

**JUNTOS  
ACABAREMOS  
CON EL SIDA.**

ONUSIDA / JC2296S (versión española, agosto de 2012)  
Versión original inglesa, ONUSIDA / JC2296E, julio de 2012:  
*Together we will end AIDS*  
Traducción – ONUSIDA

Derechos de autor © 2012  
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)  
Reservados todos los derechos

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Juntos acabaremos con el SIDA.  
“ONUSIDA / JC2296S”.

1.Infecciones por VIH – prevención y control. 2.Infecciones por VIH – quimioterapia. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.  
4.Fármacos anti-VIH. 5.Terapia antirretroviral altamente activa 6.Programas nacionales de salud. 7.Cooperación internacional.  
I.ONUSIDA.

ISBN 978-92-9173-976-9

(Clasificación NLM: WC 503.6)

Todas las fotos son reproducidas con el permiso de los contribuidores, excepto páginas 4, 14-15, 99: ©Keystone/AP; página 93: ©Katherine Hudak.

<b>PRÓLOGO</b>	<b>2</b>
<b>MOVILIZAR EL LIDERAZGO AFRICANO</b>	<b>4</b>
<b>LLEGAR A CERO</b>	<b>6</b>
<b>RESULTADOS ... SE NECESITAN MÁS RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>CIENCIA EN ACCIÓN</b>	<b>44</b>
<b>TRANSFORMANDO SOCIEDADES</b>	<b>56</b>
<b>OPTIMIZAR EL USO DE LOS RECURSOS</b>	<b>80</b>
<b>INVERTIR DE MANERA SOSTENIBLE</b>	<b>102</b>
<b>LOS PROGRESOS EN CIFRAS</b>	<b>120</b>
<b>NOTAS Y REFERENCIAS</b>	<b>124</b>



# Prólogo

La comunidad internacional ha realizado grandes progresos en la respuesta a la epidemia de sida. Más personas que nunca reciben tratamiento, atención y apoyo. La revolución de la prevención está consiguiendo resultados exponenciales y la ciencia está dando nuevas esperanzas.

Una década de tratamiento antirretrovírico ha conseguido que el VIH pase de ser una sentencia de muerte a una enfermedad crónica tratable. Existe la oportunidad real de eliminar las nuevas infecciones entre niños en los próximos tres años y podemos conseguir nuestro objetivo de garantizar que 15 millones de personas reciban tratamiento antirretrovírico para 2015.

Sin embargo, cada día se siguen produciendo miles de nuevas infecciones por el VIH, muchas de ellas, en grupos de riesgo. Estas personas merecen por lo tanto un apoyo especial y el acceso a servicios de prevención, como preservativos y medidas para reducir los daños. Otras carecen de la información y los recursos que necesitan para evitar la infección. Demasiadas no pueden negociar mantener relaciones sexuales en condiciones seguras.

El estigma de las personas que viven con el VIH y de aquellos más expuestos al riesgo de infección sigue estando muy presente. Es una violación de los derechos humanos que también obstaculiza nuestra capacidad de hacer frente al sida. El estigma, la discriminación, las leyes punitivas, la desigualdad de género y la violencia siguen echando leña a la epidemia y frustran nuestros mayores esfuerzos para “llegar a cero”.

El año pasado, los Estados miembros de las Naciones Unidas establecieron un conjunto de objetivos claros a fin de reducir significativamente la infección por el VIH y las muertes relacionadas con el sida, así como para ampliar el tratamiento para 2015. Los objetivos de su Declaración política sobre el VIH y el SIDA pueden conseguirse con el compromiso e inversiones adecuados en la respuesta al sida.

Las personas que viven con el VIH están disfrutando de vidas productivas, forman familias, ayudan a otros y se convierten en líderes por derecho propio. Este logro se debe en gran parte a las contribuciones de los defensores de derechos, los profesionales sanitarios, los jóvenes y las comunidades que han unido sus fuerzas para acabar con la epidemia. La respuesta al sida ha demostrado el poder de las asociaciones entre el sector privado, la comunidad internacional y los líderes políticos.

Ahora es el momento de actuar con más audacia si cabe, inspirados por una solidaridad mundial genuina, para conseguir un mundo libre de sida. Espero que todos aquellos que lean este informe utilicen la información que ofrece para estimular los avances hacia este objetivo. Juntos, podemos alcanzar nuestra visión de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida.

**Ban Ki-moon**

Secretario General de las Naciones Unidas



# Movilizar el liderazgo africano para acabar con el sida

Los grandísimos progresos realizados en el acceso al tratamiento del VIH en África durante la última década han transformado las vidas de muchas familias, fortalecido el tejido social y aumentado la productividad económica. Podemos afirmar que tenemos nuevas esperanzas, si bien no hay sitio para la complacencia.

La Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA hizo un llamamiento a la responsabilidad compartida y la solidaridad global. África se ha comprometido a demostrar su liderazgo para mantener los progresos conseguidos y convertir en realidad la visión de una generación libre de sida. A este fin se está relanzando AIDS Watch Africa como una plataforma única para la promoción, movilización y rendición de cuentas de los jefes de Estado y de Gobierno que ya son miembros de AIDS Watch Africa, a la vez que se está invitando a nuevos países a unirse y participar en esta iniciativa. La respuesta al sida también puede beneficiarse de su integración en iniciativas para abordar la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades que se beneficiarán a su vez de soluciones sostenibles con recursos del propio continente.

Como presidente de la Unión Africana, promuevo la responsabilidad compartida y una apropiación realmente africana de la respuesta al sida. Estoy trabajando en estrecha colaboración con todos los líderes del continente a fin de desarrollar un mapa de ruta de responsabilidad compartida con hitos concretos para el financiamiento; el acceso a medicamentos producidos imperativamente de forma local en África; una mayor armonización normativa y una mejor gobernanza. Dicho mapa de ruta describirá las funciones y responsabilidades de gobiernos, comunidades económicas regionales, instituciones africanas, personas que viven con el VIH o se ven afectadas por el virus y nuestros asociados de desarrollo. Será un orgullo para mí compartir este plan en la Asamblea General de las Naciones Unidas que se celebrará en Nueva York este año, en lo que será una contribución africana para conseguir el objetivo de eliminar la transmisión materno-infantil del virus y detener la propagación del VIH en el mundo entero.

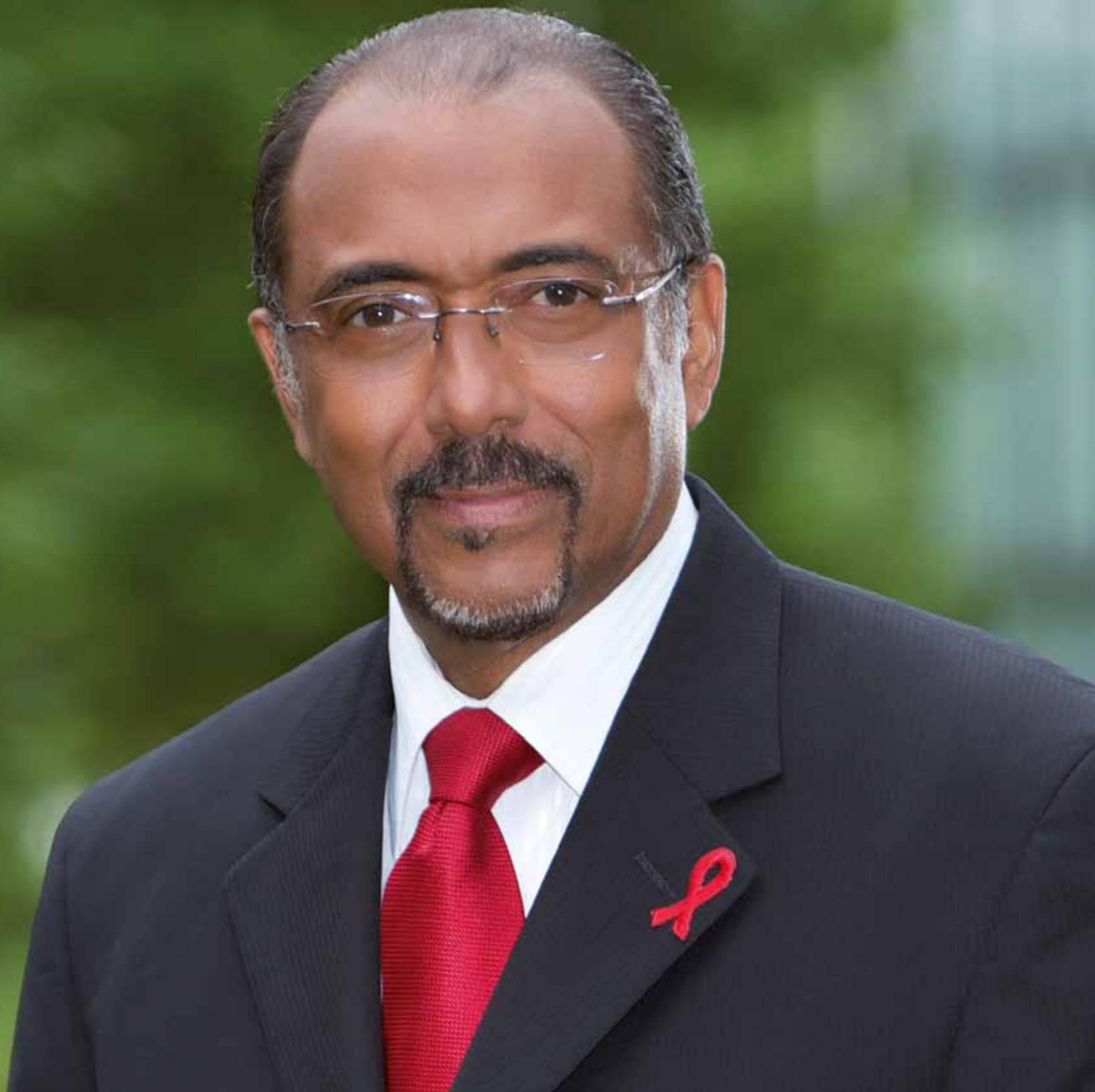
**Yayi Boni**

Presidente de Benin

Presidente de la Unión Africana



**LLEGAR A CERO**



# Moldear el futuro que deseamos

Han transcurrido dos años desde la celebración de la XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida en Viena. En aquel momento, la comunidad internacional había comenzado a celebrar con cautela los frágiles progresos en la prevención y el tratamiento del VIH.

No obstante, el mundo estaba evidentemente en un momento decisivo y seguir avanzando no estaba garantizado.

Poco después de la Conferencia, ONUSIDA comenzó a articular una nueva visión para el futuro del sida: una visión que dejaba a un lado toda aspiración tenue a mejoras graduales y retaba al mundo a imaginar cómo debería ser el fin del sida, y desafió a todos y cada uno a alcanzarlo, sin miedo y sin concesiones.

Era una visión atrevida (algunos dijeron incluso que era un sueño) pero el mundo no se merece menos que un futuro con cero infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida.

A día de hoy, los avances hacia esta visión se están acelerando exponencialmente en varias áreas. Muchos líderes prominentes están hablando abiertamente sobre el principio del fin del sida, llegar a cero y el comienzo de una generación libre de esta enfermedad.

El mundo está invirtiendo en esta visión y la inversión está dando sus frutos.

En 2011, más de 8 millones de personas que vivían con el VIH recibían terapia antirretrovírica en países de ingresos bajos y medios, por encima de los 6,6 millones de 2010, lo que supone un aumento de más del 20%. Esto sitúa a la comunidad internacional en el buen camino para conseguir el objetivo de que 15 millones

de personas seropositivas reciban tratamiento para 2015, tal y como se estableció en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 y adoptaron de forma unánime los Estados miembros de las Naciones Unidas.

Las nuevas infecciones entre niños han descendido drásticamente por segundo año consecutivo. De los 1,5 millones de mujeres embarazadas que se calcula vivían con el VIH en países de ingresos bajos y medios en 2011, el 57% recibió medicamentos antirretrovíricos efectivos para prevenir la transmisión del virus a sus hijos, frente al 48% de 2010. Con el impulso del Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH entre niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres, la comunidad internacional ha marcado un camino sólido para conseguir una generación libre de sida.

El año pasado muchos países, especialmente las economías florecientes de África, aprovecharon la oportunidad de demostrar su apropiación de la respuesta nacional al sida y su responsabilidad compartida en la respuesta mundial, dejando atrás el anticuado paradigma donante-receptor y utilizando la respuesta al sida para crear una nueva agenda más sostenible para la salud mundial y el desarrollo.

Esta agenda de responsabilidad compartida está arraigando con firmeza. Estamos siendo testigos del aumento de la inversión nacional en VIH de los países, que están compartiendo la carga y la responsabilidad de los resultados. Compartir esta carga, sin embargo, es algo más que realizar inversiones: significa abordar colectivamente los obstáculos políticos, institucionales y estructurales que impiden progresar. Significa garantizar que los recursos vayan donde puedan tener mayor impacto.

Y lo que es más importante, también significa reforzar un liderazgo nacional inclusivo. Esto es la solidaridad mundial en acción.

Los países de ingresos bajos y medios están aumentando progresivamente su inversión en sida, incluso en esta época de dificultades económicas. Se estima que en 2011 la totalidad de los recursos nacionales para el VIH en estos países llegó a unos USD 8.600 millones [7.300 millones-10.000 millones], una cifra récord. Muchos países africanos, como Ghana, Kenya, Nigeria o Sudáfrica, han incrementado en los últimos años su gasto nacional en sida. Después de que el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria cambiara sus criterios de elegibilidad, China se comprometió a cubrir con fondos propios su déficit de recursos. Este año, el gobierno de la India planea aportar al menos el 90% de la financiación para la Fase IV de su Programa nacional de control del sida.

Durante este periodo de dificultades económicas, la contribución destacada de los Estados Unidos de América en la respuesta al sida sigue siendo sólida. Los Estados Unidos, gracias a la compasión individual y al compromiso colectivo del pueblo americano, han salvado millones de vidas en todo el mundo a lo largo de muchos años. En 2003, cuando solo unas 100.000 personas tenían acceso al tratamiento en África subsahariana y el objetivo de ampliar este en países de ingresos bajos y medios parecía inalcanzable, los Estados Unidos lanzaron el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR). El año pasado, con el apoyo del PEPFAR y otras fuentes de financiación internacionales, como el Fondo Mundial y programas nacionales, casi 6,2 millones de personas recibían tratamiento en África. En 2011, los Estados Unidos seguían aportando el 48% de toda la ayuda internacional a la respuesta mundial al VIH.

Los Estados Unidos también se han visto directamente afectados por la epidemia. Más de 1,2 millones de americanos viven con el VIH, por lo que también deben beneficiarse de la respuesta mundial. Durante los últimos 20 años no ha descendido el número anual de nuevas infecciones en el país y la epidemia se ha concentrado en determinadas comunidades. Para reducir la epidemia, tanto a nivel global como nacional, es de suma importancia seguir contando con el liderazgo de los Estados Unidos.

De la misma manera que la comunidad internacional tiene la responsabilidad compartida de alcanzar la meta de proporcionar entre USD 22.000 y 24.000 millones para la respuesta mundial al sida para 2015, también comparte la responsabilidad de buscar soluciones sostenibles y equitativas para la salud y el desarrollo.

Aunque África subsahariana acoge a 23,5 millones de los 34 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, sigue importando más del 80% de los medicamentos antirretrovíricos que consume. La solidaridad mundial puede ayudar a fortalecer su capacidad regional y nacional para producir medicamentos de calidad e impulsar la armonización de las políticas que regulan los fármacos entre países y regiones, derribando así los obstáculos comerciales y promoviendo la creación de centros locales de excelencia para producir fármacos.

Cuando África garantice una mayor apropiación y sostenibilidad de su respuesta al sida, los beneficios también fortalecerán el crecimiento de nuevas industrias y ampliarán las economías basadas en el conocimiento.

De este modo, la respuesta al sida puede catalizar beneficios generales para la salud y el desarrollo, por ejemplo, impulsar las asociaciones para una financiación innovadora y mejorar la seguridad farmacéutica para otras emergencias sanitarias.

Debemos mirar al futuro en nuestro camino para alcanzar los objetivos de la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA de 2011 e impulsar la agenda de responsabilidad compartida y solidaridad mundial. Tenemos que escribir el próximo (y último) capítulo de la historia del sida.

Esto es lo que ONUSIDA denomina **Programa sida y más – moldeando el futuro que deseamos**.

Lo que anhelamos es un futuro en el que se premie, proteja y promueva la innovación. Un futuro en el que la justicia social y los derechos humanos no sean solamente un deseo, sino una demanda. Un futuro en el que la ciencia se traduzca en acciones al servicio de las personas.

Queremos un futuro que adopte el enfoque de “Tratamiento y más”: ampliar el uso de los medicamentos antirretrovíricos para prevenir y tratar la infección por el VIH en parejas serodiscordantes, mujeres embarazadas que viven con el VIH, personas con mayores recuentos de CD4 y, quizás a la larga, a todas las personas diagnosticadas con VIH.

Realmente el mayor reto al que nos enfrentamos es que el financiamiento para el tratamiento sea sostenible a largo plazo. Independientemente del éxito que tengamos a la hora de ofrecer medicamentos vitales, todavía nos enfrentamos al inevitable aumento de los costes debido a la resistencia a los medicamentos y a la necesidad de ofrecer atención crónica a las personas que viven con el VIH durante el resto de sus vidas.

No importa cuántas personas puedan acceder a los antirretrovíricos si no podemos mantenerlas con vida y bajo tratamiento.

Debemos comenzar a planificar ahora cómo gestionaremos el coste del tratamiento después de 2015. ¿Cómo financiaremos los costosos tratamientos de segunda línea si se desarrolla resistencia?

En los países de ingresos altos, donde las personas han estado recibiendo antirretrovíricos durante décadas, la cruda realidad es que la medicación para el VIH tiene un alto coste (hasta USD 6.000 al mes).

Debemos evitar que se desarrolle resistencia a los medicamentos diseñando una terapia combinada más eficaz. Los países de ingresos bajos y medios podrían establecer la pauta para los programas de tratamiento de todo el mundo mediante opciones de tratamiento simplificadas y diseñadas racionalmente, que puedan evitar la resistencia a gran escala y el incremento de los costes.

La innovación será un factor decisivo en el futuro de la respuesta al VIH. Innovar es más que crear nuevos medicamentos y simplificar su uso.

Debemos también innovar en la prestación de servicios, innovar en la prevención (en especial, no debemos desistir de nuestra búsqueda de una vacuna) e innovar en la forma en la que invertimos los recursos.

Podemos garantizar una financiación sostenible a largo plazo para la respuesta al sida demostrando a los países, donantes y partes interesadas que es una inversión inteligente. La nueva herramienta de inversiones desarrollada por ONUSIDA para los países demuestra que mejorando la eficiencia de la inversión y la efectividad de los programas del VIH se conseguirán beneficios muchos mayores.

**La innovación será un factor decisivo en el futuro de la respuesta al VIH**

Si se aplica de forma integral, este enfoque puede invertir las tendencias alcistas de recursos necesarios para el sida en esta década.

La innovación también abarca la justicia social. El VIH prospera en la desigualdad, la disparidad y la ausencia de oportunidades. Un clima que promueva los derechos humanos, la dignidad y la igualdad de género puede ayudar a impedir que las personas se infecten por el VIH y mueran de causas relacionadas con el sida. Tal entorno reduce el desconocimiento en torno a qué alimenta la epidemia y enseña a las personas y a las comunidades a abordar sus riesgos y necesidades. Permitir que el estigma, la discriminación, la penalización, la desigualdad de género y la violencia contra la mujer continúen es sinónimo de optar por perpetuar el VIH.

Asimismo, debemos innovar en el activismo en torno al sida, revivir el espíritu de los primeros días de la respuesta, cuando las personas que vivían con el VIH o afectadas por el sida se alzaron para desafiar la ignorancia y la apatía en un momento en el que la colaboración (y no la competencia) reunió a científicos y los puso en contacto directo con las comunidades afectadas.

Una sociedad civil sólida es esencial para exigir responsabilidades a asociados y países a fin de que cumplan los compromisos que han adoptado. Las personas que viven con el VIH, aquellos más expuestos al riesgo de infección, las mujeres y los jóvenes deben por consiguiente estar presentes en las mesas donde se toman las decisiones. Debemos escucharlos, aprender de ellos y respetar su liderazgo.

Debemos ayudarles a vivir con dignidad y determinación.

Para acabar con la discriminación debemos hacer algo más que proteger a las personas vulnerables al VIH, tenemos que capacitarlas. Por ello la sociedad civil sigue siendo el alma de la respuesta al sida. Las personas seropositivas, mujeres y niñas, jóvenes y comunidades más expuestas al riesgo de infección por el VIH tienen una función única en el desarrollo y la supervisión del pacto global para acabar con el sida. Son partes esenciales para garantizar que los marcos de inversión respondan a sus necesidades e identificar déficits de inversión.

Al reunirnos con motivo de la XIX Conferencia Internacional sobre el Sida en Washington DC debemos debatir algunas cuestiones clave que son el centro del Programa sida y más. Empecemos a dialogar ahora, juntos.

Finalmente, pido que sigan siendo optimistas. Si no podemos imaginar un mundo sin sida, siempre nos enfrentaremos a sus consecuencias. Llegar a cero es nuestra única opción.

Ningún otro número es suficientemente bueno, ni para nosotros, ni para nuestras familias, parejas, hijos, o los hijos de nuestros hijos.

**Michel Sidibé**  
Director ejecutivo, ONUSIDA

Empecemos a  
dialogar ahora,  
**juntos.**

**"PODEMOS ACABAR CON ESTA PANDEMIA. PODEMOS VENCER A ESTA ENFERMEDAD. JUNTOS PODEMOS GANAR ESTA BATALLA. SOLO TENEMOS QUE PERSEVERAR, FIRMES, PERSISTENTES - HOY, MAÑANA, CADA DÍA HASTA QUE LLEGUEMOS A CERO".**

**"FUE UN ENORME ORGULLO PARA MÍ ANUNCIAR QUE MI ADMINISTRACIÓN ACABABA CON LA PROHIBICIÓN QUE IMPEDÍA QUE LAS PERSONAS SEROPOSITIVAS ENTRARAN EN AMÉRICA".**

**"LOS ESTADOS UNIDOS FACILITAN ACTUALMENTE TRATAMIENTO ANTIRRETROVÍRICO A CASI 4 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO. PERO DEBEMOS HACER MÁS. ESTOS RESULTADOS NO LOS ESTAMOS CONSIGUIENDO SOLOS, SINO TRABAJANDO EN ASOCIACIÓN CON PAÍSES EN DESARROLLO. ES UNA BATALLA GLOBAL, UNA QUE AMÉRICA DEBE SEGUIR LIDERANDO".**



Presidente de los EEUU, Barack Obama,  
Discurso del Día Mundial del Sida 2011.  
<http://goo.gl/0gDNg>

**"POCOS PODRÍAN  
HABER IMAGINADO  
QUE HABLARIAMOS  
DE LA POSIBILIDAD  
REAL DE UNA  
GENERACION  
LIBRE DE SIDA".**

**"LA TASA DE NUEVAS  
INFECCIONES PUEDE  
ESTAR BAJANDO EN OTROS  
LUGARES, PERO NO LO ESTÁ  
HACIENDO EN AMÉRICA...  
EN ESTE PAÍS HAY  
COMUNIDADES QUE TODAVÍA  
SIGUEN SIENDO DEVASTADAS  
POR ESTA ENFERMEDAD".**

**"A LA COMUNIDAD MUNDIAL: OS PEDIMOS QUE OS UNÁIS A NOSOTROS.  
LOS PAÍSES QUE SE HAN COMPROMETIDO CON EL FONDO MUNDIAL DEBEN  
DAR EL DINERO QUE PROMETIERON. LOS PAÍSES QUE NO HAN HECHO  
UNA PROMESA...DEBEN HACERLO. ESTO TAMBIÉN INLCUYE A LOS PAÍSES  
QUE HAN SIDO RECEPTORES EN EL PASADO PERO QUE AHORA ESTÁN EN  
POSICIÓN DE POSTULARSE COMO DONATES IMPORTANTES".**



**RESULTADOS...**  
**SE NECESITAN MÁS**  
**RESULTADOS**

# Grandes resultados para algunos objetivos, insuficientes para otros

La Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 estableció objetivos ambiciosos para 2015. El mundo está en el buen camino para conseguir que 15 millones de personas seropositivas reciban tratamiento y que se eliminen las nuevas infecciones por el VIH entre niños para 2015. Sin embargo, se necesitan más esfuerzos para reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH y la transmisión entre usuarios de drogas inyectables.

