten por el VIH es seis veces mayor que la de los varones jóvenes.

**Los programas de prevención del VIH no llegan a los grupos de mayor riesgo.** Sólo el 9% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones recibieron algún tipo de servicio de prevención del VIH en 2005. La cobertura de servicios varía del 4% en Europa oriental y Asia central al 24% en América Latina. Entre los consumidores de drogas intravenosas, menos del 20% recibieron servicios de prevención del VIH, con una cobertura notificada inferior al 10% en Europa oriental y Asia central, donde el consumo de drogas es uno de los factores fundamentales de la rápida propagación de la infección por el VIH. Aunque la cobertura de la prevención es algo superior en el caso de los profesionales del sexo, sólo 10 de los 24 países que proporcionaron datos relativos a estos profesionales alcanzaron una cobertura mínima del 50% para esta población. Noventa países informaron de que más del 50% de los profesionales del sexo habían utilizado un preservativo con su último cliente. Aunque los datos ponen de relieve que la cobertura de los programas de todas prevención es superior en el caso de los profesionales del sexo que en el de los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas, es fundamental realizar esfuerzos adicionales para asegurar un nivel de cobertura adecuado para los tres grupos.

**Los esfuerzos de prevención del VIH para aumentar el conocimiento del SIDA entre los jóvenes siguen siendo insuficientes, aunque hay indicios alentadores de un cambio de comportamiento en varios países.** Aunque una de las metas de la Declaración de compromiso era que el 90% de los jóvenes estuvieran bien informados sobre el SIDA para 2005, las encuestas ponen de manifiesto que menos del 50% de los jóvenes lo están. En todos los países en los que se han realizado encuestas recientes, salvo en tres, las mujeres jóvenes están menos informadas que los varones. Por otra parte, un dato más alentador es que el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años ha disminuido y el uso del preservativo ha aumentado en ocho de 11 países subsaharianos analizados.

**El estigma y la discriminación siguen siendo los principales obstáculos para la ejecución eficaz de los programas de prevención, tratamiento y apoyo.** El estigma constituye un obstáculo especialmente grave para el éxito de los programas de prevención del VIH, incluidos los servicios para poblaciones vulnerables y los de prevención de la transmisión maternoinfantil. Según los informes de la sociedad civil de más de 30 países, el estigma y la discriminación de las personas infectadas por el VIH siguen estando muy generalizados.

**Para la respuesta al SIDA no basta con la promoción, protección y respeto de los derechos humanos.** La mitad de los países que presentaron informes al ONUSIDA indicaron la existencia de políticas que interfieren con la accesibilidad y eficacia de las medidas de prevención y atención del VIH. Los sistemas jurídicos de muchos países tampoco proporcionan una protección adecuada a los niños afectados por el SIDA y a los adultos que los cuidan. Y cuando existe una protección jurídica, en la práctica la capacidad de aplicarla suele ser insuficiente.

**Los gobiernos nacionales, los asociados internacionales y las comunidades no están proporcionando la atención y apoyo adecuados a los 15 millones de niños que han quedado huérfanos por el SIDA y a millones de niños vulnerables a causa de la epidemia.** Aunque los países más afectados de África subsahariana tienen marcos de política para los niños vulnerables a causa del SIDA, menos de uno de cada 10 niños reciben servicios de apoyo básicos. Además, el nivel de asistencia de los huérfanos a la escuela es inferior al de los otros niños.

formales, gastos de presupuesto detallados y fuentes de financiación especificadas. En muchos países los planes multisectoriales aún deben transformarse en una acción en gran escala, mientras que la ejecución de los programas y las asignaciones presupuestarias para el VIH siguen estando demasiado concentradas en el sector sanitario.

En la mayoría de los países, los grupos de la sociedad civil encuestados por el ONUSIDA indican que el gobierno nacional ha realizado esfuerzos moderados (en algunos casos, grandes) para mejorar la participación de la sociedad civil. Sin embargo, en diversos países de África, Asia y Europa, los informantes de la sociedad civil señalan que no se ha estimulado su participación de forma adecuada. La implicación de la sociedad civil es mayor con respecto a la planificación y presupuestación relativas al SIDA (79% comunicaron una participación superior al promedio), pero menos evidente en el seguimiento de los esfuerzos realizados por los países. Más de un tercio (39%) de los informes de la sociedad civil indican una participación muy baja en una revisión periódica de las estrategias nacio-

nales. En aproximadamente uno de cada cuatro países (22%), los servicios proporcionados por grupos de la sociedad civil no están integrados en el mecanismo nacional de coordinación sobre el VIH. Con respecto a la inclusión de personas infectadas por el VIH y sus cuidadores en la revisión de protocolos para la investigación de temas humanos relacionados con el VIH, en el 71% de los informes de la sociedad civil se asigna a esta participación una puntuación promedio o inferior, y en casi un tercio (31%) de los casos la puntuación es muy baja.

Aunque el número de empresas privadas que prevén que el SIDA tenga un impacto en sus operaciones en los próximos cinco años ha aumentado del 37% al 46% entre 2004-2005 y 2005-2006, sólo el 6% de las compañías privadas de todo el mundo tienen normas escritas relativas al VIH. En los países en los que la prevalencia del VIH supera el 20%, la mayoría de las empresas (58%) tiene normas escritas. Hasta la fecha, la acción de las empresas respecto al VIH se ha centrado principalmente en la prevención del virus, y son menos numerosas las compañías que han previsto el suministro de fármacos antirretrovíricos.

*De los países que proporcionaron datos al ONUSIDA, el 90% indicaron que existe una estrategia multisectorial o un marco de acción para guiar la respuesta nacional al VIH.*



Aunque no se ha desarrollado ningún indicador cuantificable para estimar la acción regional sobre el VIH, está claro que ésta ha aumentado, junto con la colaboración regional, desde 2001. En reconocimiento del papel fundamental desempeñado por la Alianza Pancaribeña contra el VIH/SIDA (PANCAP) en la consolidación de la respuesta de las naciones del Caribe al SIDA, en 2004 el ONUSIDA identificó formalmente la PANCAP como un ejemplo de prácticas óptimas internacionales. El Foro de Líderes de Asia y el Pacífico sobre VIH/SIDA y Desarrollo, establecido en 2002 en respuesta a la Declaración de compromiso, respalda y consolida el liderazgo político y de la sociedad civil en Asia, en parte mediante la prestación de apoyo técnico en más de 12 países. En 2005, 11 países latinoamericanos se aliaron para negociar reducciones de precios de hasta el 66% con 26 fabricantes de fármacos antirretrovíricos. Tanto la Unión Europea como la Comunidad de Estados Independientes han dado prioridad a una acción más intensa contra el SIDA en Europa oriental y Asia central. En marzo de 2006, representantes de 51 países de la Unión Africana apoyaron el Compromiso de Brazzaville para la ampliación del acceso universal a la

prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, en una consulta continental organizada por la Unión Africana con el apoyo de las Naciones Unidas. Este compromiso, en el que se estableció la tendencia, el ritmo y la dirección de la política sobre el SIDA en África hasta 2010, surgió a raíz de intensos debates basados en consultas nacionales realizadas en 41 países africanos.

Desde 2001, el VIH se ha convertido en uno de los asuntos más importantes de los planes políticos mundiales. En la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas de 2005 se adoptó la meta del acceso universal y se reiteró la determinación mundial de alcanzar las metas con plazos concretos establecidas en la Declaración de compromiso (Naciones Unidas, 2005). Asimismo, en el comunicado oficial que siguió a su cumbre anual de 2005, el Grupo de los ocho países más industrializados (G-8) estableció formalmente la meta de “desarrollar y ejecutar un conjunto de medidas para la prevención, tratamiento y atención del VIH, con el objetivo de acercarse lo más posible al acceso universal al tratamiento para los que lo necesitan para 2010” (G-8, 2005). El Grupo de los 77 países, en su Declaración de Doha de 2005,



*La Declaración de compromiso, que destaca la prevención del VIH como “pilar principal de la respuesta,” hace un llamamiento para que en el año 2005 estén disponibles en todos los países programas de prevención integrales y adaptados a cada país.*

hizo un llamamiento para una mayor cooperación Sur-Sur en la aplicación de las medidas de prevención, tratamiento, atención y apoyo, haciendo especial hincapié en la necesidad de ampliar el acceso a los programas en los países menos desarrollados (Grupo de los 77, 2005).

## Prevención

La Declaración de compromiso, que destaca la prevención del VIH como “pilar principal de la respuesta,” hace un llamamiento para que en el año 2005 estén disponibles en todos los países programas de prevención integrales y adaptados a cada país. La Declaración de compromiso tenía como objetivo una reducción del 25% en la prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) en los países más afectados para 2005, así como una reducción del 20% en la proporción de lactantes infectados por el VIH. Según la Declaración de compromiso, en 2005 el 90% de los jóvenes (de 15 a 24 años) deberían tener acceso a la información, educación y servicios vitales para la prevención del VIH, incluida la enseñanza de aptitudes para la vida.