---

## **15 millones de personas pueden recibir tratamiento para 2015**

Con la ampliación constante de la cobertura del tratamiento actualmente reciben antirretrovíricos más personas que nunca. En 2011, algo más de 8 millones de personas seguían la terapia en países de ingresos bajos y medios, donde la cobertura llegaba al 54% [rango 50-60%].<sup>1</sup> Esto supone 1,4 millones de personas más que en 2010 y es una cifra muy superior a las 400.000 de 2003.

Si se mantiene este ritmo en los próximos años, el mundo casi podrá alcanzar el objetivo de que 15 millones de personas accedan a la terapia antirretrovírica para 2015, tal y como se fijó en la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 (1). Los avances son especialmente impresionantes en África subsahariana, donde casi 6,2 millones de personas recibían antirretrovíricos en 2011, frente a las 100.000 de 2003.

La ampliación del tratamiento del VIH ha contribuido a que menos personas fallezcan por causas relacionadas con el sida. Sin embargo, con ella surgen otras dificultades. El inicio temprano del tratamiento sigue siendo un gran desafío y se debe mantener un alto nivel de calidad en los servicios para garantizar que las personas continúen el tratamiento, limitar sus efectos secundarios y evitar la resistencia a los medicamentos. También se necesitan más esfuerzos para conseguir un acceso equitativo al tratamiento para las poblaciones más expuestas al riesgo de infección, así como nuevas iniciativas para garantizar que todos los países faciliten un acceso asequible y fiable a medicamentos antirretrovíricos de calidad óptima. Asimismo, se requieren soluciones innovadoras para solventar los problemas de financiación, licencias y logística que surgen en la ampliación mundial del tratamiento del VIH.

A fecha de 21 de junio de 2012, 185 países presentaron informes como parte del sistema del Informe mundial de avances en la lucha contra el sida. Todas las estimaciones sobre epidemiología, tratamiento, iniciativas para eliminar nuevas infecciones entre niños (recopilación y análisis realizados de forma conjunta con UNICEF, ONUSIDA y la OMS), gasto nacional en VIH y datos del Instrumento de políticas y compromisos nacionales para 2011 son preliminares. Los datos de algunos países no se habían validado por completo en el momento de su publicación.

Se calcula que en 2011 recibieron tratamiento antirretrovírico en países de ingresos bajos y medios 1,4 millones de personas más que en 2010, un progreso similar al que se consiguió de 2009 a 2010 (2). Los avances más notables tuvieron lugar en África subsahariana, donde la cobertura del tratamiento mejoró un 19% entre 2010 y 2011. Por otra parte, al menos 745.000 personas más recibieron antirretrovíricos en países de ingresos altos.

Se están salvando más vidas. La terapia antirretrovírica ha añadido globalmente 14 millones de años de vida en países de ingresos bajos y medios desde 1995, de los cuales, más de 9 millones corresponden a África subsahariana. El número estimado del total de años de vida añadidos en esta región se multiplicó por más de cuatro entre 2008 y 2011.

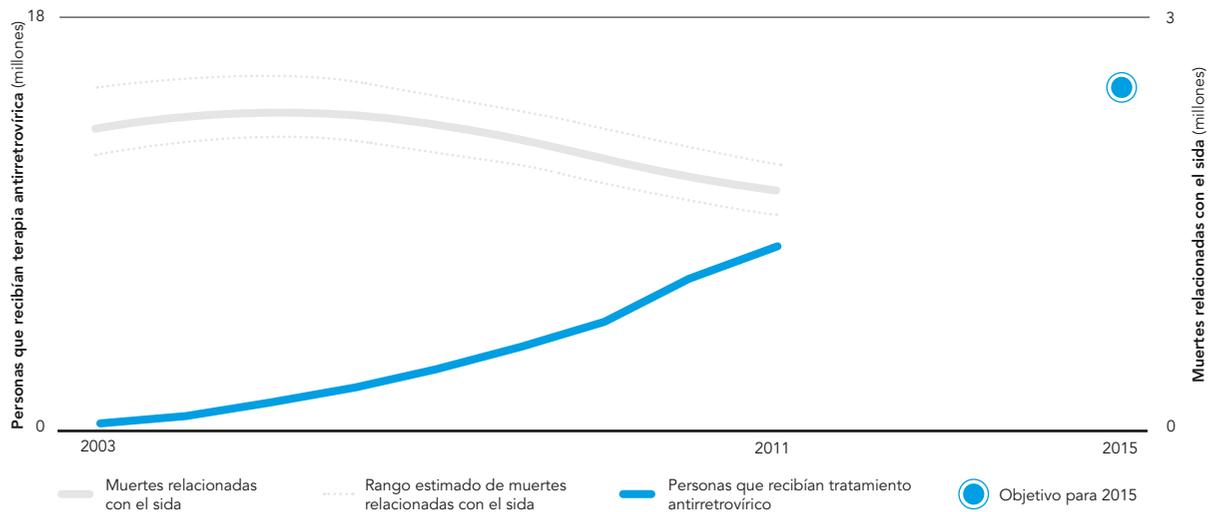
El descenso de la tasa de mortalidad contribuyó a que en 2011 el número de personas seropositivas

fuera mayor que nunca: 34,2 millones [31,8 millones-35,9 millones]. En todo el mundo, la mitad de los adultos que vivían con el VIH en 2011 eran mujeres (49% [46-51%]), una proporción que ha variado poco en los últimos 15 años. Sin embargo, la carga del virus en mujeres es considerablemente superior en África subsahariana, donde en 2011, de cada 10 adultos seropositivos, seis eran mujeres.

El acceso al tratamiento está aumentando con notable rapidez allí donde más se necesita. En África subsahariana, más de la mitad (56% [53-60%]) de las personas que necesitaban tratamiento en 2011 lo recibían, y un 22% más que un año antes seguía la terapia: 6,2 millones frente a 5,1 millones.

**El mundo está en el buen camino para conseguir que 15 millones de personas seropositivas reciban tratamiento antirretrovírico para 2015**

### Personas que recibían tratamiento antirretrovírico, frente al objetivo de 2015, y número de muertes relacionadas con el sida, países de ingresos bajos y medios, 2003-2011



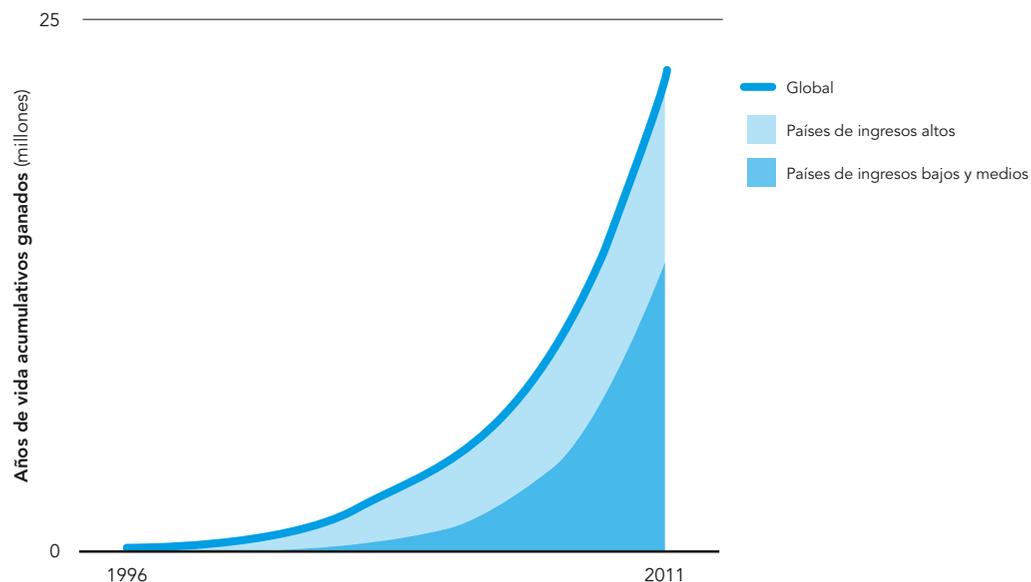
La cobertura del tratamiento antirretrovírico fue mayor en América Latina (70% [61–82%]) y el Caribe (67% [60–73%]), que presumen de contar con algunos de los programas de tratamiento antirretrovírico más antiguos del mundo. La cobertura sigue siendo baja en otras regiones de ingresos bajos y medios.

Junto con la expansión del acceso al tratamiento, se están cambiando las dosis de los medicamentos para reducir los efectos secundarios. Así, se está eliminando gradualmente la estavudina (o d4T), un fármaco de precio comparativamente bajo que desempeñó un papel importante en la ampliación inicial del tratamiento en la mayoría de los países de África subsahariana, pero que tiene efectos debilitantes. En países de ingresos bajos y medios, en torno al 58% de los adultos recibía terapias de primera línea con base de zidovudina (o tenofovir) en 2010, frente al 33% de 2006. El resto de los adultos recibía todavía una combinación con base de estavudina, si bien la mayoría de los países que facilitaron estos datos han decidido de forma oficial cambiar estas terapias (2).

### Acceso equitativo – margen de mejora

Conseguir que las poblaciones clave más expuestas al riesgo accedan de forma equitativa al tratamiento sigue siendo un reto en la repuesta mundial al VIH. La cobertura del tratamiento es baja en Asia (44% [36–49%]), Europa oriental y Asia central (23% [20–27%]) y África septentrional y Oriente Medio (13% [10–18%]). Las epidemias se concentran en estas regiones principalmente en poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección (como usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus clientes, y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres), quienes a menudo se enfrentan a dificultades especiales a la hora de acceder al tratamiento y a los servicios de atención. En los ocho países de Europa oriental y Asia central que han facilitado datos (Armenia, Belarús, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Federación de Rusia, Tayikistán y Ucrania), los usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH tienen la mitad de probabilidades de recibir tratamiento que las personas seropositivas que no consumen este tipo de estupefacientes.<sup>2</sup> Las leyes y políticas que discriminan a estas poblaciones

## Años de vida acumulativos ganados gracias a los medicamentos antirretrovíricos, 1996-2011



## TRATAMIENTO 2.0

El 2010, ONUSIDA y la OMS presentaron el Tratamiento 2.0, un enfoque programático para conseguir que la terapia antirretrovírica sea más accesible, asequible, simple y eficaz. Su finalidad es conseguir y mantener el acceso universal y maximizar los beneficios preventivos del tratamiento.

El Tratamiento 2.0 consta de cinco áreas prioritarias interrelacionadas: optimización de las dosis de fármacos, simplificación de los diagnósticos, reducción de costes, adaptación de la prestación de servicios y movilización de las comunidades.

Optimizar las dosis de fármacos significa promover posologías antirretrovíricas más seguras y efectivas, preferiblemente combinaciones de dosis única cuya toxicidad sea mínima, que dificulten la resistencia a los medicamentos y que tengan interacciones mínimas con otros fármacos. También significa armonizar las posologías para niños y adultos (incluidas mujeres embarazadas y personas coinfectadas con tuberculosis o hepatitis). Se abordan así las necesidades clave de individuos y programas desde una perspectiva de salud pública.

El tratamiento no significa únicamente ofrecer medicamentos: también requiere de herramientas de diagnóstico y supervisión fáciles de utilizar para averiguar el estado serológico y examinar a aquellas personas que ya reciben tratamiento. Aunque están surgiendo nuevas tecnologías de laboratorio en puntos de atención, su accesibilidad y asequibilidad generan grandes preocupaciones.

ONUSIDA y el PNUD han publicado informes de políticas sobre derechos de propiedad intelectual cuyo objetivo es crear un entorno jurídico que utilice las flexibilidades de los Acuerdos sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC). Dichas flexibilidades permiten a los países optimizar su capacidad farmacéutica local y/o facilitar la importación de medicamentos genéricos de proveedores existentes, mejorar la competencia y reducir precios. Estos informes de políticas también previenen contra la creación de nuevas disposiciones que vayan más allá de los ADPIC en las patentes farmacéuticas.

Se deben buscar por lo tanto mecanismos alternativos, asequibles y sostenibles para impulsar la innovación farmacéutica. Las negociaciones en curso, basadas en la Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública y propiedad intelectual, junto con un informe reciente del Grupo consultivo de expertos de la OMS, pretenden establecer mecanismos de financiación innovadores para la investigación en salud y desarrollo.

El Tratamiento 2.0 requiere de la implicación total de las personas que viven con el VIH y las comunidades afectadas en la planificación, ejecución y evaluación de programas de calidad para el tratamiento y la atención, que se basen en el respeto de los derechos. En colaboración con organizaciones de la sociedad civil, como Médicos Sin Fronteras, ONUSIDA está recopilando pruebas para demostrar que la implicación sólida de las organizaciones comunitarias en el apoyo a la observancia del tratamiento y su supervisión puede mejorar la prestación de servicios y los beneficios del tratamiento, así como reducir la carga en los sistemas sanitarios.

y la falta de servicios que cubran sus necesidades son obstáculos importantes a la hora de mejorar el acceso al tratamiento.

Asimismo, también se debe mejorar la cobertura del tratamiento del VIH para niños, ya que es muy inferior a la de los adultos.

### **Mejorar los vínculos con la atención**

Para sacar el máximo partido a la terapia antirretrovírica se necesitan una serie de avances, comenzando con enfoques más efectivos de las pruebas del VIH.

Muchas personas que viven con el VIH no saben que están infectadas, razón por la cual se estima que 7 millones de personas [6,4 millones-7,3 millones] elegibles para el tratamiento en países de ingresos bajos y medios no están accediendo a él. Se deben explorar por lo tanto nuevos enfoques de las pruebas del VIH a fin de garantizar que las personas conozcan su estado serológico y que, aquellos que resulten seropositivos, puedan acceder al tratamiento y la atención.

Integrar las pruebas del VIH en los servicios rutinarios de salud ha ayudado a aumentar el número de pruebas realizadas, pero no lo suficiente. Es muy frecuente que las personas que se realizan las pruebas no regresen para obtener los resultados. Las pruebas rápidas y los enfoques comunitarios pueden ayudar a mejorar la accesibilidad y el seguimiento.

Las personas que resultan seropositivas deben registrarse y permanecer en la atención hasta que sean elegibles para iniciar el tratamiento, pero muchas no lo hacen. Según una revisión de estudios en África subsahariana (4), entre el 31 y el 77% de las personas seropositivas permanecían en la atención hasta que iniciaban la terapia antirretrovírica. Muchas personas seropositivas (también en países de ingresos altos), independientemente de si conocen o no su estado serológico, comienzan el tratamiento

únicamente cuando empiezan a sufrir enfermedades relacionadas con el sida. Este es el principal motivo que explica que iniciar tarde el tratamiento se siga asociando con altos índices de mortalidad durante los primeros meses de terapia (5-9).

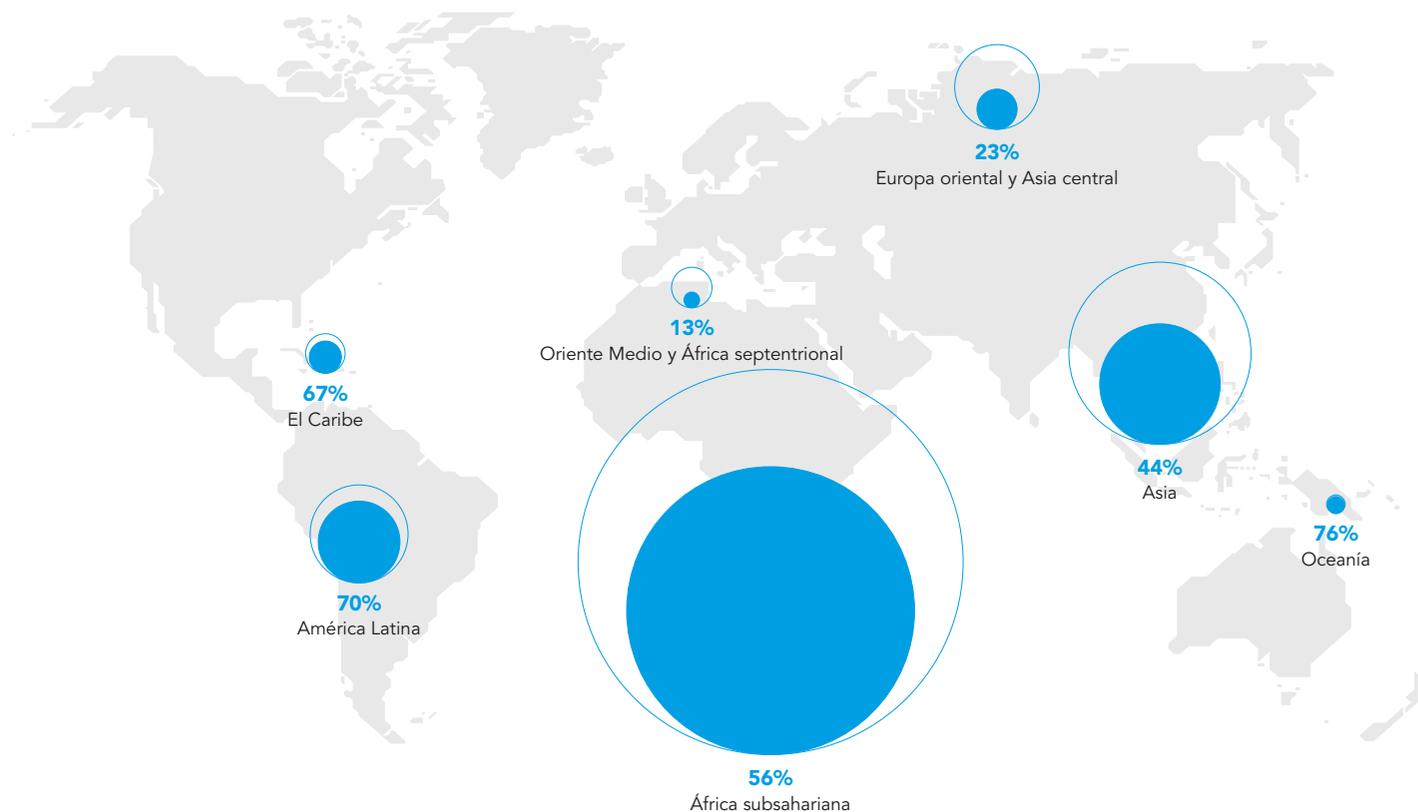
Sin embargo, existen formas prácticas de superar estos obstáculos. En Sudáfrica, por ejemplo, las personas que recibieron los resultados de las pruebas de CD4 al mismo tiempo que se les diagnosticó la infección por el VIH tenían el doble de probabilidades de comenzar el tratamiento dentro de los tres primeros meses que aquellos que tenían que esperar una semana más para obtener los mismos resultados (10).

### **Resistencia a los medicamentos**

Con el número creciente de personas que inician el tratamiento antirretrovírico se está generando cierta preocupación sobre el posible aumento de la resistencia a los medicamentos del VIH. El VIH muta rápidamente, y como el tratamiento es de por vida, es probable que surjan nuevas cepas del virus resistentes a los medicamentos.

A pesar de que se han observado niveles bajos y moderados de transmisión de resistencia a los medicamentos, es necesario seguir vigilantes. El uso de posologías efectivas ha permitido que el índice de transmisión de resistencia a los medicamentos del VIH en personas en tratamiento haya permanecido relativamente estable y bajo. Sin embargo, la transmisión de resistencia entre personas recientemente infectadas creció de un 1% en 2005 a un 3% en 2010. Según las últimas encuestas, en torno al 5% de las personas que iniciaron el tratamiento en países de ingresos bajos y medios había desarrollado resistencia a los medicamentos, mientras que la resistencia aumentó de alguna forma con la ampliación de la cobertura de los programas de tratamiento (12). La OMS ha desarrollado, en colaboración con HIVResNet, una estrategia global para prevenir y analizar la

## Elegibilidad para el tratamiento antirretrovírico frente a cobertura, países de ingresos bajos y medios por región, 2011



El área del círculo mayor representa el número de personas elegibles para la terapia antirretrovírica. El círculo sombreado y el porcentaje representan la cobertura en 2011.

resistencia a los medicamentos del VIH. A mediados de 2011, más de 60 países habían puesto en marcha uno o más elementos de esta estrategia (13), que tiene dos componentes: el primero es supervisar el desempeño de los programas para detectar y minimizar los casos asociados con el desarrollo de resistencia, como una observancia deficiente, desabastecimientos, prescripción de posologías inadecuadas o errores en la administración; el segundo es la vigilancia de la resistencia entre personas recién infectadas y personas que reciben

tratamiento antirretrovírico. Ambos son esenciales para evitar el desarrollo de la resistencia y diseñar tratamientos efectivos de primera y segunda línea.

### Coinfección por VIH y tuberculosis

La tuberculosis relacionada con el VIH sigue siendo un grave problema. En 2010, 8,8 millones de personas contrajeron tuberculosis activa en todo el mundo, de las cuales 1,1 millones vivían con el VIH. La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre personas seropositivas. Más del 80%

de las personas que viven con tuberculosis y VIH se concentran en África subsahariana. En algunos países de esta región, hasta el 82% de las personas con tuberculosis también viven con el VIH (14). Aunque se están tomando medidas para abordar conjuntamente ambas infecciones, se necesita actuar con mayor celeridad.

Para reducir las cifras de mortalidad será necesario incrementar del 70 al 85% los índices de curación de la tuberculosis, detectar al menos el 80% de los casos de tuberculosis en personas seropositivas y garantizar que al menos un 30% de las personas que viven con el VIH y no tienen tuberculosis activa reciban terapia preventiva con isoniazida, un tratamiento barato y muy efectivo (2).

### **Descenso de la mortalidad relacionada con el sida**

La mejora del acceso al tratamiento antirretrovírico ha conseguido que descienda significativamente el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida. El número anual de fallecimientos por causas relacionadas con el sida en todo el mundo ha descendido de un máximo de 2,3 millones [2,1 millones-2,5 millones] en 2005 a unos 1,7 millones [1,6 millones-2,0 millones] en 2011. El impacto del tratamiento es más evidente aún en África subsahariana, donde se estima que en 2011 fallecieron por causas relacionadas con el sida 550.000 (o un 31%) personas menos que en 2005, año en el que esta enfermedad se cobró más vidas.

En **África subsahariana**, el aumento del acceso al tratamiento del VIH consiguió reducir el número de personas que fallecieron de causas relacionadas con el sida de un máximo anual de 1,8 millones [1,6 millones-1,9 millones] en 2005 a 1,2 millones [1,1 millones-1,3 millones] en 2011. Prácticamente la mitad de estas muertes se produjeron en África meridional. En **América Latina**, el amplio acceso al tratamiento antirretrovírico ha ayudado a reducir el número anual de personas que fallecen de causas

relacionadas con el sida hasta 57.000 [35.000-86.000] en 2011, frente a las 63.000 [35.000-105.000] de diez años antes. En el **Caribe**, se calcula que 10.000 [8.000-12.000] personas fallecieron de causas relacionadas con el sida en 2011, prácticamente la mitad que en 2001. El número anual de muertes relacionadas con el sida en **Oceanía** se redujo hasta 1.300 [1.000-1.800] en 2011, frente a las 2.300 [1.700-3.000] de 2006.

En **Europa occidental y central y en América del Norte**, la amplia disponibilidad de la terapia antirretrovírica, especialmente en los países con mayores epidemias, ha reducido significativamente la mortalidad relacionada con el sida. El número total de personas que fallecieron por causas relacionadas con el sida en estas regiones ha variado poco durante la última década y se estima que en 2011 se situó en torno a las 29.000 [26.000-36.000].