## PLANES NACIONALES DE PREVENCIÓN Y GRADO DE EJECUCIÓN

Aproximadamente el 85% de los países tiene planes nacionales para la prestación de información, educación y comunicaciones sobre el VIH para la población general, el mismo porcentaje de países tiene una política o estrategia para fomentar la educación sobre salud reproductiva y sexual para los jóvenes, y el 94% dispone de planes nacionales para facilitar el acceso a medios de prevención fundamentales, como los preservativos. Con la excepción del acceso a esos últimos, que muestra un incremento notable (superior al 81% notificado en 2003), estas cifras son aproximadamente comparables a los porcentajes notificados en 2003.

Sin embargo, está claro que, en general, los planes nacionales de prevención no se están ejecutando de forma eficaz. En 2005 las encuestas de cobertura indicaron que, en promedio, en el mundo se utilizaron preservativos sólo en aproximadamente el 9% de las relaciones sexuales con parejas no habituales o con las que no se convivía, lo que significa un retroceso con respecto a las estimaciones de cobertura para 2003. Se estima que sólo el 0,6% de los adultos de

### PERSPECTIVAS DE LA SOCIEDAD CIVIL

La ronda de informes del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2005 es la primera que incluye informes independientes de la sociedad civil acerca de los avances realizados en las respuestas nacionales al VIH y en la consecución de las metas de la Declaración de compromiso. El ONUSIDA recibió informes de informantes de la sociedad civil de 33 países: 11 de América Latina y el Caribe, 6 de Asia y el Pacífico, 8 de África subsahariana, 4 de Europa oriental y Asia central, y 4 de América del Norte y de Europa occidental y central.

En estos informes se destaca el papel fundamental de la sociedad civil en la formulación y ejecución de respuestas nacionales innovadoras y eficaces, y en el fomento del cambio dentro de las comunidades para afrontar el estigma y la discriminación, así como para acelerar la sensibilización y la movilización de la comunidad. Por ejemplo, en el Senegal, cinco organizaciones no gubernamentales lanzaron recientemente el Observatorio de la Respuesta al VIH/SIDA, que constituirá una comisión protectora con la misión de fomentar la sensibilización sobre el VIH y poner de relieve los puntos débiles de los esfuerzos nacionales de prevención y atención del VIH. Aunque en la mayoría de los informes se resaltó el valor de la participación de la sociedad civil en la respuesta nacional, en algunos de ellos se hizo un llamamiento para acrecentarla mucho más, también en los niveles de distrito y local, en los que suele ser menos destacada que en los foros nacionales.

Diversos grupos de la sociedad civil indicaron la necesidad de mejorar la coordinación entre los esfuerzos nacionales y las actividades de la sociedad civil contra el SIDA. Por ejemplo, en el informe de la sociedad civil de Nicaragua se pone de relieve que las organizaciones no gubernamentales, los investigadores universitarios, los trabajadores de salud y los organismos gubernamentales no suelen colaborar entre ellos. En los Estados Unidos, los informantes de la sociedad civil señalaron que la adopción de decisiones descentralizada fomenta una mayor capacidad de reacción frente a las necesidades locales, pero supone mayores exigencias de coordinación, responsabilidad y equidad.

Los informes de la sociedad civil ponen de manifiesto que se han realizado avances importantes en muchos países para ampliar los servicios de prevención y tratamiento del VIH. No obstante, aún hay diferencias importantes. En Haití, los informes de la sociedad civil indican que hay una gran necesidad de servicios para niños huérfanos o vulnerables a causa del SIDA, así como para las principales poblaciones de riesgo, como los pobres (especialmente las mujeres), los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Varios informes apuntan que el acceso al tratamiento suele ser mínimo en las zonas rurales. Según los informantes de la sociedad civil de Tanzania, la ausencia de una política nacional clara sobre la coinfección por el VIH y la tuberculosis ha provocado una integración inadecuada de los servicios sobre estas dos infecciones, mientras que los informes de la sociedad civil de Tailandia indican que desde 2001 se han realizado grandes avances para integrarlos.

El conocimiento de la Declaración de compromiso suele estar limitado a las organizaciones de la sociedad civil. En varios países, los grupos de la sociedad civil han observado que la

respuesta nacional al SIDA está dirigida principalmente por donantes, lo que suele excluir a las organizaciones de la sociedad civil del proceso de adopción de decisiones. En muchos países los grupos de la sociedad civil participaron en los esfuerzos realizados para proporcionar datos de los indicadores básicos relativos a la Declaración de compromiso, mientras que en otros países la participación de la sociedad civil en la elaboración de informes nacionales fue limitada o inexistente. Todos los informes de la sociedad civil destacan que hay que mejorar la capacidad nacional para la vigilancia y evaluación del SIDA.

países de ingresos bajos y medianos conocían su estado serológico con respecto al VIH en 2005, y los porcentajes de pruebas notificadas en Asia oriental y el Pacífico (0,1%), Asia sudoriental (0,1%), y África del Norte y Oriente Medio (0,2%) fueron especialmente bajos. En 2005 se hizo un mayor uso de las pruebas en África subsahariana (2,2%) y en América Latina (2,1%).

#### **PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH**

A diferencia de la terapia antirretrovírica de combinación, cuyo uso aumentó más de tres veces entre 2003 y 2005, el mundo sólo ha realizado un progreso moderado en la ampliación del acceso a los programas de prevención de la transmisión materno infantil (Figura 3.2). En 2005, el 9% de las mujeres embarazadas de países de ingresos bajos y medianos recibió servicios para prevenir la transmisión a sus hijos recién nacidos, un aumento moderado con respecto a la cobertura del 7,6% alcanzada en 2003. Entre 2003 y 2005, el porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibieron fármacos antirretrovíricos profilácticos aumentó del 3,3% al 9,2%.

Los datos señalan que el compromiso reciente para ampliar el acceso a los programas de tratamiento antirretrovírico no se ha traducido en una renovación del compromiso para ampliar las estrategias de prevención. En tres países africanos

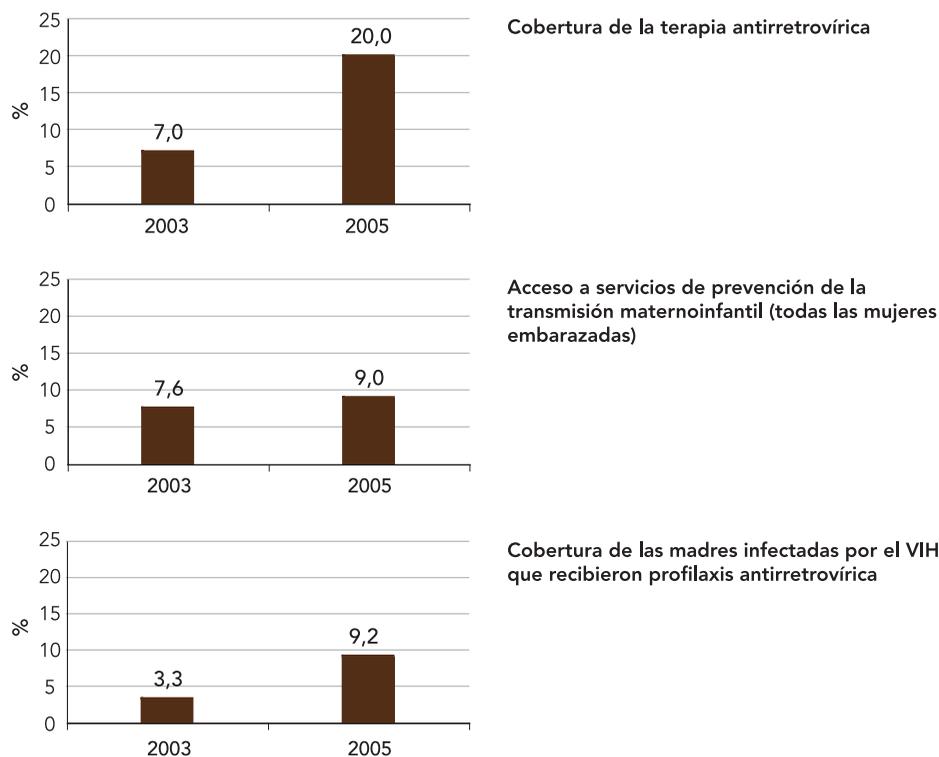
subsaharianos (Kenya, Namibia y Uganda) de los que en 2003 y 2005 aportaron datos sobre el tratamiento antirretrovírico para la infección avanzada por el VIH y la prevención de la transmisión materno infantil, el ritmo de crecimiento de la cobertura del tratamiento ha superado de forma significativa los aumentos comparables en la cobertura de los servicios de prevención en centros de atención prenatal (Figura 3.3). Por ejemplo, en Uganda, la cobertura del tratamiento antirretrovírico aumentó del 6,3% en 2003 al 56,0% en 2005 (casi 10 veces), mientras la cobertura de servicios para prevención de la transmisión materno infantil aumentó del 4,6% al 12%. La integración de los servicios de prevención y tratamiento representa una prioridad urgente para aumentar la aceptación del tratamiento antirretrovírico y la prevención de la transmisión materno infantil.