Aunque las muertes relacionadas con el sida están descendiendo globalmente en la mayoría de las regiones, esta tendencia no es universal. Así, ha permanecido estable en **Asia**, donde el número de personas que fallecieron por causas relacionadas con el sida en 2011 se estima en un total de 330.000 [260.000-420.000], el mayor fuera de África subsahariana. En **Europa oriental y Asia central**, las muertes causadas por esta enfermedad continúan en aumento. Se estima que en 2011, 90.000 [74.000-110.000] personas fallecieron por causas relacionadas con el sida, seis veces más que las 15.000 [11.000-26.000] de 2001. Las muertes relacionadas con el sida en **Oriente Medio y África septentrional** aumentaron de 14.000 [8.600-28.000] en 2001 a 25.000 [17.000-35.000] en 2011.



# JOSÉ GOMES TEMPORÃO

---

Coordinador ejecutivo, Instituto Suramericano de  
Gobierno en Salud

---

## **APLICAR LAS FLEXIBILIDADES DE LOS ADPIC AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA**

El derecho a la sanidad es un principio del sistema sanitario nacional brasileño. Mantener esta política de salud pública es un gran reto.

Como ministro de Salud brasileño durante la segunda legislatura del presidente Lula, hice todo lo posible para cumplir este compromiso, consciente de que todas las personas que viven con el VIH necesitan acceder al tratamiento de forma continua y en el momento oportuno. En 2007, después de unas largas negociaciones con el titular de la patente, el Gobierno de Brasil emitió una licencia obligatoria para el efavirenz, utilizado en ese momento por un tercio de los brasileños en fase avanzada del VIH. No fue una decisión fácil para el gobierno, pero fue la decisión correcta para proteger el interés público. Nos proporcionó acceso a versiones genéricas y redujo en unos USD 95 millones los costes en 5 años, lo que garantizó la sostenibilidad de nuestro programa de tratamiento.

Utilizar las flexibilidades de los ADPIC y la Declaración de Doha sobre los ADPIC y la salud pública de 2001 nos permitió emplear los recursos con más eficiencia e introducir nuevos medicamentos de tercera línea para garantizar opciones que permitieran a las personas seropositivas vivir más y mejor.

Tal y como declaró el presidente Lula en aquel momento, el gobierno debe adoptar todas las medidas necesarias para proteger el derecho a la salud de todos los ciudadanos. Funcionó en Brasil y también podría ayudar a marcar la diferencia para acabar con el sida en otros países.

# Avances en la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en niños y en la supervivencia de sus madres

Hace un año se presentó el Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres (15) durante la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida. Este plan, presentado por ONUSIDA y la Oficina del Coordinador Mundial de Estados Unidos para el sida, incluye dos objetivos ambiciosos para 2015: reducir en un 90% el número de nuevas infecciones por el VIH en niños y reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con el embarazo en mujeres que viven con el VIH. Aunque incluye a todos los países, el Plan mundial da prioridad a 22 (21 de ellos en África subsahariana), ya que acogen a prácticamente al 90% de las mujeres embarazadas seropositivas.<sup>3</sup>

Se han realizado grandes progresos en torno a los objetivos del Plan mundial. El número de niños que se infectan por el VIH sigue descendiendo gracias a la ampliación de servicios que ofrecen protección, tanto a ellos como a sus madres, frente al VIH.

En 2011 se produjeron en torno a 330.000 [280.000-380.000] nuevas infecciones por el VIH en niños, casi la mitad que en 2003, cuando llegaron a un máximo de 570.000 [520.000-650.000] (2), y un 24% menos que en 2009 (el año de partida del Plan mundial). Entre los 21 países de África subsahariana que reciben prioridad en el Plan mundial, el número de nuevas infecciones en niños se redujo de 360.000 [320.000-420.000] en 2009 a 270.000 [230.000-320.000] en 2011, lo que supone un descenso del 25%. Con una intensificación de los esfuerzos se podría probablemente reducir el número de niños que se infectan por el VIH en un 90% para 2015 respecto a 2009. Se calcula que el número de mujeres seropositivas que fallecieron por causas relacionadas con el embarazo en todo el mundo se ha reducido un 20% desde 2005.

## **Centrarse en los niños**

El ritmo de los avances es impresionante.

# Descenso de las nuevas infecciones por el VIH en niños, 2009-2011

*El Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres identificó 22 países prioritarios. Muchos de ellos necesitan medidas urgentes para conseguir el objetivo de dicho plan. Seguir progresando es posible.*

## Descenso rápido

Alcanzarán el objetivo si se mantiene el ritmo de descenso de 2009-2011 (superior al 30%) hasta 2015.

31%	Etiopía
31%	Ghana
43%	Kenya
60%	Namibia
49%	Sudáfrica
39%	Swazilandia
55%	Zambia
45%	Zimbabwe

## Descenso moderado

Pueden alcanzar el objetivo si se acelera el ritmo de descenso de 2009-2011 (del 20-30%).

22%	Botswana
30%	Burundi
24%	Camerún
20%	Côte d'Ivoire
21%	Lesotho
26%	Malawi
24%	Uganda

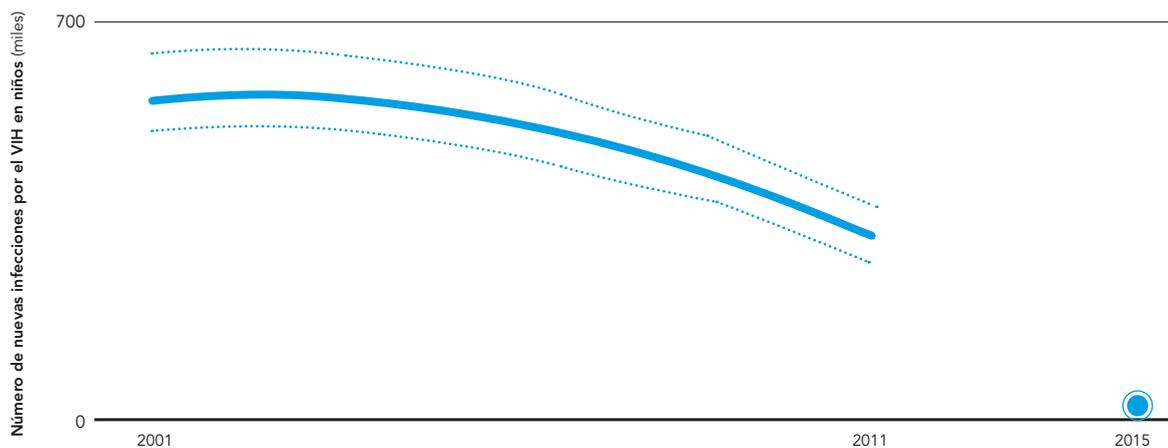
## Descenso lento o inexistente

Corren el peligro de no alcanzar el objetivo ya que su descenso de 2009-2011 fue inferior al 20%.

0%	Angola
4%	Chad
–	República Democrática del Congo
5%	Mozambique
2%	Nigeria
19%	República Unida de Tanzania
–	India

Nota: 2009 es el año de partida del Plan mundial. Algunos países ya habían realizado avances importantes en la reducción del número de nuevas infecciones por el VIH en niños en los años previos a 2009, especialmente Botswana, donde en 2009 la cobertura de la terapia antirretrovírica para mujeres embarazadas ya era del 92%, mientras que la tasa de transmisión se situaba en el 5% (véase la tabla de las páginas 122-123). En los países que cuentan con una cobertura que ya es alta es más complicado que el número de nuevas infecciones siga descendiendo.

## Nuevas infecciones por el VIH en niños (0-14 años), 2001-2011 y el objetivo para 2015



El número total de nuevas infecciones que se evitaron en niños se multiplicó por más de dos entre 2009 y 2011 en los países de ingresos bajos y medios gracias a la expansión de los servicios diseñados para proteger a este grupo de edad del VIH (1). Desde 1995 se han evitado unas 600.000 nuevas infecciones en niños gracias a la profilaxis antirretrovírica administrada a mujeres embarazadas seropositivas y a sus hijos, la mayoría de ellas en África subsahariana, donde el número de niños que se infectó por el VIH en 2011 (300.000 [250.000–350.000]) fue un 26% menor que en 2009.

Reducir drásticamente el número de nuevas infecciones en niños dependerá especialmente de los avances que se realicen en los países identificados como prioritarios en el Plan mundial.

### Centrarse en las madres

Se calcula que en los países de ingresos bajos y medios vivían en 2011 1,5 millones [1,3 millones-1,6 millones] de mujeres seropositivas embarazadas. Para alcanzar el objetivo de reducir a la mitad el número de fallecimientos entre estas mujeres se necesita que reciban tratamiento todas aquellas que son elegibles (620.000 [600.000-700.000]), especialmente en África subsahariana, donde el sida es la principal causa de muerte entre madres (16).

Se calcula que el número global de mujeres que fallecieron en 2010 por causas relacionadas con el sida durante el embarazo o en los primeros 42 días tras este (denominadas muertes relacionadas con el embarazo) fue de 37.000 (18.000-76.000), frente a las 46.000 (23.000-93.000) de 2005. En los 22 países

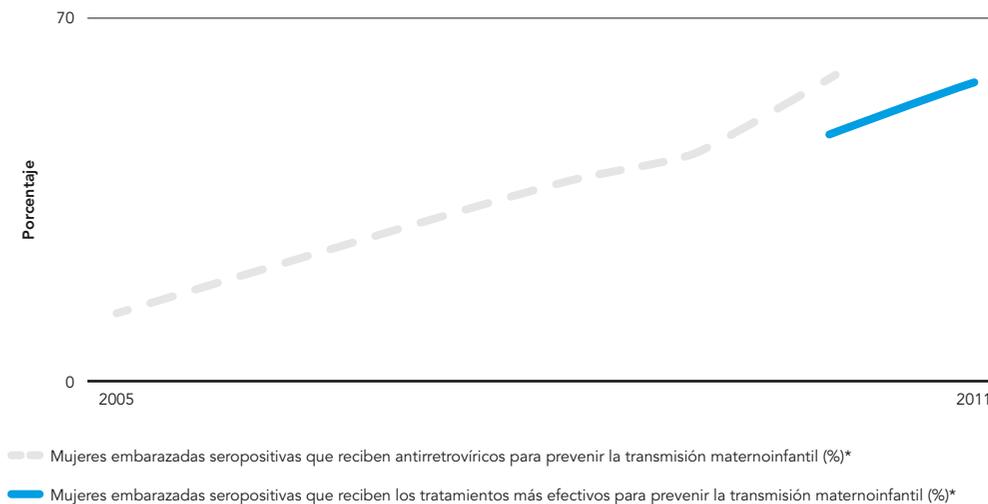
prioritarios, el número de muertes relacionadas con el embarazo entre madres seropositivas descendió de 41.500 [21.000-84.000] en 2005 a 33.000 [16.000-68.000] en 2010 (17).

Para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños y mantener a sus madres con vida es esencial que se ponga en práctica un paquete integral de intervenciones. Dicho paquete incluye una serie de pasos que comienzan por evitar que las mujeres se infecten por el VIH. Asimismo, es esencial ampliar la participación de la comunidad para generar demanda y expandir servicios de apoyo comunitario vinculados a instalaciones sanitarias en la atención primaria para que estas intervenciones se desarrollen con éxito.

### Evitar que las mujeres en edad reproductiva se infecten por el VIH

En varios países con alta prevalencia del VIH, el abrupto descenso del número de adultos que contraen el VIH desde 2001 ha ayudado a reducir el número de mujeres embarazadas seropositivas y, a su vez, el número de nuevas infecciones en niños. Seguir reduciendo el número de personas que se infectan por el VIH en la población general ayudará a que el número de niños infectados sea cada vez menor. Las últimas recomendaciones de la OMS, que insisten en ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH a parejas y facilitar tratamiento antirretrovírico a parejas serodiscordantes para evitar la infección, podrían ayudar a reducir aún más el número de nuevas infecciones. Cuando las parejas reciben

### Cobertura de la terapia antirretrovírica entre mujeres embarazadas que viven con el VIH, países de ingresos bajos y medios, 2005-2011



\*La cobertura de 2010 en adelante no se puede comparar con años previos ya que no incluye la nevirapina de dosis única, un antirretrovírico que la OMS ha dejado de recomendar.

unidas asesoramiento y pruebas pueden adoptar decisiones informadas sobre la prevención y la salud reproductiva en cuestiones, por ejemplo, de anticoncepción y concepción.

Si una mujer se infecta por el VIH durante el embarazo o la lactancia, la probabilidad de transmitir el virus al niño es mayor que en el caso de las mujeres que ya viven con el VIH (18). Es vital por lo tanto que las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia tomen precauciones adicionales para evitar la infección.

## Las nuevas infecciones por el VIH en niños se pueden reducir drásticamente para 2015

Reducir el número de infecciones por el VIH en mujeres en edad reproductiva también tendrá beneficios de gran alcance para la salud materna y a su vez

reducirá el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas con el embarazo, especialmente en países con mayor prevalencia del VIH.

### Evitar embarazos no deseados

Evitar embarazos no deseados es la segunda intervención crítica para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en niños. En 17 de los 22 países prioritarios más del 20% de las mujeres casadas reconocen que desean limitar y dejar transcurrir más tiempo entre embarazos, pero carecen de acceso a medidas de contracepción. Según un análisis reciente realizado en 6 de estos 22 países, entre el 13 y el 21% de las mujeres seropositivas que conocían su estado serológico no tenían cubiertas sus necesidades de planificación familiar. Los servicios de planificación familiar deben estar a disposición tanto de mujeres seropositivas como seronegativas.

Cubrir dichas necesidades mejorará las expectativas de supervivencia de las madres. Si se cubrieran las necesidades de anticoncepción, se calcula que globalmente se podrían evitar en torno al 20% de las muertes relacionadas con el embarazo (19).

Según un estudio reciente (20), las medidas de contracepción hormonal podrían aumentar las probabilidades de que una mujer se infecte por el VIH. Tras revisar los datos disponibles, un grupo de expertos reunidos por la OMS concluyó que no existen datos suficientes para sugerir que una mujer más expuesta al riesgo de infección deba dejar de utilizar medidas de contracepción hormonal, si bien resaltó la importancia de utilizar preservativos para evitar que las mujeres que hacen uso de anticonceptivos hormonales se infecten.

### Reducir la transmisión vertical del VIH

La tercera intervención es ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH a las mujeres embarazadas y, si resultan seropositivas, ofrecerles los servicios y medicación necesarios para garantizar su salud y reducir el riesgo de que transmitan el virus a sus hijos. En 2011, un 57% de los 1,5 millones [1,3 millones-1,6 millones] de mujeres embarazadas que se calcula vivían con el VIH en países de ingresos bajos y medios recibió antirretrovíricos para no transmitir el VIH a sus hijos. Es una cifra que se aleja considerablemente del objetivo de cobertura del Plan mundial, fijado en el 90% para 2015.

Dentro de los 22 países prioritarios, en Botswana, Sudáfrica y Swazilandia la cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil llega al 90% gracias a terapias dobles y triples. Ghana, Namibia, Zambia y Zimbabwe parecen estar también en el buen camino para conseguir una cobertura similar.

Sin embargo, en el resto de países prioritarios, menos del 75% de las mujeres embarazadas seropositivas recibió en 2011 terapia antirretrovírica durante el embarazo (2). Aparte de estos países, la cobertura era especialmente baja en África occidental y central (27% [23-30%]), África septentrional y Oriente Medio (6% [4-9%]) y Asia (19% [14-25%]), donde el uso de la nevirapina de dosis única sigue estando muy extendido (2).

Ofrecer asesoramiento y pruebas a las mujeres embarazadas, así como la medicación y los servicios que necesitan, es solo una parte de la intervención. Tanto madres como niños deben recibir las terapias antirretrovíricas más efectivas (a excepción de la nevirapina de dosis única, que se ha dejado de recomendar para mujeres embarazadas excepto para un uso de emergencia para aquellas que acuden por primera vez a la instalación sanitaria durante el parto) a fin de evitar que el niño se infecte por el VIH. La profilaxis antirretrovírica continuará durante la lactancia. Se estima que la cobertura de la profilaxis durante el embarazo y el parto en los 21 países prioritarios de África subsahariana es de un 61%, pero cae hasta un 29% durante la lactancia. Varios de los países prioritarios han registrado índices bajos de transmisión en las primeras seis semanas de edad gracias a un mayor acceso a servicios de calidad. Sin embargo, las tasas de infección entre niños de hasta 18 meses (y en ocasiones mayores) siguen siendo altas porque la transmisión se produce durante la lactancia.

Actualmente se recomiendan dos opciones. Los programas que utilicen la opción A deben distinguir si la mujer embarazada necesita o no tratamiento antirretrovírico para su propia salud (con recuentos de CD4 inferiores a 350 células por  $\text{mm}^3$ ) antes de comenzar la toma de antirretrovíricos. Las mujeres que no necesiten medicación para su propia

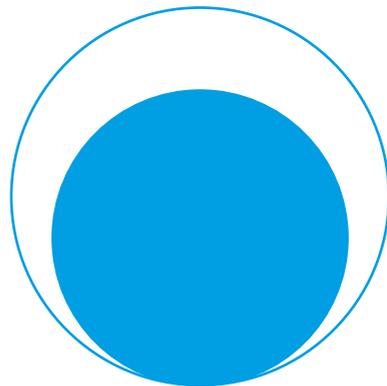
salud deberían recibir antirretrovíricos los 7 días posteriores al parto, y sus bebés hasta el final del periodo de lactancia. En los programas que opten por esta opción es importante realizar pruebas de CD4 antes de comenzar el tratamiento. La opción A no solo no protegerá la salud de las mujeres cuyos recuentos de CD4 sean inferiores, sino que también es menos efectiva que la opción B a la hora de evitar la transmisión maternointantil cuando la enfermedad se encuentra en fase avanzada. Los programas que utilicen la opción B pueden comenzar de forma inmediata el tratamiento con tres fármacos antirretrovíricos, que se administrarán hasta una semana después de que finalice la lactancia, mientras que los bebés recibirán medicamentos durante un breve periodo de 4 a 6 semanas. Algunos países están barajando la posibilidad de sustituir los protocolos de la opción A por los de la opción B o B+, en el cual las mujeres embarazadas comienzan la terapia antirretrovírica permanente de forma inmediata. La opción B+ supone mayores ventajas ya que probablemente mejora la salud de la mujer y garantiza que, en caso de quedarse embarazada en un futuro, tanto la madre como el bebé estén protegidos desde el primer día, lo que reduce aún más las probabilidades de transmisión. En países con alta fertilidad puede tener una repercusión importante en el número de niños que se infectan por el VIH. Los recursos adicionales necesarios para ofrecer un tratamiento continuo se pueden compensar con procedimientos más simples, mejores resultados sanitarios para madres e hijos y otros beneficios como la prevención de la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes o la reducción del riesgo de desarrollar cepas del VIH resistentes como consecuencia de interrupciones del tratamiento en mujeres con embarazos múltiples (21).

Una cobertura alta y terapias más efectivas ayudarían a los países a alcanzar los bajos índices de transmisión materno-infantil que el Plan mundial pretende alcanzar: el 5% en las poblaciones lactantes y el 2% en las no lactantes. Entre el año 2000 y 2005, a pesar de contar con un amplio conocimiento sobre cómo reducir la transmisión materno-infantil, la tasa de transmisión permaneció estable.<sup>4</sup> Inicialmente, la cobertura de las intervenciones de transmisión vertical era demasiado baja para tener efecto y, una vez que mejoró, las terapias no eran lo suficientemente sólidas para reducir sustancialmente la tasa de transmisión. A partir de 2010 se introdujeron tratamientos de profilaxis más efectivos, gracias a lo cual ha descendido la tasa de transmisión.

El descenso de las tasas de transmisión materno-infantil del VIH confirma que las iniciativas de los países para ofrecer profilaxis efectiva durante el embarazo, el parto y la lactancia cada vez tienen más éxito. Entre 2010 y 2011, gran parte de los avances conseguidos en la reducción de la tasa de transmisión se debieron al cambio a terapias más efectivas, mientras que el número de mujeres que recibió profilaxis aumentó lentamente.

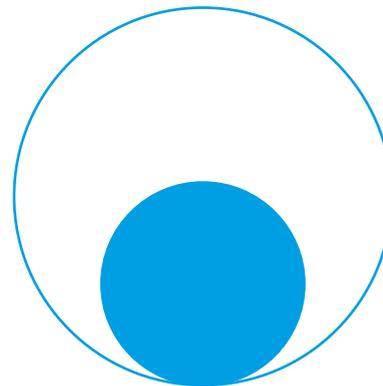
Todavía existen grandes retos. En 2011, uno de cada cinco niños que nacieron de madres seropositivas se infectó por el VIH durante el embarazo o la lactancia. Con terapias más efectivas y una cobertura mayor, esta tasa se podría reducir hasta menos del 5%.

### Porcentaje de madres-hijos elegibles que recibieron profilaxis efectiva para prevenir nuevas infecciones por el VIH en niños, países de ingresos bajos y medios, 2011.



**61%**

Durante el embarazo y el parto



**29%**

Durante la lactancia



## LUCY GHATI

---

Red nacional de capacitación de personas que viven con el VIH y el sida en Kenya

---

### **ACABAR CON LAS NUEVAS INFECCIONES ENTRE NIÑOS Y MANTENER CON VIDA A SUS MADRES AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA**

Como madre que vive con el VIH, haré todo lo que esté en mi mano para no transmitir el virus a mi hijo, y sé que cualquier otra madre en mi situación haría lo mismo. Creo que podemos poner fin a las nuevas infecciones por el VIH entre niños y mantener con vida a sus madres: contamos con los conocimientos científicos y herramientas necesarios para hacerlo realidad, así como con pruebas de que se puede hacer. En Kenya, sin embargo, el VIH sigue afectando a uno de cada cinco niños que nacen de madres seropositivas.

Los resultados de diversos lugares demuestran que administrar terapia antirretrovírica a mujeres embarazadas que viven con el VIH evitará que transmitan el virus a sus hijos. Pero la ciencia únicamente será eficaz si los programas están adecuadamente diseñados y abordan las dificultades concretas a las que se enfrentan las mujeres. En 2011, sólo el 60% de las mujeres embarazadas seropositivas de África recibió los medicamentos necesarios para evitar que sus hijos se infectaran por el VIH.

Muchos programas siguen centrando su atención en las instalaciones sanitarias, si bien la mitad de las mujeres pertinentes carecen de acceso a estos servicios. Por eso se necesita un mejor diseño programático, inversiones y una participación significativa y constante de las comunidades en todos los niveles de la respuesta. Necesitamos que mujeres y hombres se conviertan en agentes del cambio para promover el conocimiento y la demanda, así como para exigir recursos, sistemas comunitarios más sólidos y la ampliación de los servicios.

### **Ofrecer tratamiento, atención y apoyo a madres que viven con el VIH y a sus familias**

Como resultado de la lentitud de los avances durante la década, en 2011 vivían en todo el mundo en torno a 3,4 millones [3,1 millones-3,9 millones] de niños seropositivos menores de 15 años, el 91% en África subsahariana. Se calcula que ese mismo año fallecieron 230.000 [200.000-270.000] niños por enfermedades relacionadas con el sida.

La cuarta intervención consiste en ofrecer apoyo, atención y tratamiento a las madres que viven con el VIH y a sus familias. Los niños que se infectan por el VIH cuando sus madres están embarazadas o durante la lactancia necesitan diagnósticos rápidos y un tratamiento oportuno. Ofrecer un tratamiento y atención adecuados a madres e hijos, que incluya pruebas y el tratamiento de la tuberculosis, mejora las perspectivas de supervivencia de los niños. Sin esto, la progresión de la enfermedad y de la muerte suele ser rápida: prácticamente el 50% de los niños infectados durante el embarazo o el parto mueren en su primer año de vida, mientras que casi el 50% de los niños infectados durante la lactancia fallecen en un plazo de nueve años tras la infección (22). El uso de muestras de sangre seca ha mejorado el acceso al diagnóstico precoz de lactantes. Sin embargo, se utilizan demasiadas posologías para niños, lo que complica la provisión de servicios,

por lo que se deben seguir realizando esfuerzos para simplificarlas. Al ampliar los programas para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños en centros de atención prenatal primaria se debe prestar más atención a garantizar que los niños sean diagnosticados y tratados en estos centros.

Todavía existe una gran diferencia entre la cobertura de la terapia antirretrovírica para niños y adultos. En todo el mundo, en torno a 562.000 niños recibieron tratamiento antirretrovírico en 2011 (frente a los 456.000 de 2010), pero la cobertura solo fue del 28% [25-32%], un porcentaje que, aunque es superior al 22% [20-25%] de 2010, sigue siendo mucho menor que el 57% [53-60%] de la cobertura del tratamiento antirretrovírico para adultos. Aunque los servicios de tratamiento antirretrovírico solo llegan a una pequeña fracción de los niños elegibles, en 2011 fallecieron muchos menos niños por causas relacionadas con el sida: 230.000 [200.000-270.000] frente a los 320.000 [290.000-370.000] de 2005.

Se calcula que en 2011, 620.000 [600.000-700.000] mujeres embarazadas eran elegibles para recibir tratamiento antirretrovírico para su propia salud (con un recuento de CD4 igual o inferior a 350 células por ml), pero solo 190.000 lo hacían. En 2010, menos de la mitad (45%) de las mujeres embarazadas reconocidas como seropositivas

en países de ingresos bajos y medios fueron examinadas a fin de comprobar si eran elegibles para recibir tratamiento<sup>5</sup> (2).

Ofrecer tratamiento antirretrovírico en el momento adecuado a las mujeres que viven con el VIH reduce significativamente la mortalidad materna indirecta. Además de mitigar las muertes relacionadas con el embarazo, el tratamiento permite a las madres vivir más tiempo y de forma más saludable.

Es esencial, asimismo, mejorar la continuidad de mujeres y niños en los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil y en el tratamiento antirretrovírico a fin de reducir la transmisión vertical y mantener con vida y salud a madres y bebés seropositivos. Para optimizar los resultados, es crucial mejorar el apoyo comunitario y utilizar tecnologías de salud móviles, como mensajes de texto para recordar citas o mejorar la observancia, así como reducir el número de pasos en la atención.

# Descienden las infecciones por el VIH entre adolescentes y adultos, pero no lo suficientemente rápido

El número de nuevas infecciones por el VIH entre adolescentes y adultos (entiéndase por adulto a personas de 15 o más años de edad en lo restante de esta sección) sigue descendiendo en todo el mundo gracias al impulso de las iniciativas de prevención. Sin embargo, el ritmo no es suficiente para alcanzar los objetivos de reducir en un 50% el número de nuevas infecciones para 2015. Se calcula que en 2011 2,2 millones [2,0 millones-2,4 millones] de adultos se infectaron por el VIH, 500.000 menos que en 2001. Esta tendencia surge de una combinación de factores, como el curso natural de las epidemias del VIH, cambios en las conductas y un mayor acceso al tratamiento antirretrovírico.

---

La mayoría de las nuevas infecciones en adultos se producen en África subsahariana,<sup>6</sup> si bien han descendido. En 2011, el número de adultos que se infectaron por el VIH en la región cayó

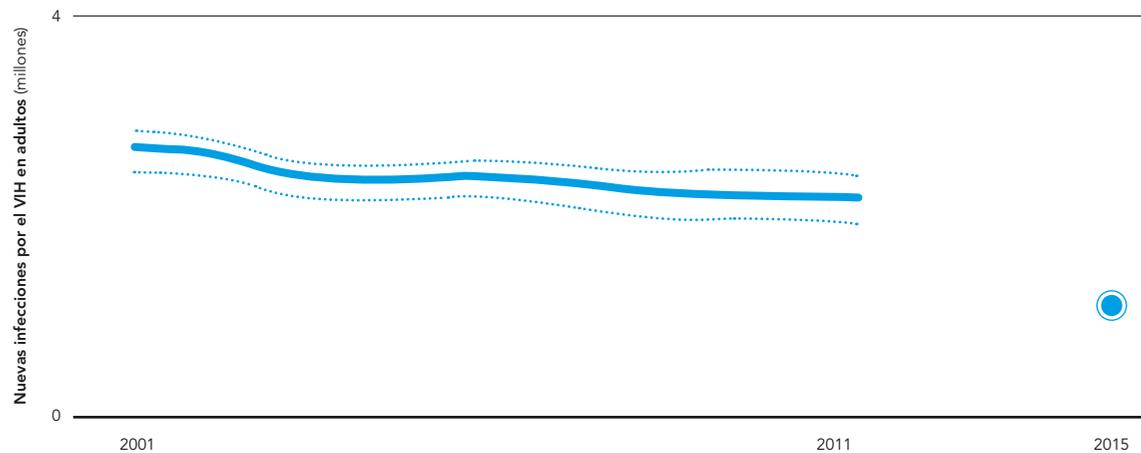
más de un 35%, hasta situarse en 1,5 millones [1,3 millones-1,6 millones], frente a los 2,2 millones [2,1 millones-2,4 millones] de 1997, punto álgido de la epidemia.

Los servicios del VIH siguen sin llegar a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección, como profesionales del sexo, usuarios de drogas y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número de nuevas infecciones, por lo tanto, no está descendiendo suficientemente en aquellas áreas donde la epidemia se concentra en esas poblaciones, algo muy evidente en Europa oriental, Asia central, Oriente Medio y África septentrional. Tras una desaceleración a principios del nuevo milenio, el número de nuevas infecciones en Europa oriental y Asia central ha seguido aumentando desde 2008. El número anual de nuevas infecciones también ha aumentado en Oriente Medio y África septentrional durante la última década.

## Descienden las nuevas infecciones en varias regiones

Desde 1997, 2011 fue el año en el que menos personas se infectaron por el VIH en **África subsahariana**. Se calcula que en ese año se produjeron 1,5 millones [1,3 millones-1,6 millones] de nuevas infecciones por el VIH en adultos, lo que supone en torno a un 22% menos que en 2001 y un 3% menos que en 2010. Los cambios en

## Nuevas infecciones por el VIH en adultos, 2001-2011 y el objetivo para 2015



las conductas de riesgo, como la reducción del número de parejas sexuales, un mayor uso del preservativo y el retraso de la iniciación sexual, al igual que el aumento de la cobertura de intervenciones biomédicas como la circuncisión masculina y la terapia antirretrovírica, han impulsado esta tendencia.

La gran mayoría de las nuevas infecciones por el VIH en adultos en África subsahariana se produce durante relaciones sexuales sin protección, incluido el sexo remunerado y el sexo entre hombres (23,24). Muchas personas que se infectan por el VIH tienen parejas múltiples y simultáneas, especialmente en países con alta prevalencia. Otra parte importante de las nuevas infecciones se dan en parejas serodiscordantes (25-29).

La tasa de transmisión del VIH también está descendiendo en **Asia**. Se estima que en esta región se produjeron en 2011 360.000 [240.000-480.000] nuevas infecciones en adultos, una cifra considerablemente inferior a las 440.000

[290.000-510.000] de 2001. Esto es reflejo de la desaceleración de la incidencia del VIH en las mayores epidemias: siete países acogen a más del 90% de las personas que viven con el VIH, a saber, China, India, Indonesia, Malasia, Myanmar, Tailandia y Viet Nam (2). Aunque la India ha realizado grandes progresos al reducir a la mitad el número de nuevas infecciones en adultos entre el año 2000 y 2009 (30), en algunos países más pequeños de Asia, como Afganistán y Filipinas, cada vez más personas se infectan por el VIH (2).

El uso de drogas inyectables, el sexo sin protección entre hombres y el sexo remunerado sin protección alimentan las epidemias de esta región. La prevalencia del VIH entre estas poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección es alta en muchos países asiáticos. En general, se calcula que el 16% de los usuarios de drogas inyectables de Asia viven con el VIH (31), pero la prevalencia de la infección es mucho mayor en algunos lugares. En ciudades de China (32), India (33), Indonesia (34), Myanmar (35) y Tailandia

(36), entre el 8% y el 32% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres viven con el VIH.

En **Oceanía**, el número anual de nuevas infecciones por el VIH en adultos ha descendido en los últimos años, al igual que en Papúa Nueva Guinea, que tenía la mayor epidemia de la región (37). Se calcula que en 2011, 2.600 [1.900-3.500] adultos se infectaron por el VIH, un 17% menos que en 2001. La mayoría de las infecciones de esta región se producen por transmisión sexual (38).

En el **Caribe**, en 2011 se produjeron en torno a 12.000 [8.700-14.000] nuevas infecciones por el VIH en adultos, lo que supone un 38% menos que en 2001. Aunque la mayoría de los países de la región

han reconocido que la transmisión heterosexual es la principal vía de transmisión de la infección, con una alta prevalencia entre mujeres profesionales del sexo (25), pocos han reconocido que el sexo entre hombres es un factor importante en sus

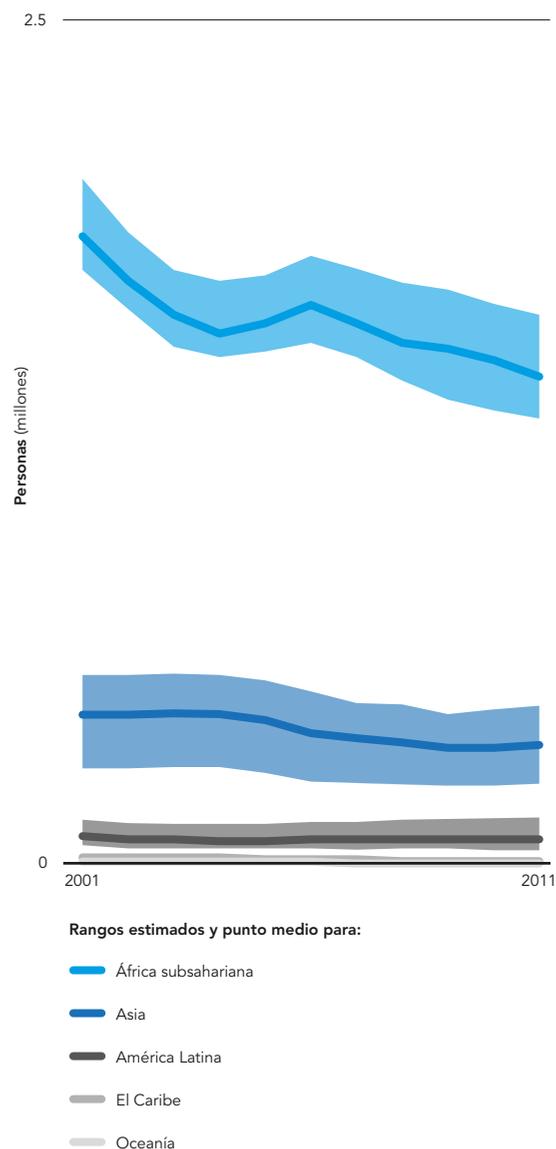
**Se necesitan más esfuerzos para reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH y la transmisión entre usuarios de drogas inyectables para 2015**

epidemias. Según diversos estudios, la prevalencia del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres va de un 5% en ciudades de la República Dominicana (39) a un 8% en las Bahamas, un 19% en Guyana y un 33% en Jamaica (40).

### **Incidencia estable en otros lugares**

En **América Latina**, las epidemias del VIH se han estabilizado en niveles comparativamente bajos. Sin embargo, cada año se infectan casi 100.000 personas. En la mayoría de los países de la región, el VIH se está propagando dentro y en torno a redes de hombres que tienen relaciones sexuales de hombres. Según los estudios, la prevalencia del VIH se sitúa en al menos el 10% entre hombres que

### **Nuevas infecciones por el VIH en adultos, 2001-2011, en regiones con incidencia descendente y estable**



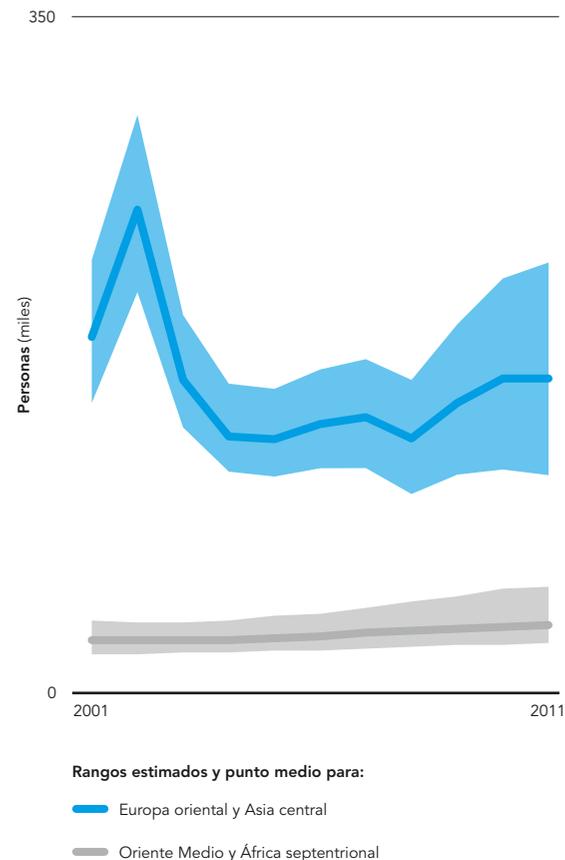
tienen relaciones sexuales con hombres en 9 de 14 países de la región, y los niveles de infección llegan hasta el 19% en algunas ciudades (41-43). El uso de drogas inyectables es otra vía de transmisión importante, especialmente en el cono sur de Sudamérica y en México.

En **América del Norte y Europa occidental y central**, la incidencia general de la infección por el VIH ha variado poco desde 2004, pero en algunas de las epidemias más pequeñas de Europa central se están produciendo acontecimientos preocupantes.<sup>7</sup> Se calcula que 88.000 [54.000-156.000] adultos se infectaron por el VIH en 2011, frente a los 79.000 [65.000-97.000] de 2001. El sexo sin protección entre hombres sigue siendo la principal vía de transmisión en esta región (44), mientras que el uso de drogas inyectables y el sexo remunerado sin protección son factores relativamente menores. En América del Norte y Europa occidental las epidemias entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres parecen estar resurgiendo (45).

**Aumento de la incidencia en dos regiones**  
 Todavía no hay signos de que las epidemias de **Europa oriental y Asia central** estén disminuyendo su ritmo. Se calcula que en 2011 se produjeron 160.000 [110.000-220.000] nuevas infecciones por el VIH en adultos, un 22% más que en 2005. En la Federación de Rusia, el número de personas que recibió un diagnóstico seropositivo aumentó de 39.207 en 2005 a 62.581 en 2010 (2). Desde 2005 también han aumentado los casos de VIH en las epidemias más pequeñas de Asia central (Kirguistán, Tayikistán, Uzbekistán) (44).

El uso de equipos de inyección contaminados sigue siendo la principal vía de transmisión en esta región. La incidencia del VIH entre usuarios de drogas inyectables en San Petersburgo, Federación de Rusia, se situó en 2009 en 8,1 por 100 persona-años, prácticamente el doble que cinco años antes (46).

## Nuevas infecciones por el VIH en adultos, 2001-2011, en regiones con incidencia en aumento



Según estudios de otras ciudades, la prevalencia del VIH llegaba al 32-64% entre usuarios de drogas inyectables (47-49). Se calcula que el 35% de las mujeres seropositivas de la región probablemente se infectaron por el VIH a través del consumo de drogas inyectables, y que un 50% más a través de parejas que consumían este tipo de estupefacientes.

Los datos disponibles en **Oriente Medio y África septentrional**<sup>8</sup> muestran que el número de personas que se infectan por el VIH aumenta constantemente. Se calcula que en 2011, 36.000 [26.000-56.000] adultos se infectaron por el virus, un 29% más que en 2001. El sexo sin protección (también entre hombres) y el intercambio de equipo de inyección contaminado son las principales vías de infección en esta región (51).

### **Los programas clave se quedan atrás**

Para conseguir los objetivos de prevención se necesita ejecutar sistemáticamente un paquete integral de servicios básicos que incluya grandes esfuerzos para llegar a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección.

Parece probable que la respuesta mundial al VIH no conseguirá alcanzar los objetivos fijados internacionalmente en torno a la prevención del VIH. Los datos epidemiológicos sugieren que este fracaso se debe en primer lugar a la incapacidad de poner en marcha y ampliar adecuadamente algunos de los programas básicos cuyo objetivo es reducir la transmisión del virus entre adultos, como la circuncisión masculina voluntaria médica donde sea apropiado, programas para el cambio de conductas, promoción de los preservativos y programas dirigidos a poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección. La aplicación de programas de circuncisión masculina médica voluntaria ha sido lenta. Si el 80% de los hombres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años fueran circuncidados antes de 2015 y se mantuviera

esta cobertura, esta intervención podría proteger entre 2011 y 2025 a un 22% de las personas que, de otra forma, se infectarían por el VIH en 14 países de África oriental y meridional. Para alcanzar este nivel de cobertura se necesita circuncidar al menos a 21 millones de hombres. A finales de 2011 en torno a 1,3 millones se habían sometido a esta intervención, lo que representa solo un 6% del objetivo.

Algunos grupos de la sociedad se enfrentan a un riesgo excesivamente alto de contraer y transmitir el VIH. Las personas que venden servicios sexuales, por ejemplo, soportan una carga desproporcionada del virus. Según un metanálisis reciente de encuestas realizadas en 50 países (41), la prevalencia media de la infección por el VIH entre mujeres profesionales del sexo era del 12%. Los datos del VIH para hombres profesionales del sexo son escasos pero, según diversos estudios, la prevalencia es del 14% en Campinas, Brasil (52), el 5% en Shenzhen, China (53) y el 16% en Moscú, Federación de Rusia (54). Los estudios también sugieren que entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos bajos y medios, la prevalencia podría ser 19 veces superior a la de la población general (55), mientras que alrededor de un tercio de todas las infecciones que se produjeron fuera de África subsahariana estuvieron relacionadas con el uso de drogas inyectables (56).

A pesar de que la transmisión del VIH se concentra en muchos países en las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección, la disponibilidad y el seguimiento de los servicios para estas poblaciones son muy inadecuados. Por ejemplo, existen métodos probados y efectivos para evitar que el VIH se transmita al compartir equipo contaminado para la inyección de estupefacientes (57,58), pero muchos países todavía los rechazan (59).



## OLGA BELYAEVA

---

Presidenta de la Junta de la Asociación de defensores del tratamiento de sustitución en Ucrania

---

### **ACABAR CON LAS NUEVAS INFECCIONES ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA**

Las epidemias del VIH siguen creciendo en Europa oriental y Asia central. El principal impulsor de esta epidemia es el intercambio de equipo de inyección contaminado para el consumo de estupefacientes. Podemos poner fin a la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables. Sabemos cómo hacerlo.

El éxito de los programas de reducción de daños que están bien diseñados y administrados a la hora de limitar la transmisión del VIH es indiscutible. Lo sé por propia experiencia. La introducción de la reducción de daños ha cambiado mi calidad de vida y la de otras personas que consumen drogas en Ucrania.

Los beneficios de los programas de agujas y jeringas y de la terapia de sustitución de opiáceos son evidentes. El apoyo político a la terapia de sustitución en la región es cada vez mayor, pero la cobertura sigue siendo demasiado baja. Los programas, por su parte, deben adaptarse a las necesidades de mujeres y niñas que consumen drogas inyectables, ya que siguen estando en la sombra.

Las políticas vigentes sobre el consumo de estupefacientes exacerbaban el estigma y la discriminación de los usuarios de drogas y limitan su acceso a servicios integrales del VIH. “Nada para nosotros sin contar con nosotros”, el principio que defiende que los usuarios de drogas deben desempeñar un papel central en las decisiones que les afectan, se está convirtiendo en realidad en nuestra región, aunque todavía queda mucho por hacer.

Sabemos que la reducción de daños es eficaz. Si podemos hacer que lo sea para más personas, podremos acabar con la epidemia del VIH en mi región.

# 8 millones recibieron tratamiento

Más de 8 millones de personas seropositivas recibieron tratamiento antirretrovírico en países de ingresos bajos y medios en 2011.

Los datos preliminares de 95 países que presentaron sus informes en 2011 indican que menos del 20% de los países que disponen de datos al respecto contaban con una cobertura de pruebas del VIH igual o superior al 80% para profesionales del sexo. En torno al 15% cuentan con una cobertura de pruebas del VIH igual o superior al 80% para usuarios de drogas inyectables. Los peores datos de disponibilidad y seguimiento de los servicios de pruebas eran los correspondientes a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, para los que menos del 10% de los países ofrecen una cobertura igual o superior al 80%.

Aunque las iniciativas cuyo fin es ofrecer tratamiento a las personas que viven con el VIH y prevenir la transmisión maternoinfantil parecen estar en el buen camino para conseguir los objetivos mundiales, otros servicios básicos del VIH están cayendo en el olvido. Para acelerar los avances hacia los objetivos de prevención establecidos se deben poner en marcha actividades programáticas básicas, como servicios que aborden equitativamente las necesidades de prevención de las poblaciones clave más expuestas al riesgo y programas que aboguen por el cambio de conductas sexuales y por el aumento de la circuncisión masculina médica voluntaria.



**CIENCIA  
EN ACCIÓN**

# Convertir la ciencia en programas

En los últimos años se han conseguido numerosos avances en la investigación científica y en el desarrollo de productos. Junto con los resultados de los programas vigentes, se presenta una oportunidad clara para aplicar este conocimiento y acabar con el sida.

---

La epidemia mundial se ha ralentizado desde principios de los años 90 con la ayuda de esfuerzos colectivos y una inversión importante en prevención, tratamiento, atención y apoyo. El sida no desaparecerá por sí solo en un futuro próximo, pero se puede vislumbrar un camino que nos lleve a poner fin a la epidemia. Para superar este reto se necesitan más esfuerzos e inversiones.

Existen cuatro razones evidentes por las que podemos vislumbrar una solución y todas ellas se sustentan en compromisos políticos. En primer lugar, los cambios generalizados de conductas y otras acciones concertadas y polifacéticas han reducido significativamente el número de personas que

**Podemos vislumbrar el camino para acabar con el sida**

se infectan por el VIH, un descenso que ha sido más drástico en los países más afectados. Esta tendencia esperanzadora se puede mantener mediante una transformación social constante centrada en el sida y esfuerzos intensivos adaptados que aborden los posibles riesgos. Es complicado invertir el impulso expansivo de una epidemia, pero es mucho más sencillo gestionar una epidemia decreciente, si bien para ello se necesita realizar un esfuerzo constante.

En segundo lugar, el acceso masivo al tratamiento antirretrovírico, también en contextos de recursos más limitados, ha conseguido reducir las enfermedades y fallecimientos relacionados con el VIH y puede reducir aún más el número de nuevas infecciones y la infecciosidad de aquellos que viven con el virus. Se ha demostrado que la preocupación generalizada en torno a que la terapia antirretrovírica podría distorsionar las prioridades y dañar los sistemas sanitarios de aquellos países que tienen grandes dificultades para ofrecer los servicios sanitarios más básicos es completamente infundada. Al contrario, los esfuerzos concertados en materia de VIH suelen mejorar las capacidades de los sistemas de salud, especialmente en los sistemas e instalaciones de adquisiciones y relacionados, con beneficios patentes para todas las condiciones sanitarias.

En tercer lugar, el objetivo de eliminar la transmisión materno-infantil del VIH se ha convertido en una

prueba de fuego para la equidad y la salud de mujeres y lactantes. Al superar la desigualdad mundial entre los países en los que pocos niños se infectan por el VIH y aquellos en los que la infección sigue siendo común, eliminar las infecciones entre niños y mantener con vida a sus madres (1) se ha convertido en un punto de convergencia para la acción colectiva y la solidaridad mundial.

En cuarto lugar, hay una nueva voluntad de ser inclusivo y respetar la dignidad humana en las respuestas al sida, incluso en lo relacionado con tabús y conductas estigmatizadoras. En muchos lugares, el sida ha hecho visibles las fracturas sociales y los lugares y poblaciones donde la exclusión social y la marginación han permitido que el virus se convierta en epidemia. Las respuestas a la vulnerabilidad que han construido una gran plataforma de respeto de los derechos inalienables y promovido la igualdad de género han contribuido significativamente a transformar la sociedad de forma positiva.