#### **AUMENTAR EL CONOCIMIENTO Y LA SENSIBILIZACIÓN**

Parece que la mayoría de los países no han cumplido el objetivo de la Declaración de compromiso de asegurar que en 2005 el 90% de los jóvenes recibieran intervenciones de prevención fundamentales, incluidos los servicios para desarrollar las aptitudes para la vida necesarias para reducir la vulnerabilidad al VIH. De los 15 países con datos de los últimos dos años disponibles (10 de ellos de África subsahariana), sólo tres (Dominica,

FIGURA 3.2

Comparación entre los datos correspondientes a 2003 y 2005 sobre la cobertura de la terapia antirretrovírica, el acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil y la cobertura de las madres infectadas por el VIH que recibieron profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil



Fuentes: OMS/ONUSIDA (2006). Progresos realizados en el acceso a la terapia antirretrovírica para el VIH: un informe sobre los "Tres millones para 2005" y más allá; USAID et al. (2006). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003 and 2005.

Malawi y Swazilandia) alcanzaron al menos el 90% de la cobertura de escuelas con maestros bien preparados para proporcionar una educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida. Cinco países encuestados (Côte d'Ivoire, Honduras, Nigeria, Santa Lucía y Togo) mostraron un lento progreso en la cobertura de la educación sobre el VIH, con una cobertura escolar inferior al 20% en 2005. El muy reducido número de países que proporcionaron datos sobre este indicador, que fue incluso más bajo que en 2003, pone de manifiesto la necesidad de mejorar la vigilancia. Sin embargo, que no se proporcionaran datos no indica necesariamente que no se hayan realizado

avances. Los resultados preliminares de las encuestas de cobertura realizadas en 2005 por el proyecto Policy indican un aumento en el número de países que proporcionan educación sobre el SIDA en las escuelas primarias entre 2003 y 2005, aunque no se ha notificado ningún aumento en las escuelas secundarias (USAID et al., 2006). La interpretación de estos datos es difícil, ya que la existencia de programas escolares no significa necesariamente que los niños reciban realmente una formación escolar. En el mejor de los casos, parece que sólo la mitad de los niños que asisten a la escuela reciben en realidad educación sobre el VIH y el SIDA, lo que destaca la impor-

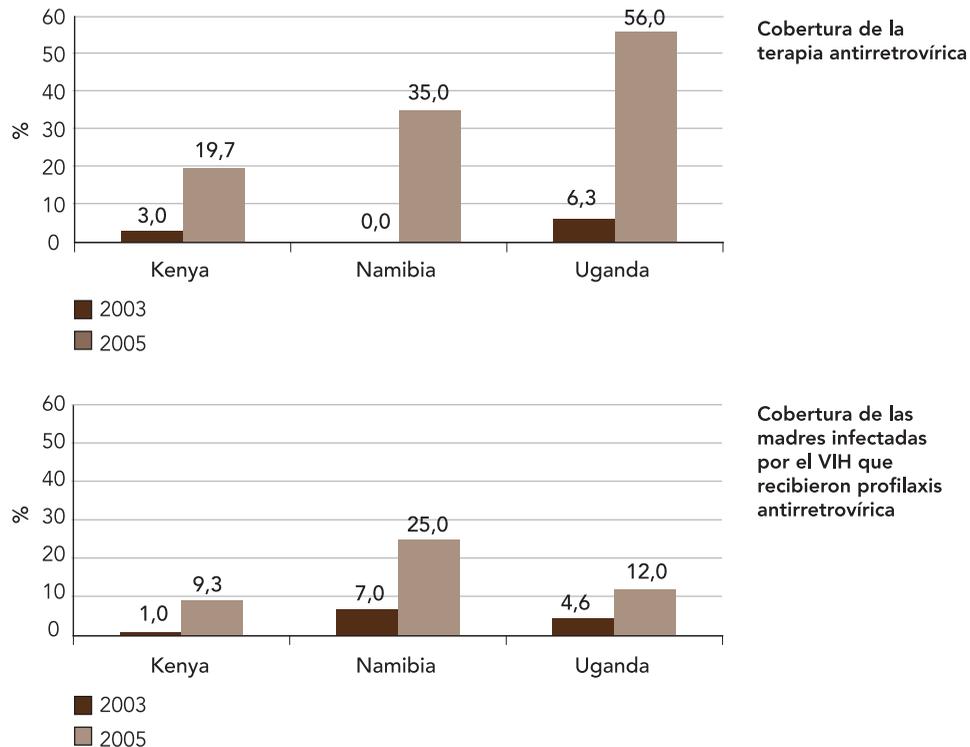
tancia de realizar avances adicionales en este aspecto de la respuesta al SIDA.

Lejos de garantizar un conocimiento completo relacionado con el VIH en el 90% de los jóvenes (de 15 a 24 años) para 2005, según las Encuestas Demográficas y de Salud y la Encuesta de Indicadores del SIDA realizadas entre 2001 y 2005 entre jóvenes de 18 países, en ninguno de ellos los jóvenes tenían niveles de conocimiento superiores al 50% (MEASURE DHS, 2006). En todos los países (salvo en tres) en los que se dispone de datos relativos a los varones y mujeres, los varones jóvenes estaban mejor informados sobre el VIH que las mujeres jóvenes. Las diferencias en el nivel de conocimiento

del VIH entre países son notables; entre las mujeres jóvenes de los 14 países africanos subsaharianos en los que se realizó la encuesta, los niveles de conocimiento exhaustivo variaron desde menos del 10% en Benin, Chad y Malí hasta más del 40% en Botswana y Tanzania.

Los datos señalan que la educación sobre el VIH en la escuela es fundamental para aumentar el nivel de información sobre el VIH entre los jóvenes (MEASURE DHS, 2006). En general, parece que el nivel de conocimientos relacionados con el VIH es el doble entre los jóvenes que han recibido al menos educación primaria y cuatro veces más alto entre los jóvenes con educación secundaria o superior

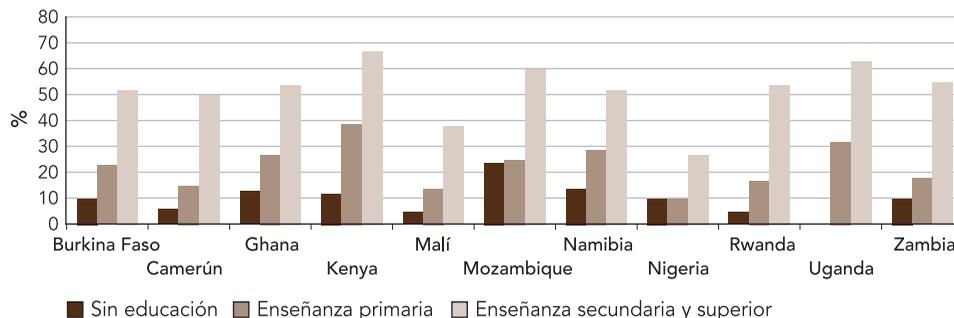
**FIGURA 3.3** Comparación entre los datos correspondientes a 2003 y 2005 sobre la ampliación de la terapia antirretrovírica y la cobertura de las madres infectadas por el VIH que recibieron profilaxis antirretrovírica en tres países de África subsahariana



Fuente: Informes de países individuales (2005).

FIGURA 3.4

Conocimiento exhaustivo del VIH/SIDA entre varones jóvenes de 15–24 años, por nivel de educación, en 11 países de África subsahariana, 2000–2004



Fuentes Encuestas Demográficas y de Salud; Encuesta de Indicadores del SIDA (2000–2004).

(véanse la Figura 3.4 para los datos correspondientes a los varones jóvenes y la Figura 3.5 para las mujeres jóvenes).

Las encuestas sobre el comportamiento sexual plantean muchas dificultades, especialmente en el caso de los jóvenes, que debido a la presión social pueden dar respuestas que indiquen una actividad sexual superior o inferior a la real. Incluso teniendo en cuenta estos sesgos en las respuestas, las encuestas proporcionan información reveladora sobre las tendencias globales. Las encuestas más recientes indican que muchos jóvenes siguen teniendo comportamientos que los exponen al riesgo de contraer la infección por el VIH, aunque también se detectan algunas tendencias alentadoras.

**RETRASO EN LA INICIACIÓN SEXUAL**

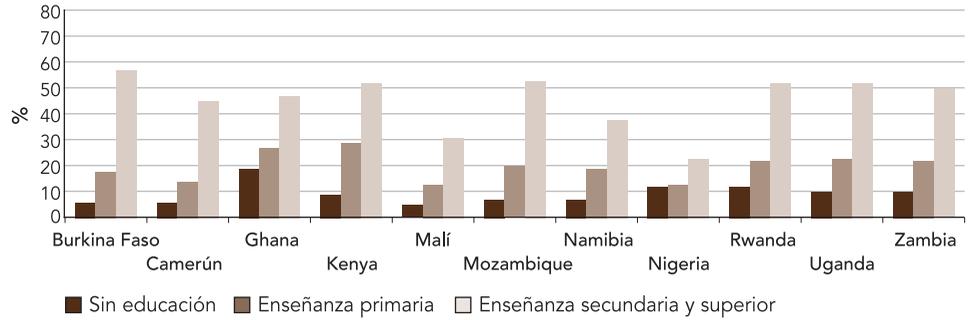
Uno de los objetivos primordiales de los esfuerzos de prevención del VIH es retrasar la edad de iniciación sexual de los jóvenes. En los 15 países de África subsahariana en los que se realizaron las Encuestas Demográficas y de Salud y la Encuesta de Indicadores del SIDA (MEASURE DHS, 2006), el porcentaje de varones jóvenes de 15 a 19 años que afirmaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años varía desde el 2,1%

en Mauritania al 30,9% en Kenya, mientras que las cifras para las mujeres jóvenes de las mismas edades varían del 7,3% en Burkina Faso al 27,7% en Mozambique. Las variaciones comparables son evidentes fuera de África y en otras encuestas; así, el porcentaje de varones de 15 a 19 años que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años varía del 0,3% en Viet Nam al 46% en las zonas urbanas de Moldavia. Se observa una tendencia alentadora: el porcentaje de jóvenes que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años se redujo de forma global o parcial (es decir, entre mujeres únicamente o entre varones únicamente) en nueve de los 14 países africanos subsaharianos para los que están disponibles datos de tendencias.

**REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

Las tendencias son algo más variadas con respecto al porcentaje de jóvenes (de 15 a 24) años que han tenido relaciones sexuales con parejas no habituales o con las que no convivían en los últimos 12 meses. Al igual que en el caso de la iniciación sexual, se observan diferencias marcadas entre las poblaciones de jóvenes de los distintos países. Las Encuestas Demográficas y de Salud y la Encuesta de Indicadores del SIDA realizadas recién-

**FIGURA 3.5** Conocimiento exhaustivo del VIH/SIDA entre mujeres jóvenes de 15–24 años, por nivel de educación, en 11 países de África subsahariana, 2000–2004



Sources: Demographic and Health Surveys; HIV/AIDS Indicator Surveys (2000–2004).

temente en 13 países africanos subsaharianos indicaron que los porcentajes entre las mujeres jóvenes varían del 7% (Chad) al 50% (Ghana), y entre los varones jóvenes del 72% (Madagascar) al 91% (Camerún). Hay variaciones comparables visibles en la región de América Latina y el Caribe (10–31% para las mujeres jóvenes y 70–83% para los varones jóvenes) (MEASURE DHS, 2006). El porcentaje de relaciones sexuales con parejas distintas de la habitual es mucho más reducido en Asia, aunque en este caso el porcentaje de varones que las mantiene también es el doble que el de mujeres. De los ocho países que han repetido las encuestas de comportamiento entre los jóvenes, tres notificaron poco o ningún cambio a lo largo del tiempo en el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales con parejas no habituales o con las que no convivían, tres notificaron un aumento y dos detectaron una disminución. El indicador sólo distingue cambios si los jóvenes dejan de tener relaciones sexuales con parejas distintas de la habitual, no si disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales con estas parejas, aunque este caso también puede tener un impacto significativo en la propagación de la epidemia.

**USO DE PRESERVATIVOS**

Para los jóvenes que tienen una vida sexual activa, el uso sistemático del preservativo es una medida de prevención del VIH fundamental. Las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Indicadores del SIDA realizadas entre 2001 y 2005 indican que la probabilidad de que los varones jóvenes digan que utilizan un preservativo con una pareja distinta de la habitual es mayor que en el caso de las mujeres jóvenes (MEASURE DHS, 2006). Entre los 20 países subsaharianos para los que se dispone de datos de encuestas, el porcentaje de jóvenes que utilizan un preservativo con parejas distintas de la habitual varía del 5% en las mujeres y el 12% en los varones en Madagascar al 75% en las mujeres y el 88% en los varones en Botswana (Figura 3.6). De los 11 países africanos subsaharianos en los que se han repetido las encuestas, el uso del preservativo entre los jóvenes ha aumentado en ocho países, aunque los porcentajes de uso del preservativo permanecen por debajo del 50% en la mayoría de los países. En todas salvo una de las encuestas nacionales, menos mujeres que varones afirmaron utilizar un preservativo en las relaciones sexuales con una pareja no habitual.

**TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

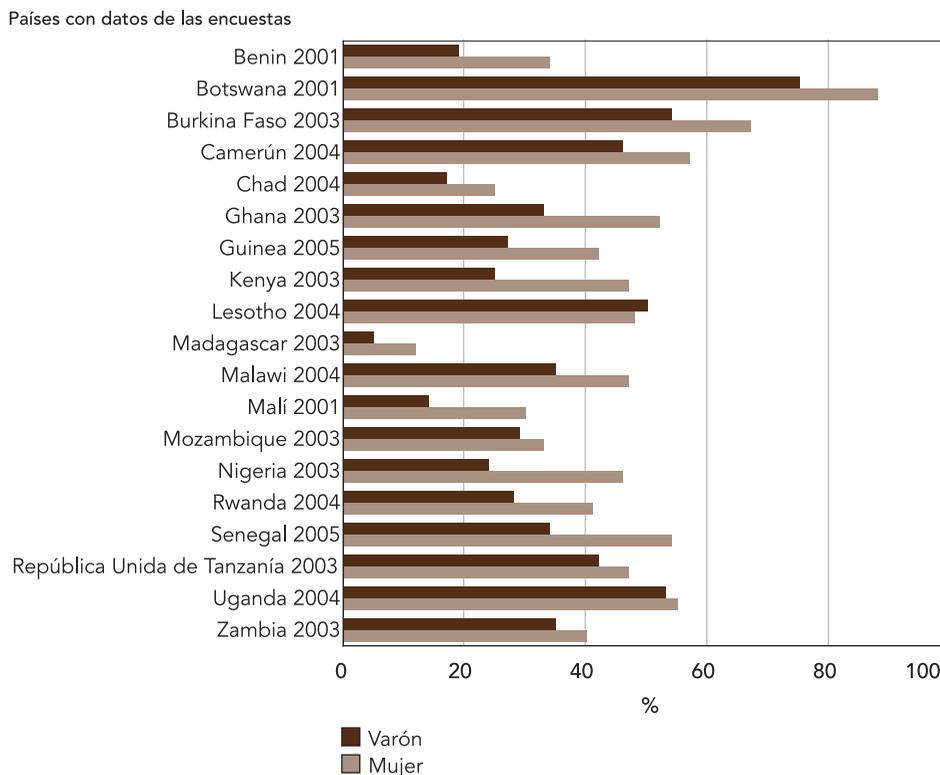
Los datos precisos sobre cobertura de los servicios de tratamiento de infecciones de transmisión sexual son muy escasos. En 2001, la OMS estimó que menos del 18% de las personas con una infección de transmisión sexual tenían acceso a servicios de tratamiento. Para los fines de vigilancia de la Declaración de compromiso, sólo 12 países presentaron informes sobre los servicios para infecciones de transmisión sexual en 2005, lo que hace difícil estimar con precisión la cobertura mundial o regional. Sin embargo, en 2005, la OMS y el Organismo Alemán para la Cooperación Técnica (GTZ) informaron de que el acceso al tratamiento

para infecciones de transmisión sexual está especialmente limitado en África subsahariana (Dehne y Riedner, 2005).

**PROTECCIÓN DEL SUMINISTRO SANGUÍNEO**

Los países han realizado un avance notable en la mejora de la seguridad de los suministros sanguíneos nacionales; casi el 100% de los países han informado de que actualmente se analiza de forma sistemática la sangre para detectar el VIH. Las transfusiones de sangre contaminada son responsables de aproximadamente el 5-10% de las infecciones que se produjeron en los años 1980 y principios de los años 1990, lo que llevó a introducir intervenciones normalizadas de seguridad hematológica, centradas especialmente en

**FIGURA 3.6** Porcentaje de jóvenes de 15–24 años que declaran haber utilizado un preservativo en sus relaciones sexuales con una pareja no habitual, África subsahariana



Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud; Encuesta de Indicadores de SIDA (2001–2005).



*En la Declaración de compromiso se destaca la importancia primordial de los derechos humanos y las libertades fundamentales para poder dar una respuesta eficaz al SIDA.*

03

las pruebas de detección sistemática del VIH en la sangre donada. No obstante, los datos disponibles señalan que los esfuerzos nacionales de análisis sistemático de la sangre suelen verse entorpecidos por mecanismos de garantía de calidad inadecuados, deficiente formación del personal y procedimientos de laboratorio subóptimos, que pueden poner en duda la fiabilidad de los resultados de las pruebas.

#### **DISMINUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL VIH**

La información sobre el grado de éxito mundial alcanzado en la consecución del objetivo de reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes (de 15 a 24 años) para 2005, establecido en la Declaración de compromiso, es limitada. El análisis de tendencias de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años de las capitales se reduce a un pequeño número de países. Entre los países con epidemias generalizadas, 33 notificaron datos pertinentes sobre por lo menos un año entre 2000 y 2005. De los 11 países que proporcionaron datos para 2000-2001 y 2004-2005, seis presentaron una disminución del 25% o más en la prevalencia entre 2001 y 2005. Estos países son Angola, Burkina Faso, Burundi, Etiopía, Uganda y Zimbabwe.

No obstante, en Angola, Etiopía y Burkina Faso la disminución se limita a las capitales y no se ha observado en el resto del país. Además, se han detectado tendencias de disminución de la prevalencia del VIH en todas las edades en varios países, incluidos Bahamas, Rwanda y Kenya, pero no se notificaron datos específicos para el grupo de edad de 15 a 24 años.