Las inversiones en la respuesta al sida se han beneficiado de una visión cada vez más precisa de dónde se producen las nuevas infecciones, qué acciones se necesitan para prevenirlas y qué pasos se deben dar con mayor urgencia para garantizar que las personas que lo necesitan accedan al tratamiento. Se ha conseguido realizar una transición de proyectos de corto alcance y de estudios de prueba de concepto a programas de acceso masivo al tratamiento. Con esta transición se han reducido los costes unitarios, gracias a que los sistemas se han ampliado para satisfacer las necesidades y se han generado economías de escala y alcance. Gracias a que la respuesta al sida ha pasado de ser una respuesta de emergencia a corto plazo a un programa continuo a largo plazo, tanto la efectividad como la eficiencia se han puesto al frente de los esfuerzos programáticos.

### **Insistir en lo que funciona**

Para trazar el curso que ponga fin al sida debe ampliarse cada uno de estos signos de cambio, para lo cual se necesita superar los obstáculos que restringen el acceso al tratamiento (2). Se necesita por lo tanto un enfoque integral de todo el sistema que garantice que las opciones individuales para controlar el VIH tengan repercusión en la población.

Los individuos tienen más opciones de gestionar el riesgo de la infección por el VIH, al igual que las parejas que abordan juntas el riesgo. Esto incluye gestionar las conductas en materia de sexo y consumo de drogas, el uso de preservativos o de equipos de inyección esterilizados para evitar la transmisión, reducir el riesgo de contraer el virus mediante la circuncisión masculina y utilizar medicamentos antirretrovíricos para mantener el virus a raya para aquellos que ya viven con el VIH.

Tal y como describen Anthony S. Fauci y Elly Katabira más adelante, la última opción adicional es ofrecer tratamiento antirretrovírico a las personas que no están infectadas pero que están más expuestas al riesgo de infección. Los ensayos médicos han mostrado una reducción significativa del número de nuevas infecciones en personas seronegativas que toman diariamente antirretrovíricos durante un periodo prolongado. Sin embargo, estos ensayos también han puesto de manifiesto que las personas sanas tienen mayores dificultades para observar diariamente el tratamiento, incluso bajo la supervisión y el apoyo que se ofrecen dentro del contexto de un ensayo clínico.

### **Opciones que pueden transformar la respuesta**

Para conseguir que la epidemia siga una trayectoria descendente de forma realmente decisiva es necesario que se creen nuevas opciones de prevención y tratamiento del VIH y que se

incluyan en las respuestas vigentes. Los beneficios individuales deben transformarse en respuestas sistemáticas que tengan un impacto en toda la población. ONUSIDA está reuniendo a un grupo de asociados para garantizar que la respuesta al sida se transforme en los próximos cuatro años. Para conseguir su potencial, se deben eliminar los obstáculos en el acceso. Asimismo, los servicios deben reorientarse para ser más accesibles desde las bases, utilizando una prestación centrada en comunidades e individuos. Los programas de tratamiento y prevención deben replantearse a fin de que las personas puedan utilizar las herramientas biomédicas existentes para prevenir y tratar el VIH, así como integrar estas herramientas en estrategias individuales y comunitarias que minimicen el riesgo.

Este informe recoge un aumento constante del acceso al tratamiento antirretrovírico y la optimización de recursos que se puede conseguir con la ampliación de los programas. Una parte esencial de estos avances ha sido la descentralización de la atención. El tratamiento del VIH antes estaba confinado en hospitales

## Las opciones de prevención individuales se pueden ampliar para que tengan un impacto en toda la población

terciarios con instalaciones especializadas situadas en grandes ciudades, mientras que actualmente el tratamiento también se puede ofrecer en centros sanitarios locales y de distrito. El tratamiento se puede desarrollar gracias a mejores cadenas de suministros, que pueden ofrecer diagnósticos y tratamiento con fiabilidad. Aunque los desabastecimientos de medicamentos siguen siendo preocupantes, cada vez existen más sistemas de alerta temprana y de gestión del control de los suministros que minimizan cualquier interrupción.

Gracias a que las posologías del tratamiento antirretrovírico cada vez son más estables y simples, la atención recae ahora en los sistemas de diagnóstico. Desarrollar y hacer que estas tecnologías de diagnóstico estén disponibles es una pieza central del programa Tratamiento 2.0, desarrollado por la OMS, ONUSIDA y expertos en diagnóstico. Este programa fue diseñado para reducir los precios y mejorar el acceso, garantizando al mismo tiempo la calidad, fiabilidad y precisión. Los principales pasos de diagnóstico a la hora de tratar el VIH son inicialmente diagnosticar y confirmar la infección por el VIH, así como supervisar el recuento de CD4 y la carga vírica. Están empezando a comercializarse plataformas simplificadas de diagnóstico para calcular el recuento de CD4 en el punto de atención o en instalaciones de laboratorio básicas, mientras que las pruebas rápidas de carga vírica se encuentran en una fase avanzada de desarrollo. También están en fase de desarrollo tecnologías para diagnosticar múltiples patologías como el VIH, la tuberculosis, infecciones de transmisión sexual y hepatitis vírica que utilizan un solo dispositivo de alta fiabilidad.

Es necesario abordar urgentemente las deficiencias de capacidad de los recursos humanos en los servicios del VIH. Este fue un elemento clave para el progreso en el Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres (1) en los 22 países con mayor carga de niños infectados por el VIH. La delegación de tareas ha sido un aspecto crítico para ofrecer programas de mayor escala. Durante la primera reunión anual de avances en torno al Plan mundial, celebrada en mayo de 2012, los ministros de salud de muchos países, Burundi, Chad y la República Democrática del Congo entre otros, describieron avances en la prestación de servicios, por ejemplo, el hecho de que los enfermeros ofrecieran tratamiento antirretrovírico. En la República Unida de Tanzania, todos los servicios

de planificación familiar integran servicios del VIH y viceversa. Ghana, por su parte, ha aprobado una política para ofrecer de forma gratuita servicios de planificación familiar para todos, mientras que Botswana ha integrado los servicios del VIH en todas las instalaciones sanitarias que ofrecen atención prenatal a mujeres embarazadas.

### **Realizarse las pruebas nunca ha sido tan fácil**

Las pruebas del VIH, el primer punto de acceso a la atención, son cada vez más sencillas de utilizar y menos caras gracias a los avances tecnológicos de la última década. En la mayoría de los casos se realizan inicialmente mediante una prueba rápida, bien sea de sangre (con una punción en un dedo) o con una muestra de saliva, y los resultados se obtienen en 30 minutos. Estas tecnologías han hecho posibles las pruebas masivas y se han realizado con un gran efecto en Sudáfrica. Una iniciativa concertada del gobierno que comenzó en abril de 2010 consiguió que, en un periodo de 15 meses, cerca de 14 millones de personas se realizaran las pruebas en los sectores público y privado (3).

Los avances en las tecnologías de pruebas y la amplia disponibilidad del tratamiento han contribuido a que se soliciten kits de pruebas del VIH para que las personas se realicen estas por sí mismas donde y cuando decidan, sin tener que consultar a un proveedor de servicios clínicos. En 2011, la OMS revisó el uso de pruebas por parte de los profesionales sanitarios que tienen acceso a los kits de pruebas en el lugar de trabajo e intentó regularizar el uso informal de la práctica de autoexamen. La mayor organización comunitaria del Reino Unido en la respuesta al sida, Terrence Higgins Trust, ha defendido durante mucho tiempo las pruebas realizadas en los hogares, y el Comité sobre el sida de la Cámara de los Lores recomendó en 2011 un cambio político que el gobierno está actualmente considerando. Según varios estudios y revisiones en torno a las pruebas de autoexamen en

los hogares de Kenya, Malawi, Sudáfrica, Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos, es indudable que éstas resultan muy atractivas para usuarios potenciales (4-6).

En abril de 2012, el Comité de Asesoramiento sobre Productos Sanguíneos de la Agencia de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos recomendó que se aprobara una aplicación para la venta libre de un kit de pruebas del VIH, acompañado de información para el usuario y acceso a una línea telefónica de información y derivación disponible las 24 horas. En el ensayo de esta aplicación, casi 6.000 personas utilizaron el kit sin supervisión, con un 93% de sensibilidad y más de un 99% de especificidad. En función de estos resultados se estimó que, por cada millón de pruebas vendidas, más de 9.000 personas que de otra forma no lo hubieran podido averiguar, descubrirían que vivían con el VIH, evitando así que 700 personas más se infectaran por el virus.

### **La circuncisión masculina es más sencilla**

La circuncisión masculina se está convirtiendo también en una intervención más sencilla que se puede ofrecer sobre el terreno. Las directrices de la OMS y ONUSIDA sobre la circuncisión masculina médica y voluntaria para reducir el riesgo de contraer el VIH entre adultos recomiendan una intervención quirúrgica que se puede realizar en 20-30 minutos. La OMS está considerando también la precalificación de dispositivos de circuncisión no quirúrgica que simplifican aún más la intervención. En Rwanda se ha recomendado la ampliación de uno de dichos dispositivos. En función de la supervisión de su uso y resultados, puede que se recomiende en otros países (7).

Sin embargo, la práctica de la circuncisión masculina para prevenir el VIH está muy lejos de los objetivos, algo que puede explicarse en parte por las limitaciones de recursos, si bien es cierto que

probablemente también se necesitan cambios en las normas sociales y culturales para aumentar de forma significativa la demanda de esta práctica. Parte de este cambio podría conseguirse promoviendo públicamente la circuncisión, tal y como hizo el presidente sudafricano Jacob Zuma al anunciar en 2010 que había sido circuncidado.

### **Un continuo de prevención y tratamiento**

En las primeras dos décadas de la epidemia del VIH, el virus era una enfermedad predominantemente de transmisión sexual e inevitablemente mortal que requería una movilización urgente de las comunidades. En este periodo era evidente que las repuestas más efectivas dependían del liderazgo, tanto con el apoyo de gobiernos y líderes sociales en los niveles superiores, como con acciones comunitarias masivas en los planos inferiores. La respuesta fue efectiva cuando y donde cambiaron, a menudo con rapidez, las normas y prácticas sociales relacionadas con el sexo y el consumo de drogas con el fin de minimizar el riesgo de infección. Lo que desencadenó este cambio variaba de unas comunidades a otras, pero en muchos casos fue el impacto visible de las personas que fallecían por causas relacionadas con el sida (8).

En la última década, los programas de tratamiento antirretrovírico han crecido exponencialmente en los países de ingresos bajos y medios. Como resultado, el acceso a la terapia ha reducido en gran medida las enfermedades y fallecimientos relacionados con el sida.

El impacto del tratamiento antirretrovírico en las conductas sexuales y otras conductas de riesgo es complejo (9), pero una de las principales repercusiones es el gran número de personas que saben que viven con el VIH y las opciones que este conocimiento les ofrece a la hora de gestionar el riesgo de transmitir el VIH en sus relaciones. Los estudios de observación y los ensayos clínicos

demuestran inequívocamente que cuando las personas reciben un tratamiento antirretrovírico efectivo, sus probabilidades de transmitir el virus a otros son escasas.

Además de las medidas para conseguir que las personas que resultan seropositivas continúen en la atención, también debe promoverse la efectividad del tratamiento, por ejemplo, mediante estructuras comunitarias. Las parejas son un punto vital de acceso al tratamiento, también a la hora de reducir la transmisión en el caso de ser serodiscordantes. Las directrices publicadas por la OMS en abril de 2012 (10) son un avance importante al recomendar que, en el caso de parejas en las que sólo un miembro vive con el VIH, el tratamiento se ofrezca a este, independientemente de cuál sea su recuento de CD4, para reducir la probabilidad de que transmita el virus.

La difícil situación de las parejas serodiscordantes ilustra la necesidad de ampliar el acceso al tratamiento y su efectividad en beneficio de la salud pública. Sin embargo, la interrupción de la transmisión del VIH mediante la terapia antirretrovírica tiene otras aplicaciones y es el objeto de más de 50 estudios en curso (11). Los resultados de estos estudios ayudarán a dirigir las respuestas de salud pública para ampliar el tratamiento en aquellas áreas donde tendrá mayor impacto. Asimismo, un gran ensayo realizado en múltiples países, junto con otros estudios más pequeños, está buscando una respuesta definitiva a la pregunta de si comenzar el tratamiento antes consigue mejores resultados sanitarios para aquellos que viven con el VIH. Sin embargo, para mejorar la efectividad de los programas utilizando el tratamiento como prevención no se necesita esperar a que se completen estos estudios.

Estos mismos pasos también son necesarios para la terapia antirretrovírica en su propio derecho:

identificar quiénes la necesitan, garantizar la continuidad de la atención y promover su observancia. Estas iniciativas programáticas deben superar las barreras sistémicas que impiden que algunas poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección puedan acceder en condiciones de igualdad a la atención. Por ejemplo, se calcula que solo un 4% de las personas seropositivas que consumen drogas inyectables recibe terapia antirretrovírica (12).

### **Liderazgo para ampliar la respuesta**

La Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011, adoptada en la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (13), estableció un conjunto claro y específico de objetivos y metas globales cuyo fin es superar la epidemia del sida reduciendo la incidencia del VIH, ofreciendo tratamiento a las personas y acabando con las violaciones de los derechos y las desigualdades presentes en el camino del progreso.

La Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 ha movilizado el liderazgo en diversos frentes. La Unión Africana, la Nueva Asociación para el Desarrollo de África, el Parlamento Árabe,

el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, la Asociación Panaribeña contra el VIH y el Sida, los Ministerios de Salud y Educación de América Latina, la Federación de Rusia y países de Europa oriental y Asia central han respaldado iniciativas regionales que han impulsado la respuesta mediante un plan de acción sobre el ODM6. Los programas nacionales están abordando el alcance y las deficiencias de sus respuestas. Al desarrollar la Fase IV del Programa nacional de control del sida para la India (14), un grupo de estrategias evaluó los avances conseguidos en el plan quinquenal previo y diseñó una respuesta a gran escala para controlar el sida en los próximos años. Los principales movimientos y sectores se han implicado en las respuestas como nunca antes. Por ejemplo, en mayo de 2012, la Red de Mujeres GlobalPOWER de África reunió a un grupo de mujeres líderes para abordar conjuntamente cómo acelerar iniciativas para capacitar a las mujeres y alcanzar la igualdad de género en cuestiones relacionadas con el VIH, la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

**Se debe impulsar la ampliación de la respuesta en todo el mundo**

# ¿El principio del fin?

*Anthony S. Fauci y Elly Katabira*



Los extraordinarios avances científicos están desarrollando herramientas para controlar y, en último término, acabar con la epidemia de sida. Un conjunto de intervenciones están listas para su aplicación a gran escala o esperan los resultados de ensayos confirmatorios, mientras otras, más alejadas en el horizonte de la investigación, siguen siendo prometedoras.

Según los estudios de elaboración de modelos, las personas seropositivas que pueden acceder a y observar el tratamiento antirretrovírico y otros servicios necesarios pueden vivir durante décadas y, en algunos casos, su esperanza de vida puede acercarse a la de la población general (1,2). Las pruebas del VIH son una puerta de acceso clave a la terapia y los últimos datos son muy convincentes respecto a que una amplia aplicación del asesoramiento y las pruebas en los hogares puede contribuir a que se consigan antes diagnósticos de la infección por el VIH y vínculos con la atención, en comparación con los enfoques tradicionales de las

pruebas (3). Mantener a las personas en la atención cuando los resultados de las pruebas dan positivo es un gran reto, si bien los últimos datos, que demuestran que es posible conseguir altos niveles de retención, incluso en países de escasos recursos (4), son alentadores.

Aplicar el tratamiento como prevención puede reducir exponencialmente el número de personas que se infectan por el VIH y resultar rentable (e incluso ahorrar costes), especialmente cuando se utiliza junto con asesoramiento sobre conductas o el uso del preservativo y de otros métodos de prevención (5). Un gran ensayo clínico, controlado, aleatorio y prospectivo (6) dio una gran solidez a las pruebas de este enfoque: entre más de 1.700 parejas heterosexuales, en las que uno de los miembros vivía con el VIH y el otro no, el inicio inmediato del tratamiento antirretrovírico combinado para la persona seropositiva cuando las pruebas sanguíneas indicaban que su sistema inmunitario todavía era fuerte, consiguió reducir en un 96% la transmisión del VIH comparado con el aplazamiento de la terapia hasta que esa misma prueba mostrara que el sistema inmunitario era más débil.

Asimismo, se están adoptando varias estrategias de “prueba y tratamiento” en varias poblaciones y se están evaluando distintas estrategias para conseguir que se cree y ofrezca de manera constante y efectiva una plataforma completa de pruebas del VIH, vínculos, tratamiento y retención. Estas estrategias incluyen enfoques para ampliar la demanda de pruebas del VIH y nuevas formas de mejorar la observancia, por ejemplo, mediante alarmas en teléfonos móviles.

Según al menos tres ensayos clínicos aleatorios (un estudio en el que participan hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y dos de parejas heterosexuales), la profilaxis previa a la exposición (en la que una persona más expuesta al riesgo de

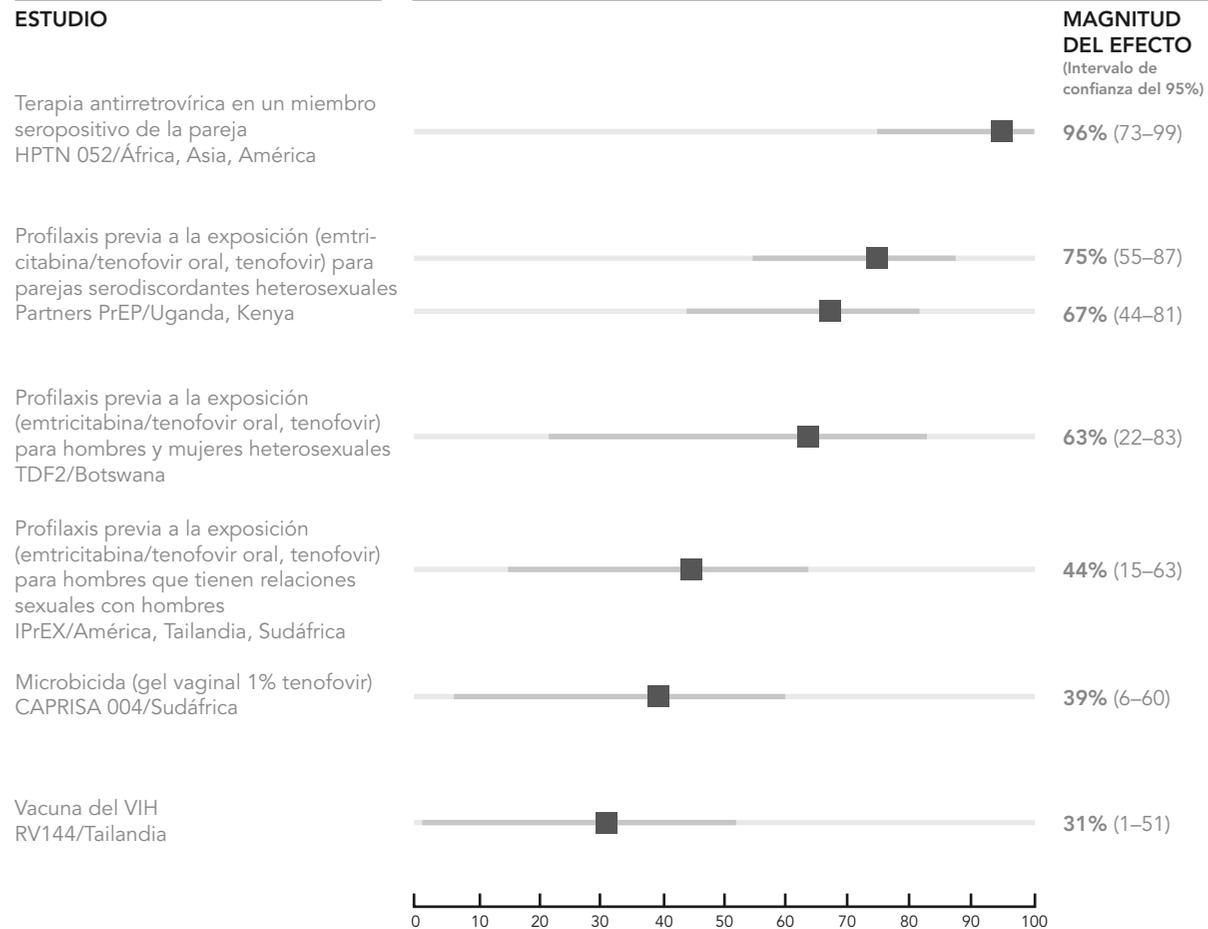
infección por el VIH toma uno o dos medicamentos antirretrovíricos diariamente) puede ser efectiva y reducir sustancialmente la seroconversión.

En el estudio iPrEx, en el que participaron 2.500 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las seroconversiones en el grupo que tomó profilaxis previa a la exposición eran un 44% inferiores a las del grupo que tomó placebo, y la eficacia se multiplicó por más de dos entre los hombres que tenían en sangre medicamentos detectables por el estudio (7). En el estudio TDF2, realizado en colaboración entre los Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Ministerio de Salud de Botswana, 1.200 hombres y mujeres seronegativos de este país fueron seleccionados aleatoriamente para tomar diariamente profilaxis previa a la exposición o placebo por vía oral. La profilaxis previa a la exposición redujo el riesgo de contraer la infección por el VIH en un 63%. Esta reducción fue incluso mayor (78%) entre las personas que se cree tomaban los medicamentos del estudio (8).

En el estudio Partners PrEP se seleccionó aleatoriamente a miembros seronegativos de cerca de 5.000 parejas serodiscordantes de Kenia y Uganda para que tomaran dos medicamentos como profilaxis previa a la exposición, un medicamento como profilaxis previa a la exposición o placebo. Con relación al placebo, la profilaxis previa de dos medicamentos se asoció con una reducción del riesgo del 75%, mientras que la de un medicamento se asoció con una reducción del riesgo del 67% (9). Los efectos de protección fueron similares para hombres y mujeres. Es significativo que el estudio no encontrara pruebas de que hubiera más conductas

**“El tratamiento como prevención tiene el potencial de reducir drásticamente la incidencia del VIH y de ser rentable”**

## Tecnologías de prevención del VIH seleccionadas que han demostrado ser efectivas a la hora de reducir la transmisión del VIH en ensayos aleatorios controlados



Fuente: Adaptado de Karim SS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet* 2011;378:e23–e25.

sexuales de riesgo en ninguno de los tres grupos de estudio. Sin embargo, en otros dos estudios adicionales, la profilaxis previa a la exposición no demostró aportar beneficios a la hora de proteger a las mujeres heterosexuales de la infección (10,11), quizá debido a una observancia deficiente y/o a posologías que no aportaron niveles suficientes de fármacos a la mucosa vaginal (11-14).

Todavía quedan por responder muchas cuestiones sobre la profilaxis previa a la exposición, especialmente en lo que respecta a su coste y seguridad, así como al peligro de complacencia con prácticas sexuales más seguras. Sin embargo, podemos anticipar que será una medida útil y rentable como prevención del VIH dirigida a ciertas personas.

Los geles tópicos y los anillos vaginales que contienen medicamentos antirretrovíricos también han mostrado ser herramientas de prevención prometedoras que podrían aplicarse en la vagina o el recto antes de la relación sexual para bloquear la infección. El estudio CAPRISA 004 demostró que utilizar un gel intravaginal de tenofovir 1% antes y después de la relación sexual era un 39% más efectivo a la hora de prevenir el VIH que un gel de placebo (15). Posteriormente, un segundo estudio no encontró ninguna ventaja en el uso diario del un microbicida basado en gel de tenofovir respecto a un gel de placebo (16,17), quizá debido a una baja observancia o a niveles farmacológicos deficientes en los tejidos vaginales con la posología diaria (12,14). Un estudio realizado entre mujeres africanas descubrió que un anillo vaginal que

contenía el medicamento antirretrovírico daltipirine era seguro de utilizar y bien tolerado, por lo que está previsto que en 2012 se amplíe en estudios de seguridad y eficacia (18).

### En el horizonte

Durante los últimos dos años se ha realizado un esfuerzo de investigación acelerado para determinar los mecanismos exactos de la persistencia del VIH y desarrollar intervenciones para eliminar o suprimir permanentemente el virus. El efecto de una cura sería significativo tanto para la persona, al obviar la necesidad de seguir una terapia diaria de por vida, como para la sociedad, al reducir los costes del tratamiento y la transmisión del VIH (19).

Las convincentes pruebas de estudios en animales y los datos de un gran ensayo clínico aleatorio en Tailandia han demostrado que es posible encontrar una vacuna para el VIH (20-22). Estos estudios han ofrecido pistas importantes sobre los tipos de respuestas inmunitarias que podrían contribuir al efecto protector de una vacuna, y esta información puede ayudar a dirigir iniciativas para desarrollar vacunas mejoradas. Otros datos, como identificar y caracterizar estructuralmente epítomos en la envoltura del VIH reconocidos por anticuerpos que pueden neutralizar una amplia gama de cepas del VIH, están ofreciendo a los investigadores una forma de diseñar nuevos componentes para la próxima generación de vacunas experimentales (23).

“Pruebas convincentes muestran que es posible conseguir una vacuna del VIH”

*Anthony S. Fauci es el director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. Elly Katabira es presidente de la Sociedad Internacional del Sida.*



**TRANSFORMANDO  
SOCIEDADES**

# La transformación social está en el centro de la respuesta al VIH

Si las desigualdades sociales, jurídicas, de género y económicas continúan socavando la cobertura y el seguimiento de los servicios del VIH, no conseguiremos el pleno potencial de los últimos avances en prevención y tratamiento del VIH

---

Los programas del VIH consiguen los mejores resultados cuando se fundamentan en enfoques basados en los derechos, surgen de procesos inclusivos, utilizan el conocimiento y energía de las comunidades afectadas y se enfrentan a las desigualdades e injusticias sociales. Solo así podrán utilizarse los avances científicos de manera más efectiva a fin de mejorar la vida de las personas.

**Para detener y reducir la epidemia del VIH es vital una amplia transformación social**

Está ampliamente reconocido que proteger los derechos humanos, progresar en la igualdad de género y capacitar a las comunidades es esencial para la respuesta

al VIH (1). Son los pilares centrales para conseguir mayores avances sociales y de desarrollo.

Más de 30 años de experiencia han enseñado al mundo que las respuestas al VIH funcionan mejor cuando se basan en datos, reflejan los contextos locales y utilizan las intervenciones más efectivas. Los enfoques inclusivos que se basan en el respeto de los derechos humanos y que aprovechan la experiencia de las comunidades afectadas y redes de personas que viven con el VIH son los que tienen más éxito. Asimismo, las respuestas efectivas deben abordar las necesidades específicas en torno al VIH y a la salud sexual y reproductiva de las personas, especialmente en el caso de las jóvenes.

Cuando las comunidades afectadas ayudan a planificar y ejecutar iniciativas para el VIH aumenta la demanda de servicios que son mejores y más equitativos, aumenta la sensibilización en torno a las barreras sociales y las normas de género opresivas, se exigen responsabilidades a los gobiernos para que cubran las necesidades de ciudadanos y servicios, y mejoran los resultados. Todo esto desemboca en una amplia transformación social, primordial para detener y reducir la epidemia del VIH.

## **Capacitar a las comunidades**

Las comunidades están trabajando para garantizar que sus gobiernos cumplan sus compromisos a la hora de proteger los derechos de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave en mayor riesgo de infección, eliminar las desigualdades entre

# El apoyo comunitario mantiene a las personas en tratamiento

Una de las maneras más efectivas de reducir la propagación del VIH y mitigar su impacto es movilizar a las personas para que definan, reclamen y diseñen servicios del VIH en sus propias comunidades.

## TRATAMIENTO OFRECIDO EN CLÍNICAS

# 70%

**sigue recibiendo tratamiento tras dos años**

Una revisión sistemática reciente de programas de tratamiento en África subsahariana concluyó que, de media, sólo el 70% de las personas que recibieron tratamiento antirretrovírico en clínicas especializadas continuaba la terapia tras dos años.

Fuente: Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 15(Sup. 1):1–15.



## MODELO DE TRATAMIENTO EN LA COMUNIDAD

# 98%

**sigue recibiendo tratamiento tras dos años**

El modelo del Grupo de Tratamiento Antirretrovírico en la Comunidad, iniciado por personas que recibían antirretrovíricos en Mozambique con el fin de mejorar el acceso y la retención en el tratamiento y descongestionar así los servicios sanitarios, contribuyó a que un 97,5% de los pacientes permanecieran en tratamiento tras 26 meses.

Fuente: Decroo T et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010 [Publicación online antes de impresión].



los sexos y acabar con la violencia basada en el género.

Las iniciativas encabezadas por la comunidad presentan prácticamente todos los aspectos de la respuesta mundial al VIH. Esto reafirma las ventajas únicas de los sistemas comunitarios a la hora de promover la ampliación de los servicios del VIH, especialmente en el tratamiento y la atención. La experiencia muestra que fortalecer los sistemas comunitarios y establecer vínculos sólidos entre las redes de prestación de servicios dirigidas por el estado y las gestionadas por la comunidad ayudan a mejorar el acceso a los servicios básicos del VIH.

El activismo comunitario ha sido una de las principales fuerzas tras la notable expansión, y asequible, del tratamiento y la atención del VIH durante la última década. Actualmente la movilización comunitaria está demostrando también ser un factor vital en la mejora del diseño, la gestión y los resultados de estos programas.

### Los programas del VIH consiguen mejores resultados cuando se fundamentan en los derechos humanos e implican a las comunidades afectadas

observancia de la terapia antirretrovírica demostró ser un efectivo modelo alternativo para prestar servicios y mantener a las personas en la atención: el 97,5% seguía la terapia tras un año y sólo un 0,2% abandonó su seguimiento (4). Los costes financieros, económicos y sociales del tratamiento se redujeron significativamente para las personas que participaron en grupos comunitarios de tratamiento antirretrovírico (4).

Vincular los servicios de tratamiento antirretrovírico en comunidades contiguas parece ser una forma especialmente efectiva de fortalecer la observancia del tratamiento (2,3). En Mozambique, el hecho de que los grupos comunitarios distribuyeran y supervisaran la

### Vincular el tratamiento con las comunidades

Otros ejemplos prácticos de los vínculos entre los servicios de tratamiento y las comunidades son los sistemas de derivación de pacientes que sufren efectos secundarios, ofrecer apoyo a los sistemas de amigos e introducir iniciativas de difusión asistida por la comunidad para localizar a las personas que interrumpen el tratamiento. La información sobre el tratamiento y los grupos de apoyo se han convertido en aspectos vitales en los programas de tratamiento y atención, junto con las redes de profesionales sanitarios comunitarios que respaldan estos programas. En Sudáfrica, por ejemplo, los datos indican que las personas que reciben apoyo de profesionales sanitarios comunitarios suelen conseguir mejores resultados del tratamiento que aquellos que dependen de servicios clínicos oficiales. De hecho, "tras dos años de tratamiento, el apoyo comunitario se alzó como el indicador más importante para el éxito del tratamiento" (5).

Otro ejemplo lo encontramos en Ucrania, donde las comunidades de personas que consumen drogas inyectables y viven con el VIH ofrecen atención física, apoyo psicosocial y jurídico, y ejercen presión para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH (6). En otros lugares, los miembros comunitarios ayudan a ofrecer servicios, incluidos programas para evitar que los niños contraigan la infección por el VIH y mantener a sus madres con vida. Para ello utilizan distintas fórmulas, por ejemplo, con profesionales sanitarios comunitarios y matronas tradicionales, u ofreciendo apoyo inter pares. La comunicación encabezada por la comunidad promueve un acceso más temprano a la atención prenatal, anima a más hombres a participar en estos programas y facilita un seguimiento oportuno de los bebés que han estado expuestos al VIH (3,7,8).

Las organizaciones comunitarias y religiosas también ofrecen servicios y apoyo a las personas que viven con el VIH, por ejemplo, mediante



## PHILL WILSON

---

Presidente y Director Ejecutivo de Black AIDS Institute

---

### **MOVILIZAR A LAS COMUNIDADES AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA**

No nos equivoquemos: nunca ha pasado nada en el terreno del VIH que no estuviera dirigido por las comunidades más afectadas. Las comunidades han estado al frente de la respuesta al VIH desde los primeros días de la epidemia, cuando los grupos comunitarios se unieron y dijeron: “No vamos a permitir que esto ocurra”, se cuidaron unos a otros y establecieron sus propias instituciones.

Aun así, algunas comunidades han tenido que soportar una mayor carga de la epidemia que otras. La prevalencia del VIH entre norteamericanos negros es ocho veces mayor que entre los blancos y, sin embargo, los primeros no se han beneficiado equitativamente de los avances médicos del tratamiento.

En cada área de la respuesta mundial al VIH encontramos iniciativas comunitarias de difusión, participación, apoyo y promoción. Las organizaciones comunitarias fueron las primeras en responder a la epidemia, ofreciendo un amplio espectro de servicios de atención, tratamiento y prevención. Ocupan una posición única para facilitar la ampliación necesaria de la respuesta. Las asociaciones también son importantes. Los norteamericanos negros que viven con el VIH están trabajando junto a la Red Global de la Diáspora Africana y Negra para dirigir programas políticos nacionales y globales en materia de VIH con el fin de garantizar que los recursos lleguen a las comunidades que los necesitan.

Las comunidades deben asimismo desarrollar conjuntamente ideas que nos lleven al fin de la epidemia, porque mientras que el VIH siga impactando con furia a cualquier comunidad, todos somos vulnerables. Es nuestro momento decisivo: juntos somos más grandes que el sida.



## DAME CAROL KIDU

---

Ex líder de la oposición, Papúa Nueva Guinea

---

### RESPECTAR LOS DERECHOS AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA

Tuve el privilegio de trabajar en la Comisión Global sobre VIH y Derecho, que prestaba una atención especial a cómo el derecho puede respaldar u obstaculizar nuestra respuesta al VIH. Escuchamos los testimonios enérgicos de personas seropositivas o vulnerables al VIH que necesitaban desesperadamente la protección de la ley para acceder a la prevención y el tratamiento y protegerse de la discriminación y la violencia. Sin embargo es frecuente que la legislación imponga castigos y no ofrezca protección. Penaliza la transmisión del VIH, así como a los profesionales del sexo, los usuarios de drogas y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Todas las personas, independientemente de su condición social o jurídica, tienen derecho a la salud y a la vida. La ley debe protegerlos, proteger un acceso abierto a los servicios del VIH y a otros servicios sanitarios, reducir el riesgo de violencia o abusos policiales y permitir que se comience a luchar contra el estigma y la discriminación que estas personas siguen sufriendo.

Apoyo la declaración del director ejecutivo de ONUSIDA: "Nadie debería infectarse por un virus que se puede evitar y nadie debería morir de un virus que se puede tratar". El VIH es este virus. Contamos con los medios para prevenirlo y tratarlo. Nuestros derechos exigen que pasemos a la acción y nuestros líderes deben alzarse para abordar este reto.

microfinanzas, asistencia nutricional, atención infantil y varios tipos de asistencia en materia de remisiones y formación. En las zonas remotas, estas organizaciones suelen ser los únicos proveedores de dicha asistencia. El informe del Programa Africano de Recursos Religiosos para la Salud calcula que las organizaciones confesionales ofrecen entre el 30 y el 70% de los servicios sanitarios de África (9).

### **Proteger los derechos humanos**

Los programas que protegen los derechos de las personas que viven con el VIH o que se ven afectadas por el virus y que mejoran su acceso a la justicia ayudan a que los servicios básicos del VIH sean más efectivos. Por ejemplo, el asesoramiento jurídico en materia de VIH y la representación ante los tribunales pueden ayudar a mejorar los resultados sanitarios. En Kenya se ha informado de que los servicios jurídicos in situ, la formación sobre derechos humanos para proveedores de servicios y clientes, y la remisión a servicios jurídicos y sanitarios han contribuido a que más personas utilicen los servicios sanitarios y se muestren satisfechas con ellos. Los usuarios de dichos servicios reconocen sentirse capacitados, mientras que la remisión entre servicios mejoró y era más probable que se denunciaran o rechazaran las violaciones de los derechos humanos (10).

Integrar los servicios jurídicos en materia de VIH en los programas de reducción de daños también ha demostrado dar frutos positivos. Este tipo de asistencia jurídica puede ayudar a poner fin a la conducta impropia, el soborno y el acoso policial (11), prácticas que obstaculizan el acceso a los servicios del VIH. Además de ampliar el alcance de los programas de reducción de daños, los servicios jurídicos parecen mejorar la autoestima de los usuarios de drogas y les ayudan a tomarse más en serio sus necesidades sanitarias (11).

Facilitar información jurídica también es una herramienta importante para capacitar a las comunidades con el fin de que puedan hacer frente a la marginación y el acoso. Veshya Anyay Mukti Parishad, una organización gestionada por profesionales del sexo en la India (12), desarrolló un folleto de información legal que resalta los derechos jurídicos y obligaciones de profesionales del sexo y cuerpo policial (13). Los primeros utilizan estos folletos para recordar a los agentes de policía cuáles son sus derechos. Esta iniciativa ha mejorado la confianza de los profesionales del sexo y sus relaciones con la policía (13). Este tipo de programas encabezados por la comunidad y centrados en la capacitación se vinculan con menores tasas de infección por el VIH entre profesionales del sexo frente a otros enfoques (14). De forma similar, los profesionales del sexo que participaron en el Proyecto Sonagachi, también en la India, tenían más probabilidades de mantener relaciones sexuales seguras, mientras que su relación con la policía mejoró tras recibir información sobre sus derechos (15).

### **Ofrecer formación sobre los derechos**

Es importante que las autoridades responsables del cumplimiento de la ley conozcan y respeten los derechos de las comunidades con las trabajan. Cuando estos agentes reciben una formación adecuada sobre cuestiones de derechos humanos y VIH, los entornos sociales y jurídicos son más propicios para una respuesta efectiva al VIH. Por ejemplo, este tipo de información permite a los policías tomar decisiones que reducen riesgos en la salud de los usuarios de drogas inyectables o de profesionales del sexo, especialmente cuando se combinan con un enfoque de vigilancia comunitaria que incluya procedimientos de derivación a servicios de salud y bienestar (16). En Papúa Nueva Guinea, donde las mujeres profesionales

del sexo se enfrentan a graves niveles de estigma y discriminación, el proyecto Poro Sapot inició en 2010 un programa de formación y sensibilización para la policía (13). Desde entonces se han reducido las denuncias de violencia contra profesionales del sexo y es más probable que aquellas que han sido víctimas de ella denuncien sus casos ante la policía (13).

Ofrecer formación a los proveedores de atención sanitaria sobre la no discriminación, los derechos de los pacientes y la ética médica ayuda a mejorar sus interacciones con las personas que acceden a sus servicios, la calidad de la atención que ofrecen y la capacidad de las personas de proteger su salud (17). Esto es especialmente importante en muchos países en los que la condición desigual de la mujer sigue frustrando sus intentos de utilizar estos servicios sanitarios. Los profesionales sanitarios y otros miembros comunitarios también violan los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, especialmente de aquellas que viven con el VIH, lo que socava aún más su derecho a la salud (18). Sin embargo, estos obstáculos se pueden evitar sensibilizando a estos profesionales sanitarios sobre las necesidades y los derechos de mujeres y niñas, así como sobre sus propias obligaciones éticas.

### **Derribar los obstáculos jurídicos en la respuesta al VIH**

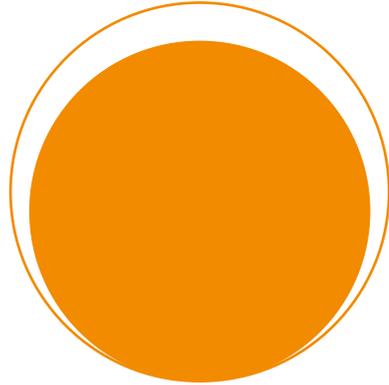
En todas las regiones se ha hecho un amplio y exitoso uso de litigios relacionados con el VIH para hacer frente a la discriminación y a la penalización relacionadas con el virus, lo que ha contribuido a ampliar el acceso al tratamiento y garantizado el derecho de los individuos a la confidencialidad respecto a su estado serológico (19,20).

Las sentencias de los tribunales han obligado a los gobiernos a aumentar el acceso a los medicamentos antirretrovíricos en Venezuela (21), ampliar el acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en Sudáfrica (22) y permitir que se produzcan medicamentos antirretrovíricos asequibles en Tailandia (23,24) y Kenya (25). Los tribunales también han hecho frente al estigma y la discriminación relacionados con el VIH reafirmando los derechos laborales de las personas seropositivas en Botswana, Brasil y Colombia (26-29) y fallando en contra de las restricciones en la entrada, estancia o residencia relacionadas con el VIH (30).

Las decisiones de los tribunales pueden provocar un cambio social en cuestiones relacionadas con la epidemia del VIH, como la violencia en los hogares, al hacer cumplir la obligación estatal de proteger a mujeres (31) y promover la igualdad de género (32). Los jueces también han fallado a favor de despenalizar a las poblaciones clave más expuestas al riesgo, tales como usuarios de drogas (33) y/o profesionales del sexo (34), una medida que suele facilitar su acceso a los servicios del VIH. Los activistas comunitarios que movilizan el apoyo público son a menudo quienes facilitan estas sentencias históricas.

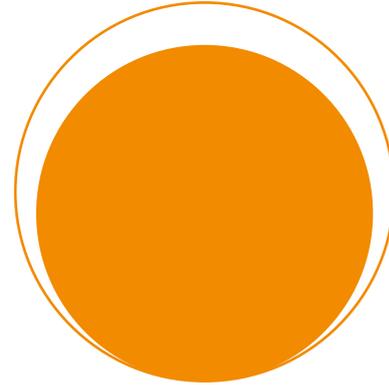
Sin embargo, el entorno jurídico no siempre apoya la respuesta al VIH. En 2012, el 80% de los países contaban con leyes generales contra la discriminación, mientras que el 62% afirmaba tener leyes que prohibían discriminar a las personas seropositivas. Un 78% aplicaba leyes y políticas que protegían a las mujeres de la discriminación, mientras que un 22% contaba con leyes que protegían a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de la discriminación y un 15% a las personas transgénero (35).

## Porcentaje de países que cuentan con leyes contra la discriminación o regulaciones para poblaciones específicas



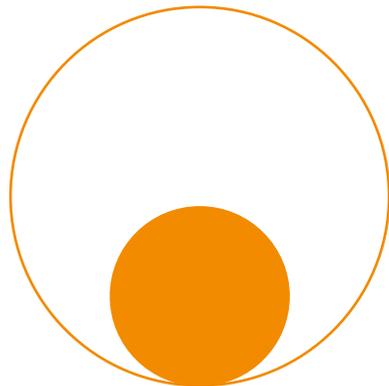
**80%**

Leyes generales contra la discriminación



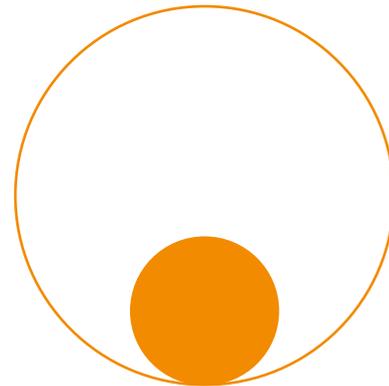
**78%**

Mujeres



**22%**

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



**15%**

Personas transgénero

Fuente: Datos de 162 países. Datos del ICPN (Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales), fuentes no gubernamentales, informes de progreso de los países, 2012. Ginebra, ONUSIDA, 2012.

El activismo de la sociedad civil ha sido clave a la hora de promulgar leyes que protegen a las poblaciones clave más expuestas al riesgo de infección. Por ejemplo, en mayo de 2012, Chile aprobó una ley contra la discriminación que incluye explícitamente la orientación sexual y la identidad de género como fundamentos prohibidos para la discriminación, mientras que Argentina aprobó una ley de identidad de género que promueve un acceso equitativo de hombres y mujeres transgénero a la salud, la educación y el trabajo, y que les permite cambiar su identidad biológica por la identidad que presentan mediante un sencillo procedimiento administrativo (36).

Cuarenta y seis países, territorios y áreas restringen la capacidad de las personas que viven con el VIH de entrar, permanecer o residir en ellos (37). Sin embargo, varios ya han eliminado dichas restricciones, entre otros, Armenia, Fiji, Namibia,

Ucrania y los Estados Unidos de América, mientras que Ecuador y la India han aclarado que las restricciones que previamente estuvieron en vigor ya no existen. Muchos países todavía cuentan con leyes que penalizan el trabajo sexual (38), el consumo de drogas (39) y el sexo entre hombres (40), prohibiciones que a menudo se asocian con marginación, abusos y violencia y que bloquean el acceso a los servicios del VIH y otros servicios sanitarios y sociales.

Varios países han eliminado las leyes opresivas para defender los derechos humanos y mejorar las respuestas al VIH. Cuando el Tribunal Supremo de Delhi, India, despenalizó en 2009 las relaciones homosexuales consentidas, destacó explícitamente que la penalización anulaba la capacidad de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de acceder a los servicios de prevención y tratamiento del VIH (41).

---

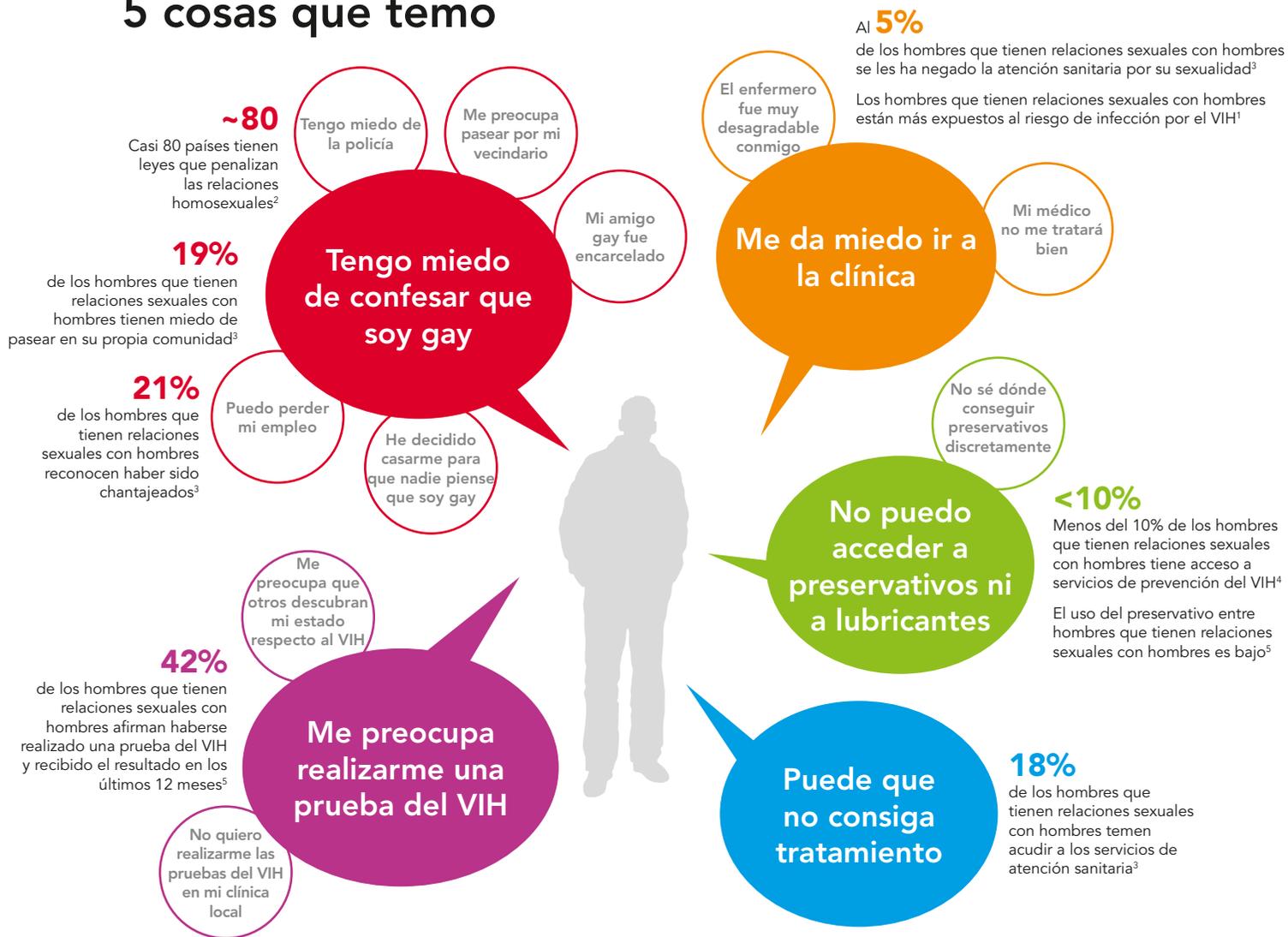
## UN ACTIVISTA GAY ASESINADO SIGUE SIRVIENDO DE INSPIRACIÓN

El activista gay David Kato dio un ejemplo que ha servido de inspiración a muchos otros a la hora de hacer frente a las violaciones de sus derechos y desigualdades que les privan de su salud y dignidad.