#### **Atención, apoyo y tratamiento**

La Declaración de compromiso, mediante el reconocimiento de que la atención, apoyo y tratamiento son elementos fundamentales de una respuesta eficaz, prevé que los países pongan en práctica estrategias nacionales de tratamiento y amplíen el acceso a la atención integral.

Desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001, el número de personas de países de ingresos bajos y medianos en tratamiento con fármacos antirretrovíricos ha aumentado en cinco veces, alcanzando la cifra de 1,3 millones de personas en diciembre de 2005. Según la OMS, el número de centros de tratamiento que proporcionan fármacos antirretrovíricos

ha aumentado de aproximadamente 500 en junio de 2004 a más de 5000 a finales de 2005. En esta última fecha, 21 países habían alcanzado la meta de la iniciativa “Tres millones para 2005” al proporcionar tratamiento a, como mínimo, la mitad de los que lo necesitan. La OMS estima que la ampliación del acceso al tratamiento ha evitado entre 250 000 y 300 000 muertes por SIDA entre 2003 y 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006).

La región de América Latina y el Caribe, que es la que tiene la mayor cobertura de tratamiento, suministra fármacos antirretrovíricos al 68% de las 465 000 personas que necesitan tratamiento. En África subsahariana, donde se encuentra el 72% de las personas que necesitan tratamiento, la cobertura del tratamiento antirretrovírico alcanzó el 17% en 2005. El acceso al tratamiento es muy limitado en África del Norte y Oriente Medio, donde sólo el 5% de las 75 000 personas que necesitan tratamiento lo recibían en diciembre de 2005. A nivel mundial, actualmente una de cada cinco personas que necesitan fármacos antirretrovíricos recibe dicho tratamiento.

La cobertura del tratamiento antirretrovírico varía considerablemente dentro de las regiones. En África subsahariana, oscila entre el 3% en la República Centroafricana y el 85% en Botswana. Aunque más del 80% de las personas que necesitan fármacos antirretrovíricos en la Argentina, el Brasil y Venezuela reciben dichas terapias, la cobertura del tratamiento antirretrovírico es de sólo el 29% en el Paraguay y del 37% en Bolivia. En Centroamérica, la cobertura del tratamiento antirretrovírico varía del 16% en Nicaragua al 97% en Panamá y el 80% en Costa Rica.

En los países superpoblados, donde el VIH se ha convertido en un problema

muy grave en los últimos años, la situación es variada. En China, el 25% de las personas que necesitan fármacos antirretrovíricos los recibían en 2005. En cambio, en la India, que pronto puede tener la mayor población de personas infectadas por el VIH del mundo, la cobertura del tratamiento antirretrovírico fue de sólo el 7% ese mismo año. En la Federación de Rusia, solamente el 5% de las personas que necesitan tratamiento reciben actualmente terapia antirretrovírica de combinación (OMS/ONUSIDA, 2006).

En 2003, sólo tres de los 49 países más afectados tenían planes nacionales de tratamiento. En diciembre de 2005, 46 países tenían planes nacionales establecidos para el tratamiento antirretrovírico. Entre 2003 y 2005, el número de países con objetivos nacionales de tratamiento aumentó de cuatro a 40. La mayoría de los países utilizaron las directrices de la OMS para la ampliación del acceso al tratamiento como modelo para sus planes nacionales, que identifican los tratamientos antirretrovíricos normalizados de primera y segunda línea para suministrarlos a través del sector público.

## El VIH y los derechos humanos

En la Declaración de compromiso se destaca la importancia primordial de los derechos humanos y las libertades fundamentales para poder dar una respuesta eficaz al SIDA. Se hace un llamamiento a los países para promulgar leyes que prohíban la discriminación de las personas infectadas por el VIH y de las poblaciones vulnerables. También se confía en los países la misión de establecer estrategias nacionales para fomentar los derechos de la mujer y preparar a las

mujeres para protegerse de la infección por el VIH.

De los 115 informes nacionales sobre los indicadores básicos enviados al ONUSIDA, sólo en siete no se mencionaban los derechos humanos. En los informes nacionales se ha observado una mejora en los marcos nacionales de derechos humanos entre 2003 y 2005. En los informes recibidos de 18 de los 21 países encuestados de África subsahariana, Asia y el Pacífico, Europa occidental y oriental, y África del Norte, se mencionan mejoras en políticas, leyes y reglamentos para fomentar y proteger los derechos humanos. En conjunto, el 61% de los países notificaron la existencia de leyes y reglamentos para proteger de la discriminación a las personas infectadas por el VIH. Sin embargo, en muchos informes se indica que muchas leyes nacionales pertinentes no han sido totalmente puestas en práctica o no se cumplen estrictamente, y a menudo faltan asignaciones presupuestarias suficientes para la vigilancia del respeto de los derechos humanos. El 59% de los países notificó la existencia de políticas que prohíben las pruebas sistemáticas de detección del VIH para la obtención de empleo.

Dos terceras partes (66%) de los países no tienen leyes ni reglamentos que protejan específicamente de la discriminación a los grupos de mayor riesgo. Casi la mitad (45%) de los países que enviaron datos al ONUSIDA informan de la existencia de leyes que pueden dificultar la prestación de servicios de prevención y tratamiento del VIH a las poblaciones más vulnerables y de mayor riesgo. Algunos ejemplos son leyes que tipifican como delito las relaciones sexuales consentidas entre varones, que prohíben el acceso a los preservativos y agujas a los reclusos, y que se basan en

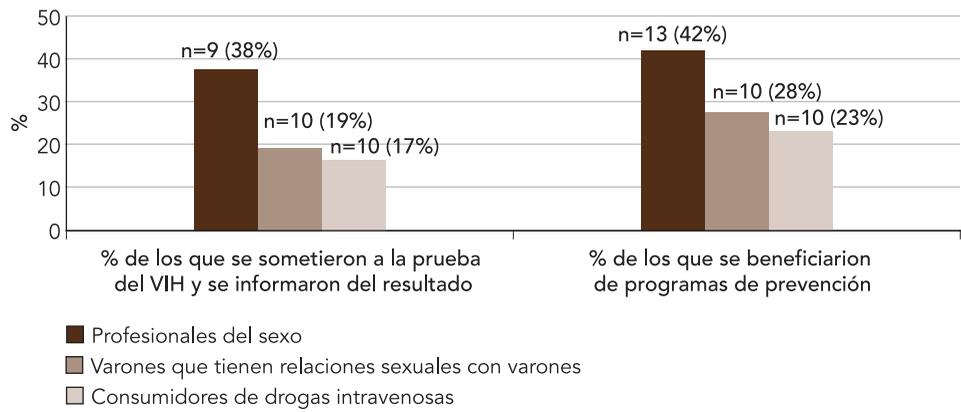
la condición de residencia para restringir el acceso a los servicios de prevención y tratamiento. Entre los países que informan de la existencia de estas leyes hay tanto países de ingresos altos como países de ingresos bajos. El porcentaje de países que tienen leyes que pueden entorpecer la prestación de servicios a las poblaciones vulnerables es mayor en Asia (70%) y el Caribe (83%). El 79% de los países comunican que han tenido en cuenta a los “grupos vulnerables” al diseñar las políticas y los programas sobre el SIDA, pero la incertidumbre que hay en la definición de este término hace que sea difícil determinar el grado de participación activa de las poblaciones de mayor riesgo en el desarrollo, ejecución y vigilancia de los esfuerzos nacionales contra el SIDA.

La gran mayoría (82%) de los países tienen estrategias nacionales para asegurar el acceso de las mujeres y los varones en condiciones de igualdad a la prevención y atención. Parece que en muchos países la dificultad principal para disminuir la vulnerabilidad y asegurar el acceso equitativo de las mujeres está relacionada con la aplicación eficaz y el cumplimiento de las leyes y las políticas existentes, así como con los obstáculos sociales y económicos. Por ejemplo, Marruecos informa de que la menor tasa de alfabetización de las mujeres puede dificultar su utilización de los servicios. Uganda comunica que es menos probable que las mujeres tengan recursos financieros que los varones, lo que podría restringir su acceso a los servicios relacionados con el VIH.

### **Reducir la vulnerabilidad de las poblaciones de mayor riesgo**

La Declaración de compromiso, mediante el reconocimiento de que la pobreza, la

**FIGURA 3.7** Porcentaje promedio de las poblaciones más expuestas al VIH que se beneficiaron de programas de prevención y de las que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y se informaron del resultado



marginación social, la desigualdad por razón del sexo y la discriminación crean condiciones que aumentan la vulnerabilidad al VIH, prevé que los países pongan en práctica políticas y programas nacionales para fomentar y proteger la salud de las poblaciones de mayor riesgo de infección por el VIH. Encuestas y datos independientes facilitados al ONUSIDA por los países de ingresos bajos y medianos indican que los esfuerzos realizados por los países no dan la prioridad suficiente al suministro de intervenciones fundamentales que pueden salvar vidas a las poblaciones de mayor riesgo.