**“Estoy seguro de que pensaba que si su pueblo hubiera sido consciente del tremendo daño que la intolerancia y la homofobia estaban causando a incontables compatriotas, incluida la propagación del VIH que resulta de que los grupos vulnerables se vean forzados a ocultarse y alejarse de las intervenciones efectivas de prevención, tratamiento, atención y apoyo, todos los ugandeses hubieran hecho un llamamiento, con una sola voz, a acabar con tales actos de inhumanidad cruel”.**

*Maurice Tomlinson, asesor jurídico sobre grupos marginados para AIDS-Free World, al recibir el Premio inaugural David Kato Vision and Voice en Londres, Reino Unido, el 29 de enero de 2012.*

# Soy gay: 5 cosas que temo



No debería ser así...

**Fuentes:**

1. Beyer C et al. *The global HIV epidemics among men who have sex with men*. Washington, DC, Banco Mundial, 2011.
2. Itaborahy LP. *State-sponsored homophobia – a world survey of laws criminalising same-sex activities between consenting adults*. Bruselas, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2012.
3. Baral S et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One*, 2009, 4:e4997.
4. *Bringing HIV prevention to scale: an urgent global priority*. Ginebra, Global HIV Prevention Working Group, 2007.
5. *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2012*. Ginebra, ONUSIDA, 2010 ([http://www.unaids.org/globalreport/default\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/default_es.htm), consultado el 15 de junio de 2012).

En 2003, Nueva Zelanda despenalizó el trabajo sexual (42) y asignó al Ministerio de Salud, en lugar de a la policía, la responsabilidad de garantizar que las empresas de trabajo sexual supervisen y protejan la salud de los profesionales del sexo. Este cambio ha hecho que resulte mucho más fácil para los profesionales del sexo promover la seguridad en las relaciones sexuales con sus clientes, a la vez que ha fortalecido los vínculos con los servicios de difusión inter pares y con los centros de salud sexual y reproductiva (43). Después de que Portugal despenalizara la posesión y consumo de pequeñas cantidades de narcóticos en 2001 (44), el uso de drogas ilegales entre adolescentes descendió (45), al igual que las tasas de personas infectadas por el VIH a partir del uso compartido de equipos de inyección contaminados (45).

Sin embargo, todavía existen otros obstáculos a la hora de garantizar los derechos humanos y jurídicos de las personas que viven con el VIH. En los últimos años, más de 100 países han utilizado el derecho penal para juzgar a ciudadanos que no revelaron su estado respecto al VIH o que transmitieron el virus (46). La Red mundial de personas que viven con el VIH ha identificado 600 condenas de este tipo, la mayoría en países de ingresos altos (47).

Algunos países han revisado sus leyes, prácticas y políticas sobre la no revelación, exposición y transmisión del VIH para garantizar que la aplicación del derecho penal en el contexto del VIH no ponga en peligro los resultados de salud pública (46,48). Estos son avances positivos que pueden ayudar a evitar que se penalice de manera excesivamente amplia la transmisión del VIH, una práctica que

impide a las personas acceder a los servicios y aumenta el estigma de aquellos que viven con el VIH (49).

### **Eliminar el estigma y la discriminación**

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH siguen bloqueando los esfuerzos para proteger a las personas de la infección por el VIH. Según las encuestas que utilizan el Índice de estigma en personas que viven con el VIH, el 20% de las personas seropositivas encuestadas en Rwanda y el 25% en Colombia habían sufrido violencia física debido a su estado serológico. En Pakistán, el 26% de las personas seropositivas afirmaban que se las había excluido de actividades familiares (50), mientras que al menos al 10% se les había denegado la atención sanitaria en Belarús, Myanmar y Paraguay como consecuencia del estigma (50). Muchas personas seropositivas han perdido su trabajo o su fuente de ingresos por su estado serológico (50). Muchas internalizan este estigma: más del 60% de las personas seropositivas encuestadas en Bangladesh, China, Myanmar y Escocia reconocían avergonzarse de vivir con el VIH (50).

Sin embargo, cuando se reduce el estigma, es más probable que las personas se realicen las pruebas del VIH (51), inicien la terapia antirretrovírica y sigan el tratamiento y la atención (52-63). También hay pruebas de que reducir el estigma ayuda a mejorar el acceso a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y reduce consecuentemente su incidencia (64). En un ámbito más general, la calidad de la atención del VIH por parte de familiares y amigos mejora cuando el estigma es bajo (65).

# Medir el estigma

El Índice de estigma en personas que viven con el VIH es una herramienta para medir el nivel de estigma y discriminación experimentados por personas que viven con el VIH. Hasta la fecha, 36 países territorios y áreas están utilizando este índice para comprender la magnitud y las formas de estigma y discriminación entre estas personas.

BLOQUEAN LOS AVANCES HACIA EL ACCESO UNIVERSAL

	PAÍS O REGIÓN*									
	Belarús	China	El Salvador	Myanmar	Paraguay	Polonia	Rwanda	Reino Unido	Zambia urbana	Zambia rural
<b>% QUE EXPERIMENTA ESTIGMA EN LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD</b>										
Excluidos de actos familiares	7	10	10	15	17	11	22	...	28	27
Hablan de él/ella	67	39	48	45	56	55	42	63	72	80
<b>% QUE EXPERIMENTA VIOLENCIA</b>										
Insultos verbales	42	30	31	18	26	...	53	40	52	51
Agresiones o abusos físicos	14	6	7	10	9	25	20	22	17	33
<b>% QUE EXPERIMENTA ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO</b>										
Denegación de una oportunidad de empleo	17	14	8	15	8	11	37	...	...	...
Pérdida de empleo o de ingresos	28	...	19	...	12	17	65	...	36	39
<b>% QUE EXPERIMENTA ESTIGMA INTERIORIZADO</b>										
Siente vergüenza o tiene una autoestima baja	36	75	...	81	43	38	22	63	36	38
Tiene pensamientos suicidas	7	...	17	25	22	19	14	25	8	22

\*Estos países representan una instantánea de varias regiones cuya información ha sido recopilada utilizando el Índice de estigma en personas que viven con el VIH.

### Proteger a mujeres y niñas

El VIH afecta a mujeres y niñas de todo el mundo, si bien lo hace de manera desproporcionada en África subsahariana, donde representan el 60% de las personas que viven con el VIH. Se calcula que en todo el mundo 1,2 millones [1,1 millones-2,8 millones] de mujeres y niñas se infectaron en 2011.

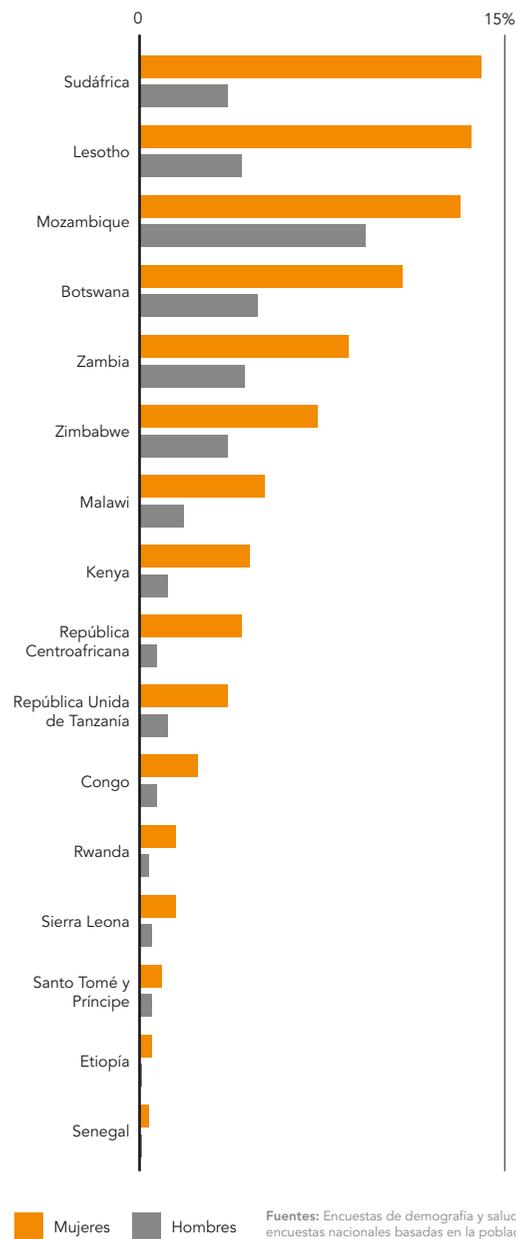
Los estudios muestran que, en epidemias generalizadas, la iniciación sexual y el matrimonio en edades tempranas, así como la violencia sexual, están estrechamente vinculados con el hecho de que las mujeres estén más expuestas al riesgo de infección por el VIH. Según un estudio realizado en Sudáfrica, en torno a uno de cada siete casos de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 26 años que se infectaron por el VIH estaba asociado con desigualdades de poder relacionadas con el género y con violencia dentro de la pareja (66). Estas conclusiones sugieren que mejorar el estatus social y económico de las mujeres puede reducir el riesgo de que se infecten por el VIH al limitar su dependencia de sus parejas varones y estimular su poder de decisión.

Los gobiernos cada vez dan más importancia a la igualdad de género en sus respuestas nacionales al VIH. En 2012, el 81% de los países afirmaron haber incluido a las mujeres como un componente específico de sus estrategias multilaterales en materia de VIH, lo que significa que un 19% no lo hacía. De los países que incluían a las mujeres en dichas estrategias, sólo el 41% asignaba un presupuesto específico a estas actividades (35).

### Luchar contra las normas de género dañinas

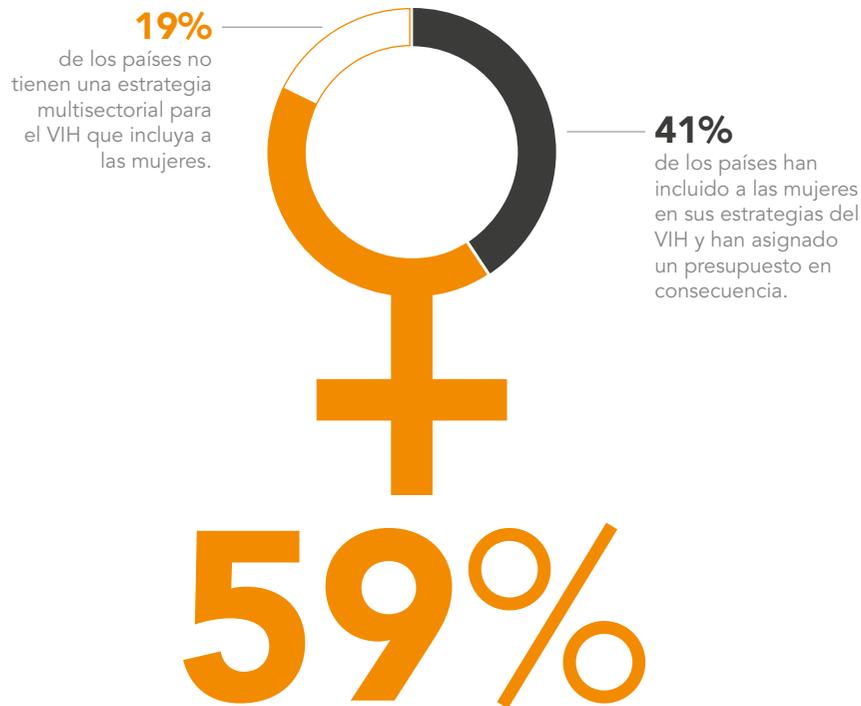
Los programas amplios de transformación social que promueven la igualdad y rechazan la violencia de género son una inversión importante para cambiar el rumbo de la epidemia de VIH y ayudar a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con

### Prevalencia (%) entre personas de 15-24 años por sexo, países seleccionados, 2008-2011



# Las mujeres necesitan estrategias financiadas para el VIH

En todo el mundo, las mujeres representan el 49% de todos los adultos seropositivos. Las jóvenes están mucho más expuestas al riesgo de infección por el VIH que sus coetáneos varones. Las estrategias del VIH deben por lo tanto tener en cuenta las necesidades específicas de mujeres y niñas, a la vez que necesitan presupuestos para poder ponerse en marcha.



De los 170 países que presentaron informes en 2012, el 59% no contaba con ninguna estrategia multisectorial para el VIH que incluyera a las mujeres o con una asignación presupuestaria. En torno al 40% habían incluido a las mujeres como un sector de sus estrategias para el VIH pero no habían asignado un presupuesto para ello. El otro 19% no contaba ni con estrategias ni con asignación presupuestaria.

Fuente: ICPN (Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales), fuentes gubernamentales, informes de progreso de los países, 2012. Ginebra, ONUSIDA, 2012.

la salud. Los datos cada vez son más concluyentes respecto a que la igualdad de género no sólo contribuye a prevenir el VIH, sino también a mejorar la salud sexual y reproductiva (67,68). Una mejor situación socioeconómica, así como retrasar la iniciación sexual y el matrimonio, facilitan una mayor autonomía financiera, independencia de parejas masculinas y una mayor autonomía en la toma de decisiones sexuales (68). Todo esto está asociado con mejores resultados en la salud materna, sexual y reproductiva. Eliminar las barreras relacionadas con el género puede contribuir a mejorar la prestación de servicios y los resultados sanitarios para mujeres y niñas (52).

### Los derechos humanos, la igualdad de género y la capacitación comunitaria estimulan las respuestas al VIH, así como grandes avances sociales y de desarrollo

de informes) afirmaban haber promovido una mayor participación de los hombres en los programas de salud reproductiva que ofrecen información, educación y comunicación (35).

#### Capacitación económica

Cada vez hay más datos (70-72) que indican que el nivel de educación suele estar relacionado con factores que disminuyen sustancialmente el riesgo de infección por el VIH, como el retraso de la iniciación sexual, una mejor sensibilización y conocimiento sobre el VIH y mayores índices de uso del preservativo. En un estudio realizado en Malawi, había un 60% de probabilidades menos de que las niñas que recibían transferencias de

efectivo condicionadas se infectaran por el VIH en comparación con aquellas que no recibían estos recursos (73). Las mujeres que recibían transferencias de efectivo mensuales tenían más probabilidades de retrasar su inicio sexual y tenían menos parejas. Las transferencias de efectivo parecen haber reducido el riesgo de infección por el VIH al mantener a las niñas en la escuela y hacerles menos dependientes económicamente de parejas masculinas (normalmente) más mayores (74). Estas e intervenciones similares, como los modelos de microfinanciación y formación para mujeres, tienen el potencial de reducir las conductas de riesgo con relación al VIH (75,76).

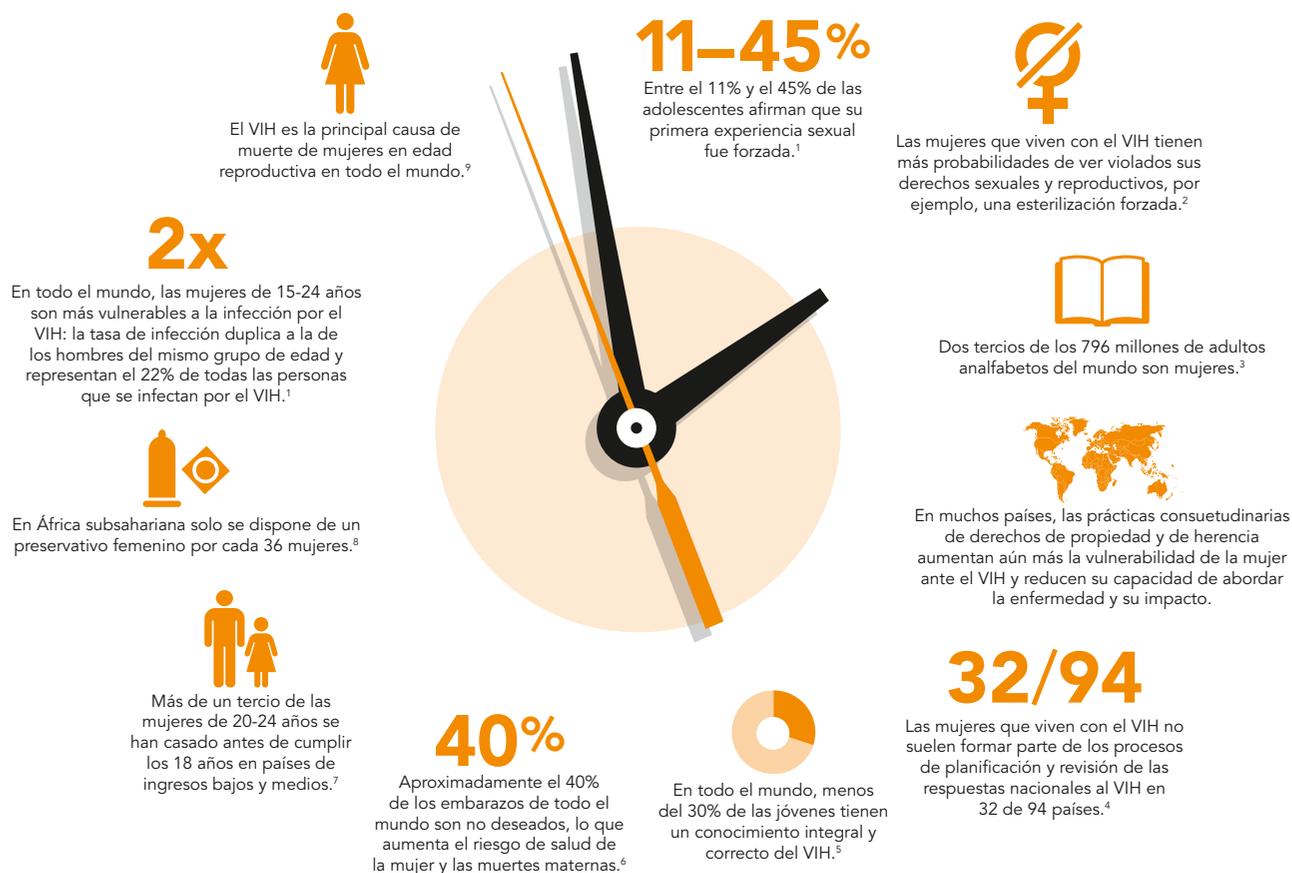
#### Epidemias dobles

La violencia de género, incluida la violencia sexual, es una realidad en todo el mundo (18,77,78). Según diversos estudios, la violencia dentro de la pareja se asocia con un mayor riesgo de infección por el VIH para mujeres y niñas (66). En Soweto, Sudáfrica, por ejemplo, las mujeres que habían sufrido abusos sexuales por parte de sus parejas tenían muchas probabilidades de vivir con el VIH (79). Los hombres que perpetran este tipo de agresiones también tienen más probabilidades de ser seropositivos, según los datos de Sudáfrica y la India (66, 80, 81).

Asimismo, es más probable que las mujeres que han sido víctimas de la violencia de género adopten conductas que las expongan a un mayor riesgo de infección. La violencia contra las niñas también parece estar vinculada con conductas sexuales de alto riesgo. Según un estudio reciente realizado en la República Unida de Tanzania (82), era el doble de probable que las niñas que habían sido agredidas sexualmente no utilizaran preservativos en comparación con aquellas que no habían sufrido este tipo de agresión. La violencia, el miedo a la violencia y el rechazo de la familia también disuaden a las mujeres de revelar su estado respecto al VIH.

# Cada minuto una joven se infecta por el VIH

Debido a su bajo estatus económico y sociocultural en muchos países, mujeres y niñas están en desventaja al negociar mayor seguridad en sus relaciones y acceder a información y servicios del VIH.



#### Fuentes:

- Informe de ONUSIDA en el Día Mundial del Sida 2011. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org>, consultado el 15 de junio de 2012).
- Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women Girls, Gender Equality and HIV. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011>, consultado el 15 de junio de 2012).
- Rural women and the MDGs. Nueva York, Grupo de trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas sobre mujeres rurales, 2012.
- Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women Girls, Gender Equality and HIV. Ginebra, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011>, consultado el 15 de junio de 2012).
- Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida, 2010. Ginebra, ONUSIDA, 2010 ([http://www.unaids.org/globalreport/default\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/default_es.htm), consultado el 15 de junio de 2012).
- Singh S et al. Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. Nueva York, Guttmacher Institute, 2009.
- Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia: Una época de oportunidades. Nueva York, UNICEF, 2011.
- UNFPA media fact sheet: comprehensive condom programming – July 2010. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010.
- Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 ([http://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/es/index.html](http://www.who.int/gender/women_health_report/es/index.html), consultado el 15 de junio de 2012).

Los países y las comunidades deben adoptar una respuesta amplia fundada en la tolerancia cero a la violencia de género. Dicha estrategia tiene que capacitar a mujeres y niñas para que se protejan a sí mismas e implicar a hombres y niños a fin de cambiar las normas de género dañinas. Esta es una empresa a largo plazo; entre tanto, los servicios sanitarios deben apoyar más a mujeres y niñas, especialmente aquellas que sufren violencia u otras violaciones de sus derechos. Algunos proyectos ya lo están consiguiendo. Stepping Stones, una intervención comunitaria iniciada por mujeres que viven con el VIH, ha conseguido cambiar las conductas entre los hombres y reducido la violencia de género y otros factores que sitúan a la mujer en mayor riesgo de infección por el VIH (83).