Según los informes de país, los varones que tienen relaciones sexuales con varones y los consumidores de drogas intravenosas tienen menor porcentaje de cobertura de los programas de prevención que los profesionales del sexo, incluso en los países que dicen tener en cuenta estos componentes en su política o estrategia nacional (Figura 3.7). Entre otras actividades, esos programas constan de programas de divulgación comunitarios que incluyen educación inter pares, campañas orientadas en medios de comunicación, análisis sistemáticos para

detección de infecciones de transmisión sexual, asesoramiento y pruebas del VIH, terapia de sustitución y prácticas de inyección más seguras para consumidores de drogas intravenosas.

A nivel mundial, los servicios de prevención y los programas comunitarios orientados de divulgación llegaron al 36% de los profesionales del sexo en 2005, en un porcentaje que varía entre el 8% en Europa oriental, el 22,5% en África subsahariana, el 35% en América Latina y el Caribe, y el 39% en Asia sudoriental (Stover et al, 2006).

La cobertura de la prevención es aún más limitada para los varones que tienen relaciones sexuales con varones. A nivel mundial, en promedio sólo el 9% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones se beneficiaron de servicios de prevención o programas de divulgación orientados a ese colectivo. La mayor cobertura de la prevención correspondió a América Latina y el Caribe, con un 22%, y la mínima a Europa oriental y Asia central, con un 1%, mientras que fue del 5% en África Norte y en Oriente

Medio, y del 8% en Asia oriental y el Pacífico (Stover et al., 2006).

Aunque el consumo de drogas intravenosas representa una parte importante de las nuevas infecciones que se producen fuera de África subsahariana, sólo un pequeño porcentaje de las personas que consumen drogas intravenosas recibieron servicios de reducción de daños en 2005. En ese año, los programas de reducción de daños llegaron sólo al 9% de los consumidores de drogas intravenosas en Europa oriental, donde el consumo de drogas intravenosas es el factor que impulsa la propagación de la epidemia.

En el otro extremo de la escala, hay indicios de que los consumidores de drogas intravenosas no se benefician de forma equitativa de la ampliación mundial del acceso al tratamiento. La OMS estima que sólo en el Brasil vivían 30 000 de los 36 000 consumidores de drogas intravenosas que a finales de 2004 recibían fármacos antirretrovíricos (OMS/ONUSIDA, 2005). Aunque las personas que consumen drogas intravenosas representan más del 70% de los casos de VIH en Europa oriental y Asia central, sólo son el 24% de las personas que recibieron fármacos antirretrovíricos en 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006).

### Niños huérfanos o vulnerables por el SIDA

Para mitigar el impacto de la epidemia en los niños, la Declaración de compromiso hace un llamamiento a los países para poner en marcha estrategias nacionales de apoyo a los niños que han quedado huérfanos o son vulnerables a causa del SIDA, con el fin de asegurar un acceso equitativo a la educación y otros servicios, y

para protegerlos del abuso y el rechazo social.

A nivel mundial, sólo la mitad de los países tienen una política para abordar las necesidades de estos niños. En África subsahariana, 25 de 29 países informaron de que tienen políticas nacionales establecidas para atender las necesidades adicionales relacionadas con el VIH y el SIDA de los huérfanos y otros niños vulnerables. En conjunto, el 49% de los países afirma estar en el promedio o por debajo del promedio en su esfuerzo para abordar las necesidades de los niños que han quedado huérfanos o son vulnerables a causa del SIDA, incluidos 10 países de África subsahariana en los que las necesidades de esos niños son más urgentes.

Entre los 25 países de África subsahariana con políticas nacionales, 21 comunicaron que habían reducido o eliminado las matrículas escolares de los niños vulnerables y que habían instaurado programas comunitarios de apoyo a los huérfanos y otros niños vulnerables. Sin embargo, el nivel de asistencia a la escuela de los niños huérfanos por el SIDA sigue siendo inferior al de los otros niños. En África, en 2005 asistieron a la escuela el 62% de los huérfanos por el SIDA, en comparación con el 70% de los otros niños. Los servicios de divulgación entraron en contacto con sólo el 19,5% de los niños que vivían en las calles en 2003. A nivel mundial, el ONUSIDA estima que menos del 10% de los niños huérfanos o vulnerables por el SIDA reciben apoyo externo de algún tipo.

### Investigación y desarrollo

La Declaración de compromiso insta a realizar esfuerzos de investigación

### LA RESPUESTA AL SIDA EN LOS PAÍSES DE INGRESOS ALTOS

En marzo de 2006, 15 países de ingresos altos (véase Anexo 3) habían informado de sus progresos realizados en la aplicación de la Declaración de compromiso. La mayoría de los países de ingresos altos tienen sistemas de vigilancia del VIH y el SIDA relativamente eficientes, pero no tienen un sistema coordinado de vigilancia nacional para agregar diversos conjuntos de datos, como las evaluaciones de riesgos del comportamiento y la cobertura de los servicios básicos. Aunque los donantes apoyan la recopilación de datos sobre el comportamiento en los países en desarrollo, la vigilancia sistemática de las prácticas sexuales y del consumo de drogas no suele estar establecida formalmente en los países de ingresos altos. Incluso cuando las organizaciones de la sociedad civil reúnen esta información, es posible que los gobiernos nacionales no conozcan estos esfuerzos o no reconozcan esa información como oficial.

En general, la prevalencia del VIH está aumentando en los países de ingresos altos. Esto se debe a varios factores, como la transmisión continua del VIH, combinada con la baja morbilidad y mortalidad relacionadas con el SIDA como consecuencia de la terapia antirretrovírica, y la corriente migratoria de los países pobres, donde la prevalencia del VIH es en general mayor, a los países de ingresos altos. En algunos de esos últimos países hay pruebas de que en los últimos años el comportamiento sexual de riesgo ha aumentado en algunas poblaciones.

El hecho de que muchos países industrializados no aporten datos pertinentes a los indicadores básicos de la Declaración de compromiso puede sugerir que muchos profesionales y responsables de formular las políticas consideran que estos datos sólo son pertinentes para los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, como el SIDA es un problema mundial, las tendencias en los países en desarrollo también pueden repercutir en los países de ingresos altos. Por ejemplo, en el Reino Unido se ha experimentado en los últimos años un aumento importante del número de personas que se infectaron en África (UK Collaborative Group for HIV and STI Surveillance, 2005).

enérgicos y sostenidos para impulsar la búsqueda de una vacuna preventiva y nuevas tecnologías de prevención. Asimismo, prevé que todos los protocolos de investigación que impliquen a personas humanas sean evaluados por comités de revisión ética.

Es probable que haya que esperar un decenio o más antes de que esté disponible una vacuna preventiva para el VIH. Hasta la fecha, los avances en investigación y desarrollo de vacunas han sido

lentos, debido a diversos problemas logísticos y científicos. Se estima que en 2004 los sectores público, filantrópico y comercial invirtieron US\$ 682 millones en la investigación y desarrollo de una vacuna para el VIH.

Desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001 ha aumentado el impulso en el campo de la investigación y desarrollo de microbicidas vaginales para prevenir la transmisión del VIH. La inversión realizada por los sectores público y

filantrópico en la investigación y desarrollo de microbicidas ha aumentado en más del doble, pasando de US\$ 65 millones en 2001 a unos US\$ 163 millones estimados en 2005.

Casi tres cuartas partes (73%) de los países afirman tener una política que requiere la aprobación de un comité de revisión ética en todos los protocolos de investigación que impliquen a personas humanas. Esto refleja el statu quo en comparación con 2003. Con respecto a la inclusión de personas infectadas por el VIH y sus cuidadores en la revisión ética de protocolos de investigación, el 71% de los países califican los esfuerzos realizados con una puntuación promedio o inferior, y el 31% de los países consideran que los esfuerzos realizados son muy escasos (puntuación 0 puntos en una escala de 0 a 10).

### **El VIH en regiones afectadas por conflictos o catástrofes**

Reconociendo el potencial de los conflictos y las catástrofes para aumentar la vulnerabilidad y contribuir a la propagación del VIH, la Declaración de compromiso hace un llamamiento a los países para que integren las actividades relacionadas con el VIH en los programas y planes de acción para situaciones de emergencia. También prevé que las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales inviertan en la sensibilización y formación de personal sobre el VIH, y que se integre el VIH en las operaciones de los servicios uniformados nacionales y las fuerzas internacionales de mantenimiento de la paz.

Según el ACNUR, sólo el 65% de los planes estratégicos nacionales de 2004

mencionan a los refugiados y sólo el 43% establecen actividades específicas relacionadas con los refugiados (ONUSIDA/ACNUR, 2005). En 2005, el 86% de los países tenían una estrategia formal para abordar el VIH entre los servicios uniformados, en comparación con el 78% en 2003.

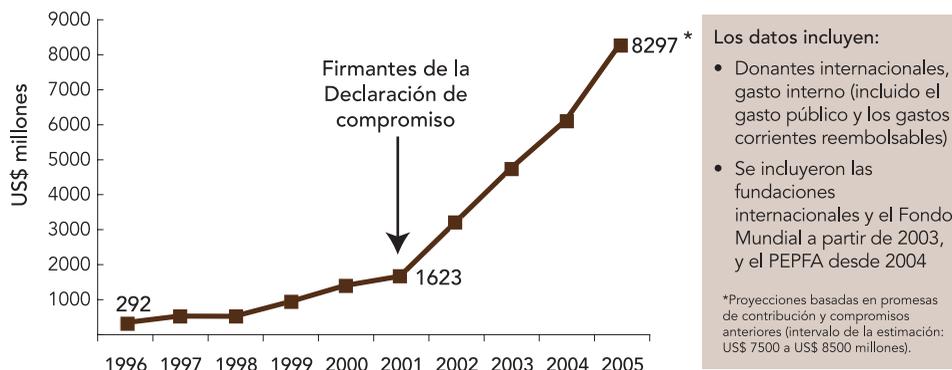
En cambio, la Secretaría del ONUSIDA y el Departamento de las Naciones Unidas de Operaciones para la Mantenimiento de la Paz han integrado completamente las operaciones para mantener la paz autorizadas por las Naciones Unidas. Actualmente, todas las misiones para mantener la paz cuentan con asesores sobre el VIH a tiempo parcial o completo.

### **Recursos**

La Declaración de compromiso recomienda una ampliación progresiva de la financiación mundial para el VIH con miras a asegurar la movilización anual de por lo menos entre US\$ 7000 millones y US\$ 10 000 millones para 2005 (Naciones Unidas, 2001). Para estimular la movilización de recursos, en la Declaración de compromiso se hace un llamamiento para la creación de un fondo mundial de apoyo al suministro de tratamiento para el VIH y otras intervenciones sanitarias. También se prevé que los gobiernos nacionales aumenten las asignaciones presupuestarias para el VIH y que los países desarrollados se esfuerzen por dedicar al menos un 0,7% del producto nacional bruto a la ayuda al desarrollo.

La movilización global de recursos es una de las pocas metas difíciles de alcanzar para 2005 de la Declaración de compromiso

**FIGURA 3.8** Estimación de recursos anuales totales disponibles para el SIDA, 1996–2005



que la comunidad mundial ha alcanzado de forma clara. Sobre la base de las tendencias actuales de las promesas y los compromisos de financiación, el ONUSIDA previó que en 2005 el gasto de fuentes nacionales e internacionales relacionado con el VIH en los países de ingresos bajos y medianos sería de US\$ 8300 millones (con un intervalo estimado de US\$ 7500 millones a US\$ 8500 millones), cifra que está dentro del intervalo de US\$ 7-10 000 millones que tenía como objetivo la Declaración de compromiso (véase el capítulo ‘Financiar la respuesta al SIDA’).

Aunque el éxito a nivel mundial que ha supuesto lograr la movilización de recursos necesaria es alentador, un análisis más amplio posterior al periodo extraordinario de sesiones de 2001 indica que serán necesarios bastantes más recursos para poder invertir la tendencia de propagación de la epidemia de VIH en el mundo para 2015. Los fondos disponibles para el VIH en 2005 son apenas un tercio de la cantidad que será necesaria en 2008 (US\$ 22 100 millones) para apoyar una respuesta integral (ONUSIDA, 2004).

El crecimiento promedio anual del gasto mundial relacionado con el VIH ha

pasado de US\$ 266 millones anuales entre 1996 y 2001 a US\$ 1700 millones anuales entre 2001 y 2005. Las estimaciones de recursos disponibles para actividades relacionadas con el VIH en países de ingresos bajos y medianos en 2005 representan un aumento de 28 veces el gasto mundial para el VIH en 1996, año en que se creó el ONUSIDA (Figura 3.8).

Según los informes de los países donantes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, entre 2001 y 2004 el nivel de financiación bilateral para actividades relacionadas con el VIH aumentó en un 61%, mientras que el gasto procedente de fuentes multilaterales (por ej., el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, las organizaciones integrantes del ONUSIDA, los bancos regionales de desarrollo y la Comisión Europea) aumentó en un 110%. La tasa de desembolso real de los fondos proporcionados por los donantes creció del 53% en 2002 al 78% en 2004 (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2006). En la actualidad, los compromisos bilaterales para el VIH suscritos por el Gobierno de los Estados Unidos representan aproximadamente la mitad del total.

Como se explica de forma más detallada en el capítulo ‘Financiar la respuesta al SIDA’, el Fondo Mundial ha desempeñado un papel importante en la distribución de nuevos recursos para el VIH desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001. Tal como se dispuso en la Declaración de compromiso, el Fondo Mundial fue creado en diciembre de 2002. Se estima que aproximadamente el 20% de todos los flujos financieros internacionales destinados al VIH se distribuyen actualmente a través del Fondo Mundial. Hasta diciembre de 2005, el Fondo Mundial recibió promesas de aportaciones por valor de US\$ 8600 millones (que se harán efectivos a lo largo de 2008) y ha aprobado 350 ayudas a gobiernos y otros destinatarios de 128 países, lo que supone un compromiso de desembolso de US\$ 4790 millones correspondientes a estas ayudas; se han asignado US\$ 3500 millones a través de la firma de acuerdos de subvenciones, y se han desembolsado US\$ 1910 millones. De estos fondos, entre el 56% y el 60% se destinarán al VIH. Por tanto, los subtotales ajustados para actividades relacionadas con el VIH serán de US\$ 2960 millones para proyectos aprobados, US\$ 2140 millones concedidos como ayudas y

US\$ 1200 millones desembolsados (Fondo Mundial, 2006).

El mundo se enfrenta a nuevos retos importantes para transformar estos recursos financieros disponibles en todo el mundo en bienes y servicios para los que los necesitan. En particular, se constata que los fondos disponibles no suelen destinarse a los que más los requieren. En muchos países, los recursos programados se concentran en las grandes ciudades y suelen destinarse a los que están más fácilmente accesibles en lugar de a quienes más los necesitan. Por ejemplo, en América Latina y Asia sudoriental, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, pese a representar una parte importante de los afectados por la epidemia, sólo reciben una pequeña parte de los recursos de prevención (Izazola-Licea, 2003). De forma similar, los profesionales del sexo de África subsahariana se benefician de una cantidad desproporcionadamente pequeña de los recursos disponibles.

Los países de ingresos bajos y medianos proporcionan aproximadamente un tercio del gasto mundial actual en las actividades relacionadas con el VIH, y el gasto del



*Aunque se han realizado avances importantes en el desarrollo de la capacidad nacional para la vigilancia y evaluación, las diferencias en los datos proporcionados por los distintos países subrayan la necesidad de una mejora considerable en este aspecto.*

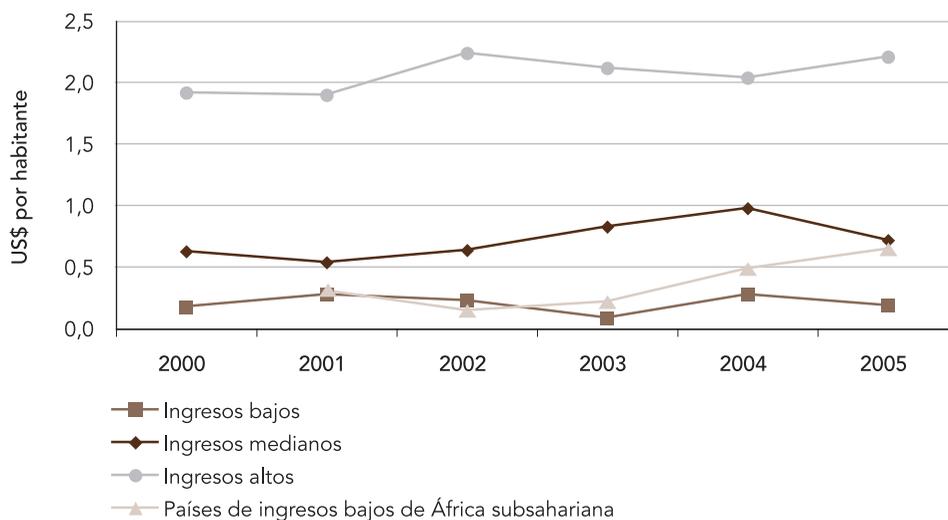
sector público de esos países ha experimentado un aumento moderado entre 2001 y 2005. Las fuentes públicas constituyen el grueso del gasto interno relativo al VIH, aunque una parte importante de ese gasto corresponde al desembolso de gastos corrientes reembolsables realizado por las familias afectadas por el VIH para obtener la atención y el tratamiento necesarios, o en algunos casos incluso para la compra de preservativos en las poblaciones de clase media de los países de ingresos medianos (ONUSIDA, 2004; Gutiérrez y Bertozzi, 2004; Aran-Mantero et al., 2003).

En general, desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001 se ha producido un aumento moderado del gasto por habitante relativo al VIH en los países de ingresos medianos (Figura 3.9). En cambio, en una muestra de 25 países de ingresos bajos de África subsahariana, el gasto por habitante aumentó en un 130% entre 2001 y 2005, lo que representa un gasto total en 2005 de US\$ 670 millones

en esos países. En la misma muestra de África subsahariana, el gasto relacionado con el SIDA por habitante del sector público interno creció de US\$ 0,31 en 2001 a un valor estimado de US\$ 0,65 en 2005. El gasto interno relacionado con el VIH en África subsahariana no presenta una gran correlación con la prevalencia nacional del VIH, la renta nacional o el gasto nacional en salud.

El gasto relacionado con el SIDA por habitante en otras regiones es en general superior al de África subsahariana (n = 57 países). En los países de ingresos bajos no pertenecientes a África subsahariana (con una renta nacional bruta por habitante de US\$ 825 o menos), el gasto relacionado con el SIDA por habitante no varió prácticamente nada entre 2001 y 2004 (oscilando entre US\$ 0,35 y US\$ 1,00). En los países de ingresos medianos (renta nacional bruta por habitante de US\$ 826 a US\$ 3255) se produjo un aumento de aproximadamente el 30% entre 2001 y 2005. En los países de ingresos altos

**FIGURA 3.9** Gastos por habitante relacionados con el VIH y el SIDA, por nivel de renta del país\*



\*Tendencias basadas en una muestra de 25 países de África subsahariana y 57 países de otras regiones.

(renta nacional bruta por habitante de US\$ 3256 a US\$ 10 065) se produjo un aumento en torno al 10% en el mismo periodo de tiempo.

Es necesario mejorar la capacidad de los países para desagregar la ayuda de los donantes de la de las fuentes nacionales, para distinguir entre cantidades presupuestadas y gastos reales, y para obtener estimaciones fiables del gasto total en cada sector (ONUSIDA, 2006). El Consorcio Mundial de Seguimiento de Recursos ha trabajado para complementar la información de los informes nacionales con las evaluaciones nacionales de gastos relacionados con el SIDA, un ejercicio de seguimiento de recursos que ha mejorado la fiabilidad de las estimaciones de diferencias entre los recursos disponibles y las necesidades reales de recursos.

### Vigilancia y evaluación

Es fundamental disponer de una comprensión precisa de la epidemia y la respuesta nacional para el desarrollo, ejecución y



mejora de políticas y programas nacionales del SIDA eficaces. Tanto los países en desarrollo como los donantes internacionales han otorgado mayor prioridad a la vigilancia y evaluación desde el periodo extraordinario de sesiones de 2001, y el 51% de los países han informado de avances entre moderados y considerables en el impulso de la vigilancia y evaluación de los programas relacionados con el VIH. Sin embargo, el 43% de los países calificaron los esfuerzos nacionales de vigilancia y evaluación con una puntuación promedio o inferior. En general fueron los países con oficiales de vigilancia y evaluación a tiempo completo los que informaron de mejoras en los sistemas de vigilancia nacionales. Además, el ONUSIDA y el Gobierno de los Estados Unidos desplegaron en los países más de 60 asesores técnicos de vigilancia y evaluación para ayudar a crear los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación, y a planificar y elaborar informes (CDC/GAP, 2005).

La mitad de los países informaron de la existencia de un plan nacional de vigilancia y evaluación, en comparación con el 43% en 2003. En poco más de la mitad (54%) de los casos, el plan de vigilancia y evaluación se desarrolló consultando a la sociedad civil y las personas que viven con el VIH. Todos los países, salvo cuatro, tienen un presupuesto dedicado a la vigilancia y evaluación, con una financiación garantizada en el 78% de los casos. Esto representa un avance importante con respecto al año 2003, en que sólo el 24% de los países tenían un presupuesto asignado para vigilancia y evaluación. La mayoría (83%) de los países tienen una unidad de vigilancia y evaluación a tiempo completo o un comité que se reúne periódicamente, y en 11 países se está creando una unidad de este tipo.

En cuanto a la información, el 54% de los países tienen una base de datos central para información relacionada con el VIH y en el 85% se mantiene un sistema de información de gestión sanitaria. En la mitad de estos países se utilizan ambos sistemas. Estas cifras son aproximadamente equivalentes a las presentadas en 2003. Aunque la existencia de sistemas de gestión de datos no implica necesariamente el uso sistemático de estas tecnologías, los países que tienen una base de datos centralizada son los que declaran hacer un uso más amplio de los datos en la ejecución de la planificación y el programa nacionales. En más de 70 países se utiliza el Sistema de Información de la Respuesta Nacional del ONUSIDA para recopilar y notificar datos sobre los indicadores pertinentes al ONUSIDA, y actualmente más de 90 países utilizan este sistema para otros fines.

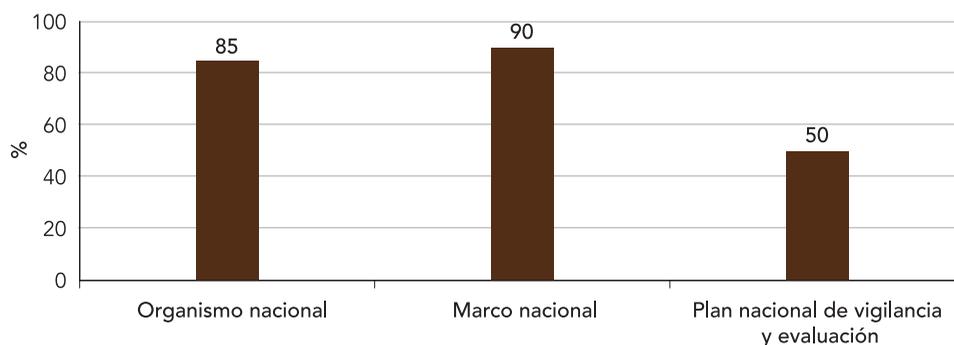
En aproximadamente la mitad (49%) de los países, el grado en que las organizaciones de las Naciones Unidas, los organismos bilaterales y otras instituciones comparten los resultados de vigilancia y evaluación con el gobierno de la nación varía de moderado a elevado. Aunque

esto representa una mejora, es necesario realizar nuevos avances para compartir datos, a fin de maximizar la adopción de decisiones basada en pruebas e impulsar los principios de los “Tres unos,” especialmente el tercero: un sistema unificado de vigilancia y evaluación.

Como se puede observar en la Figura 3.10, los objetivos del primer principio (una sola autoridad nacional) y el segundo principio (un solo marco nacional) de los “Tres unos” se han alcanzado en gran medida. Ahora el éxito depende de la mejora de la capacidad de vigilancia y evaluación como respaldo para la creación de un sistema unificado de vigilancia y evaluación. Como se indica en la Figura 3.10, sólo el 50% de los países tienen un plan de vigilancia y evaluación, que es el primer paso fundamental para potenciar el desarrollo de un sistema unificado.

Los datos recibidos de los países sobre los indicadores básicos para la Declaración de compromiso proporcionan información reveladora sobre el estado actual de la capacidad de vigilancia y evaluación, así como pistas para futuros esfuerzos de mejora de la capacidad nacional en este

**FIGURA 3.10** Progresos realizados hacia la consecución de los "Tres unos": Porcentaje de países con un organismo nacional de coordinación del SIDA, un marco/estrategia nacional sobre el VIH/SIDA y un plan nacional de vigilancia y evaluación del VIH/SIDA



campo. Aunque se obtuvieron datos relativamente completos sobre los indicadores correspondientes al tratamiento antirretrovírico y la administración profiláctica de fármacos antirretrovíricos para evitar la transmisión maternoinfantil, los datos relativos a la supervivencia a los 12 meses del inicio de la terapia antirretrovírica son bastante menos completos. Los datos sobre el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual tampoco son completos, aunque esto puede deberse en parte a la complejidad del indicador, que requiere datos sobre la precisión del diagnóstico, el asesoramiento ofrecido y la observancia del tratamiento. Los indicadores de los que se recibieron menos datos son los de los niños huérfanos por el SIDA; se recibieron datos de menos de 10 países. De ahí puede deducirse la capacidad actual de los países para evaluar la necesidad y la puesta en práctica de servicios concebidos para ayudar a esta población muy vulnerable.

En general, los países con epidemias generalizadas proporcionaron informes más completos que los países con epidemias concentradas o de prevalencia baja. Si bien no era un requisito, el 31% de los



países con epidemia generalizada facilitaron datos sobre indicadores de las poblaciones de mayor riesgo. Menos de dos terceras partes (60%) de los países con epidemias concentradas o de nivel bajo proporcionaron datos sobre las poblaciones de mayor riesgo. Es la primera vez que los países han aportado datos sobre sus poblaciones de mayor riesgo y, aunque aún deben mejorar la calidad de la información, ésta constituye una base sólida para la vigilancia de los futuros progresos.

Aunque se han realizado avances importantes en el desarrollo de la capacidad nacional de vigilancia y evaluación, las diferencias en los datos proporcionados por los distintos países subrayan la necesidad de una mejora considerable en este aspecto. Algunas áreas que necesitan mejoras son la ampliación del número y tipo de programas y servicios que hay que vigilar, la obtención de información más completa y en menos tiempo, y la mejora del uso analítico de estos datos por los gobernantes y proveedores de servicios para la mejora de los programas. Además, se debe insistir como prioridad inmediata en la evaluación, que hasta ahora se ha prácticamente soslayado en la mayoría de los países. Estas actividades de evaluación son los pasos siguientes esenciales para mejorar la eficacia de la respuesta al SIDA. En la mayoría de los países la realización de estas mejoras requerirá más recursos humanos y financieros para la vigilancia y evaluación, así como una mejor integración de la información recibida de diversas fuentes. En definitiva, los países deben hacerse cargo del proceso de vigilancia y evaluación, y deben estar dispuestos a actuar sobre la base de las conclusiones para mejorar la respuesta nacional al SIDA y contribuir así a la respuesta mundial.