### **Invertir con inteligencia**

Cada vez hay más pruebas de que proteger los derechos humanos, hacer frente a las desigualdades, mejorar la igualdad de género y respaldar la

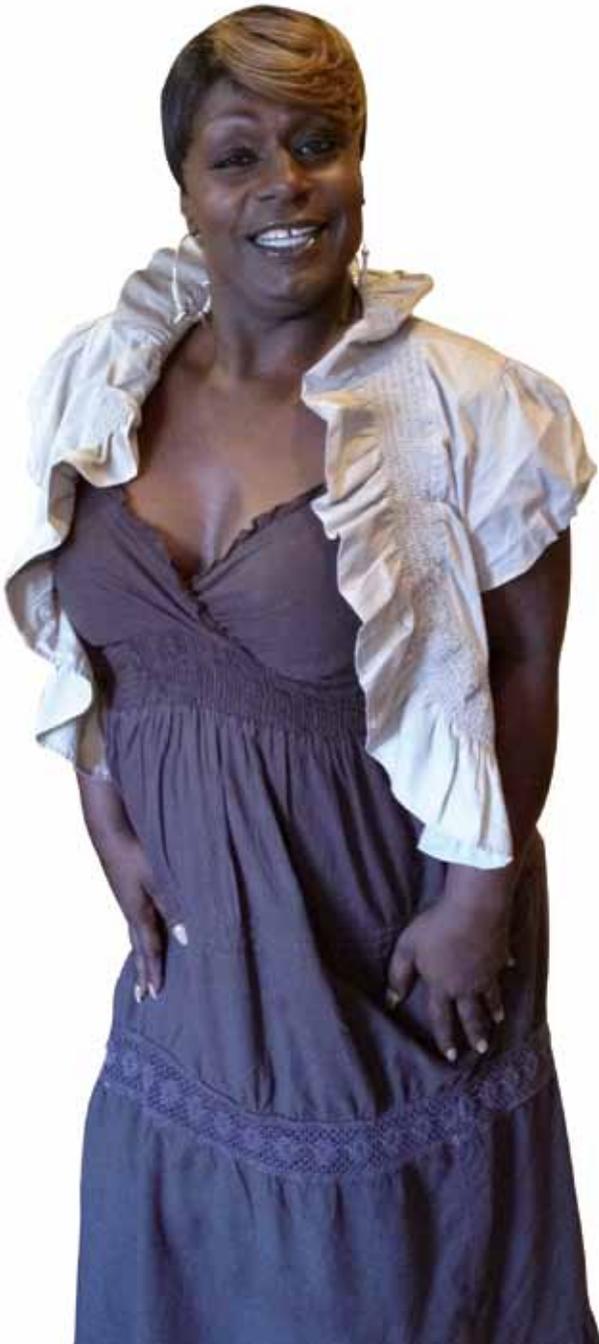
movilización comunitaria mejoran las respuestas al VIH y la agenda general de salud y desarrollo. Las comunidades son quienes mejor conocen sus necesidades. Por lo tanto, las personas que viven con el VIH, los representantes de poblaciones clave más expuestas al riesgo y las mujeres y los jóvenes deben estar al frente de las iniciativas comunitarias, en organizaciones de la sociedad civil que actúan como guardianes y promotores, y como proveedores de servicios que puedan garantizar que estos cubran las necesidades de las personas a las que sirven.

Invertir en derechos humanos, igualdad de género y movilización comunitaria es vital para mantener los avances de la respuesta mundial al VIH. Las iniciativas para proteger los derechos humanos y abordar la desigualdad entre los géneros son parte integral del éxito de la respuesta al sida y de la salud y el bienestar de los ciudadanos en general.

---

## **ALZAREMOS NUESTRAS VOCES**

La coalición We Will Speak Out (Alzaremos nuestras voces) es una de las iniciativas que promueven tolerancia cero a la violencia de género (84). Movidos por las conclusiones de un informe sobre las respuestas de las iglesias a la violencia sexual en tres países africanos (85), Rowan Williams, arzobispo de Canterbury, y Michel Sidibé, director ejecutivo de ONUSIDA, promovieron el lanzamiento de la coalición en marzo de 2011. La asociación actúa en cuatro países de África, alentando a los creyentes de cualquier fe a hablar abiertamente contra la violencia sexual y a liderar a sus comunidades en la provisión de asesoramiento y apoyo a los supervivientes, sean hombres, mujeres o niños. La asociación pronto se extenderá a Papúa Nueva Guinea y al Reino Unido para destacar el mensaje de que la violencia de género es un fenómeno global.



# DEBBIE McMILLAN

---

Transgender Health Empowerment

---

## RESPETAR LA DIGNIDAD AYUARÁ A ACABAR CON EL SIDA

Las personas transgénero son una de las comunidades más marginadas socialmente, y esto nos hiere terriblemente en nuestra lucha contra el sida. Ni la sociedad ni la legislación reconocen que somos seres humanos con el mismo derecho al respeto y la dignidad que cualquier otra persona. Sin embargo, se nos niegan nuestros derechos, por ejemplo, el derecho a la salud y a no ser discriminados. En la mayoría de los lugares, existen leyes punitivas, acoso o, lo que es incluso peor, violaciones, violencia y asesinatos.

Solo porque somos “diferentes”, esta es nuestra inaceptable realidad. Una realidad que nos arrebató nuestra capacidad de evitar la infección por el VIH y de llevar una vida exitosa si se es seropositivo.

Estamos haciendo frente a estas injusticias y reclamando nuestros derechos organizándonos y apoyándonos mutuamente. Estamos creando redes de promoción y grupos de asistencia jurídica, realizando otros esfuerzos para conocer nuestros derechos y que seamos capaces de exigirlos de tal forma que nos protejan y fortalezcan a nuestras comunidades, por ejemplo, de la epidemia de sida. Luchamos por un mejor acceso a los servicios sanitarios, por el fin de las leyes que nos penalizan y menosprecian y por respuestas al sida que se anclen en los derechos y el respeto de todos los afectados. Esto nos incluye a nosotros.

Estamos cansados de estar en el punto de mira de esta epidemia y de otras tormentas. Vamos a hacer que esto cambie.

# Los jóvenes consiguen que la respuesta al VIH sea más pertinente

El VIH representa un problema de salud grave para los jóvenes. En 2011, más de 2.400 personas de entre 15 y 24 años contrajeron el VIH cada día. Situar a los jóvenes en el centro de la respuesta supone hacerla más innovadora y sostenible.

---

Los líderes y activistas jóvenes están demandando participar en el diseño y la aplicación de las políticas y los programas relacionados con el VIH y sus reivindicaciones se están atendiendo cada vez más. En todo el mundo, los jóvenes trabajan en iniciativas relacionadas con el VIH llevadas a cabo por y para ellos, y están influyendo en los gobiernos, los donantes y las instituciones, como ONUSIDA.

Los jóvenes suponen el 40% [36-45%] de todas las infecciones por el VIH que se producen en adultos, y cerca de cinco millones viven con el VIH. Al participar en la toma de decisiones fundamentales, los jóvenes se convierten en activistas mejor informados y pueden impulsar dentro de sus familias y sociedades la agenda para un cambio social transformador. Su implicación también garantiza que los programas y las políticas tengan más en cuenta sus necesidades, y que por lo tanto sean más eficaces para ellos.

En la Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2011 se adoptó el compromiso de apoyar el

liderazgo de los jóvenes, incluidos aquellos que viven con el VIH, y de colaborar con estos nuevos líderes para implicar a otros jóvenes en la respuesta al VIH en el seno de sus familias, comunidades, escuelas y centros de trabajo. En 2012, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, se comprometió a reforzar los contenidos relacionados con los jóvenes de los programas de las Naciones Unidas en curso, como los relacionados con la educación sobre salud sexual y reproductiva, la protección de los derechos y la inclusión de los jóvenes en los procesos políticos.

Cuando ONUSIDA se propuso desarrollar una nueva estrategia para los jóvenes, les animó a que tomaran la iniciativa. A fin de entender mejor sus necesidades y prioridades, ONUSIDA les invitó a encargarse de CrowdOutAIDS, un proyecto de política basado en la colaboración para todos los jóvenes del mundo.

CrowdOutAIDS involucró a los jóvenes a través de las redes sociales y las tecnologías de colaboración en línea. Además, líderes jóvenes organizaron foros de debate en los que participaron miles de personas y celebraron reuniones presenciales en las comunidades que no podían contribuir a través de Internet. Todo ello dio lugar a cientos de ideas para realizar acciones, y un comité independiente dirigido por jóvenes las transformó en recomendaciones específicas para elaborar una estrategia de acción (véase el cuadro). ONUSIDA utilizará estas recomendaciones para diseñar su Estrategia de Liderazgo de la Nueva Generación.



## ANNAH SANGO

---

Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH y el Sida

---

### LA EDUCACIÓN SEXUAL CONTRIBUIRÁ A ACABAR CON EL SIDA

“Mamá, ¿de dónde vengo?” Mi madre me dijo que caí del cielo. Una pregunta sencilla hacía que mis padres se sintieran incómodos; buscaban formas creativas de evitar responderla.

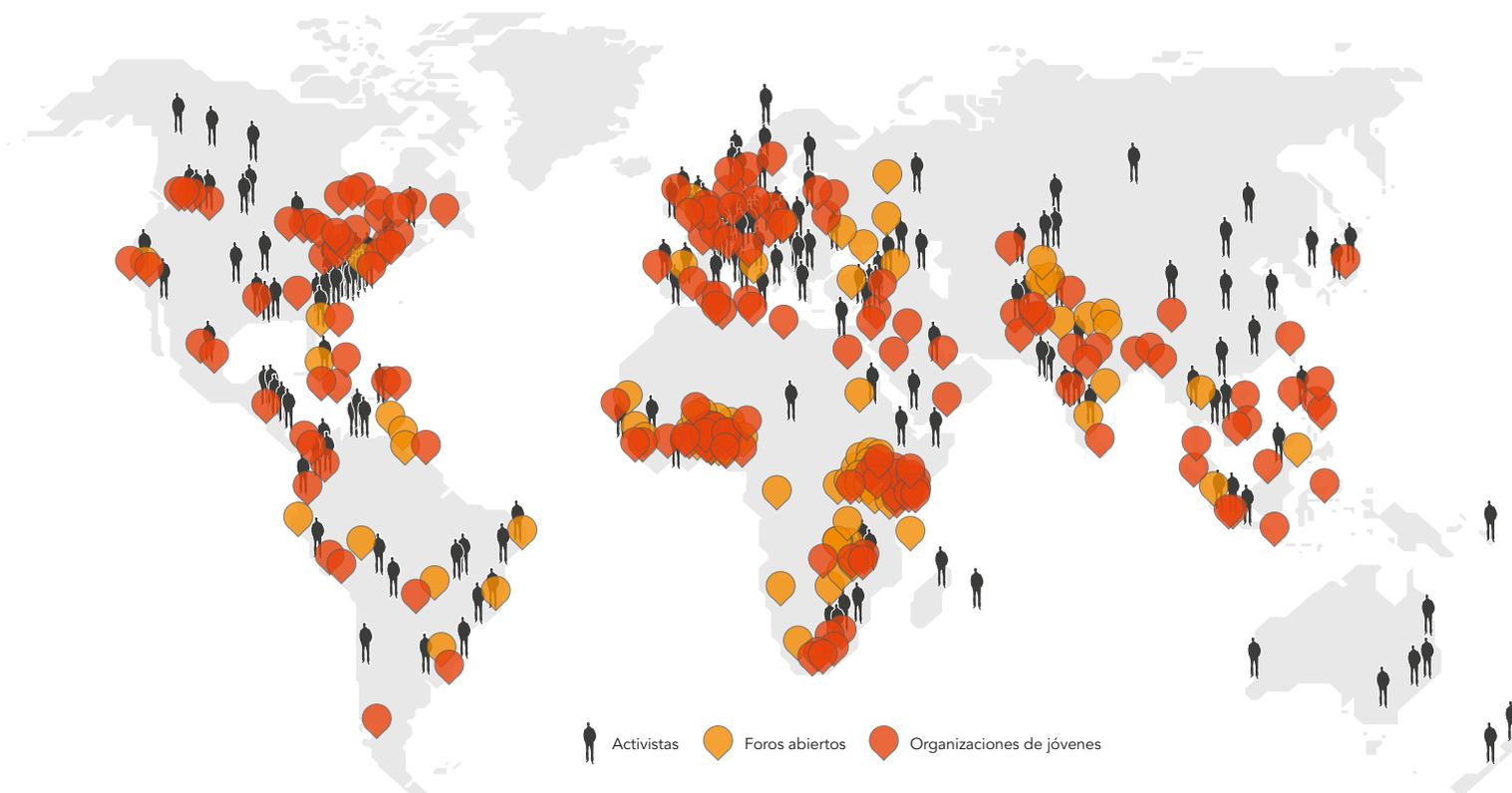
Estaba confundida, pero prefería no seguir preguntando porque no quería ser desconsiderada. Además, en nuestra comunidad, a un niño que hace preguntas incómodas se le pueden llamar todo tipo de apelativos, como ‘nzenza’, una persona de moral relajada, o ‘jeti’, que se adelanta a su tiempo. Crecí convencida de que una buena chica no debía pensar en sexo, y mucho menos hablar sobre él.

Esta experiencia es bastante común entre las niñas de África, ya que crecen con demasiadas preguntas sin responder sobre sus cuerpos y las relaciones con los chicos. Contar con una educación sexual adecuada ayudará a las niñas a responder a todas estas preguntas. Nos ayudará a entender nuestros cuerpos, nuestra sexualidad y nuestras necesidades sanitarias. Desarrollará nuestra confianza en nosotras mismas y nos enseñará a entablar relaciones sanas con el sexo opuesto, evitar embarazos no deseados y a protegernos a nosotras mismas y a nuestros futuros hijos del VIH. La educación sexual les indicará dónde deben acudir si necesitan ayuda y cómo pueden ayudar a otras chicas a entenderse mejor a sí mismas y a construir su futuro.

Si queremos reducir las nuevas infecciones por el VIH en África, debemos empezar a hablar sobre sexo y sexualidad con nuestros hijos en nuestros hogares, escuelas y comunidades.

## Los jóvenes se reúnen en CrowdOutAIDS

Jóvenes voluntarios organizaron foros abiertos en todo el mundo dentro del proyecto CrowdOutAIDS con el fin de garantizar que las recomendaciones para elaborar una nueva estrategia de ONUSIDA sobre el VIH y los jóvenes reflejaran sus diferentes puntos de vista, sobre todo en los lugares donde la presencia de Internet es baja



Fuente: CrowdOutAIDS meet-ups. CrowdOutAIDS, 2012 (<http://www.crowdoutaids.org/wordpress/crowdoutaids-meet-ups>, consultado el 15 de junio de 2012).

Los jóvenes también están trabajando a escala nacional para provocar cambios en la sociedad e influir en las políticas a través de iniciativas, como *Education as a Vaccine* (EVA) en Nigeria, un país en el que cerca de 700.000 jóvenes viven con el VIH. Un equipo formado por 10 jóvenes nigerianos se encarga de coordinar las acciones de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva de EVA. Esta iniciativa animó a miles de otros jóvenes a participar

en la redacción del proyecto de ley contra la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH y el sida. EVA permite a los jóvenes promover sus derechos y necesidades dentro de nuevas leyes y exigir un cambio social a los encargados de formular políticas.

La Asociación de Jóvenes Egipcios para el Desarrollo de la Salud ha organizado reuniones entre

“La evolución de la tecnología trae consigo la desaparición del silencio.

¡Los jóvenes pueden adoptar una postura y hacerse oír!”

*Foro abierto de CrowdOutAIDS*

para sensibilizarlas sobre temas relacionados con la salud, en especial sobre salud sexual y reproductiva e infecciones de transmisión sexual. El proyecto pretende establecer una coalición duradera y motivar a otras personas a asegurarse de que, a través de eventos públicos y formación, se escuche la voz de las mujeres jóvenes dentro de las comunidades. Asimismo, este proyecto promueve la difusión de

jóvenes para movilizar a mujeres jóvenes de barrios deprimidos que están expuestas a la infección por el VIH. A través de la colaboración con más de 40 organizaciones de la sociedad civil, estos jóvenes han podido acceder a un gran número de mujeres jóvenes potencialmente activas sexualmente

información exhaustiva y precisa entre los jóvenes a través de la educación, así como el acceso a servicios como los preservativos y los programas de intercambio de agujas.

Los jóvenes desempeñan un papel único a la hora de acceder a sus iguales, sobre todo en los grupos de población clave más expuestos a la infección por el VIH, como los jóvenes que consumen drogas inyectables. El programa “Crystal Clear”, en Vancouver, empezó como un proyecto de formación de tres meses destinado a nueve jóvenes con experiencia en la vida en las calles y el consumo de metanfetamina cristal, y se convirtió en un programa de reducción de daños eficaz dirigido por pares en el que participaron muchos jóvenes. El programa “Crystal Clear” incluía capacitación en materia de divulgación y apoyo inter pares, así como el fomento de la participación comunitaria. Su naturaleza fundamentada en las acciones entre iguales abrió nuevas vías para llegar hasta los jóvenes y mejorar su acceso a los servicios.

## LOS JÓVENES DETERMINAN LAS ACCIONES NECESARIAS PARA ACABAR CON EL SIDA

Los jóvenes dirigieron el proyecto CrowdOutAIDS y condensaron cientos de ideas en recomendaciones prácticas:

1. **Habilidades de liderazgo más sólidas** – proporcionar formación y recursos para el liderazgo y evaluar las repercusiones del liderazgo y la participación de los jóvenes.
2. **Plena participación de los jóvenes** – fomentar la inclusión de los jóvenes en los programas mundiales, regionales y nacionales.
3. **Acceso a la información** – recopilar y compartir conocimientos e información y crear auditorías de los programas nacionales del sida realizadas por jóvenes.
4. **Redes estratégicas** – asociarse con organizaciones dirigidas por y para jóvenes, en concreto para aquellos expuestos a la infección por el VIH y los que viven con el virus, y apoyar la investigación.
5. **Ampliar la divulgación** – conectar organizaciones y proyectos de jóvenes, y establecer una plataforma de diálogo.
6. **Financiación más inteligente** – diversificar los fondos para proyectos dirigidos por jóvenes, y formarlos para que puedan movilizar recursos.



**OPTIMIZAR EL USO  
DE LOS RECURSOS**

# Necesitamos optimizar el uso de los recursos más que nunca

Los programas relacionados con el VIH están llegando cada vez a más gente y están generando mejores resultados que nunca, pero con recursos limitados, acabar con la epidemia de sida requiere una mayor optimización de los mismos. Para conseguirlo, los programas relacionados con el VIH deben ser eficientes y eficaces.

---

Aunque se sigue fomentando la reducción del precio de los productos, también se está impulsando que los programas relacionados con el VIH se apliquen de la forma más eficiente posible, con menos estructuras paralelas y servicios independientes, a escala y con menos costes de apoyo al programa.

A su vez, las tareas de gestión, asistencia técnica y supervisión indispensables para los programas deben mantenerse y reforzarse, los procesos deben racionalizarse y los costes deben contenerse. Además, hay que supervisar el empleo de los fondos para garantizar que están llegando hasta donde se necesitan y que se les está sacando el máximo rendimiento posible.

## Centrarse en lo que funciona

Cada vez hay más pruebas científicas que demuestran que existen seis tipos de actividades relacionadas con el VIH que son eficaces a la hora de reducir la transmisión, la morbilidad y la mortalidad del virus (1):

- Utilizar la terapia antirretrovírica como tratamiento y como prevención;
- Evitar que los niños contraigan la infección por el VIH y mantener con vida a sus madres;
- Llevar a cabo la circuncisión masculina médica voluntaria en países con epidemias generalizadas y prevalencias de circuncisión bajas;
- Fomentar el uso del preservativo;
- Realizar actividades integradas para las poblaciones clave más expuestas a la infección por el VIH; y
- Aplicar programas que promuevan un cambio de comportamiento que reduzca el riesgo de exposición al VIH.

Todas estas actividades programáticas han demostrado ser rentables en evaluaciones frente a valores normalizados (2). Por ejemplo, la rentabilidad de los programas de tratamiento y atención relacionados con el VIH ha quedado firmemente probada (3). Los estudios de elaboración de modelos



## STEFANO BERTOZZI

---

Director de la sección sobre el VIH de la Fundación Bill & Melinda Gates

---

### UN MAYOR RENDIMIENTO ES SINÓNIMO DE UNA SALUD MEJOR

En la respuesta al sida, nuestros principales indicadores para medir el éxito son las infecciones que se previenen, la mejora en la vida de las personas seropositivas y las muertes que se evitan. A pesar de los progresos extraordinarios que se están realizando, lamentablemente seguimos estando lejos de alcanzar estos objetivos: se producen demasiadas nuevas infecciones, muy pocas personas tienen acceso al tratamiento y demasiadas personas dejan de seguirlo debido a la falta de apoyo.

Tenemos el imperativo moral de garantizar que cada kwacha, dólar, rand y rupia se invierta de forma adecuada para maximizar sus efectos. Si no se busca un mayor rendimiento se les negará a las personas la prevención y el tratamiento que necesitan.

Puesto que ahora disponemos de herramientas mejores para medir la eficiencia – para elaborar mapas de las epidemias, evaluar de forma rigurosa los programas de prevención, y determinar los costes y la calidad del tratamiento – cada vez entendemos mejor cómo debemos concentrar los recursos en los programas más eficaces. Nuestro reto es utilizar este conocimiento para evitar que se produzcan más infecciones y salvar más vidas. Debemos tener el valor para medir los costes variables y la eficacia de nuestros programas. Solo podremos imitar las prácticas óptimas si sabemos cuáles son. Solo podremos corregir las deficiencias si sabemos cuáles son.

Estoy seguro de que un día los fondos para el sida volverán a aumentar, pero hasta que esto ocurra, el único modo de seguir ampliando el tratamiento y la prevención eficaces es sacándole aún más partido a los recursos disponibles. Esta es nuestra obligación moral.

indican que comenzar a suministrar tratamiento antirretrovírico antes podría permitir ahorrar recursos a largo plazo porque, además de prevenir la morbilidad y la mortalidad, también evita que se produzcan nuevas infecciones por el VIH y reduce los costes relacionados con la hospitalización de pacientes (4).

Evitar que los niños contraigan la infección por el VIH también es una intervención rentable, cuyos costes varían en función del lugar y del paquete de actividades que se aplique (5-10).

La circuncisión masculina médica voluntaria es muy rentable en países con epidemias del VIH generalizadas en los que esta práctica no es común (11-15). En Lesotho se evita una nueva infección por cada seis hombres circuncidados, y en Swazilandia una por cada cuatro. El coste de prevenir que una persona contraiga el VIH durante un periodo de 20 años va de USD 180 a USD 390 (14,16-18).

Asimismo, los servicios de prevención y tratamiento destinados a las poblaciones clave más expuestas a la infección por el VIH, incluidas las profesionales del sexo (19), los usuarios de drogas inyectables (20-22) y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (23), han mostrado un buen aprovechamiento de los recursos. Así, la elaboración de modelos de la epidemia en Ucrania indica que la intervención para conseguir cuotas altas de acceso a la terapia de sustitución con metadona y al tratamiento antirretrovírico es la más eficaz en este país (24).

Tanto la eficacia como la rentabilidad de estos programas dependen de si se aplican con una intensidad y a una escala lo suficientemente grandes y de si su calidad es alta. Existen varios factores decisivos que permiten que estos programas se desarrollen de forma eficaz, entre ellos la movilización de la comunidad, que impulsa la demanda y el apoyo necesarios para la participación

en los programas y su cumplimiento. Otros factores decisivos que los hacen posibles son un entorno normativo, jurídico y reglamentario propicio y una gestión de los programas que garantice el funcionamiento adecuado de los sistemas pertinentes.

### **Asignar los recursos de manera estratégica**

Cada vez más países están dirigiendo sus recursos para el VIH a actividades que resultan eficaces (y rentables) en su contexto local. Desde 2008, más de 30 países han analizado sus epidemias de VIH para determinar cómo y dónde existen más posibilidades de contraerlo, y algunos se han servido de estos estudios para orientar la asignación de los recursos.

En Kenya, por ejemplo, aunque el coito heterosexual sin protección sigue siendo el principal modo de transmisión, el análisis de los patrones epidémicos nacionales señaló que un tercio de las personas que contraen el VIH están relacionadas con los grupos de población clave más expuestos: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, la población reclusa, los usuarios de drogas inyectables, y los profesionales del sexo y sus clientes. Estos resultados le sirvieron de orientación para elaborar su plan estratégico nacional 2009/10–2012/13, e impulsaron importantes aumentos en los fondos para los servicios destinados a las poblaciones clave más expuestas a la infección. Un análisis similar llevó a Zambia a incrementar los recursos relacionados con el VIH utilizados para evitar que los niños contraigan el virus y mantener con vida a sus madres, así como para practicar la circuncisión masculina, y evitar que las parejas serodiscordantes y los grupos vulnerables se infecten por el VIH. Benin está destinando más recursos a los profesionales del sexo y sus clientes, mientras que Ghana ha aumentado los fondos que dedica a evitar que los grupos de población clave más expuestos contraigan el virus del 2% del total del presupuesto para prevención de 2005–2010 al 20% del total en el de 2011–2020.

## Las inversiones deben centrarse en intervenciones relacionadas con el VIH contrastadas, eficaces y adecuadas al contexto

correspondiente de fondos para prevención (25).

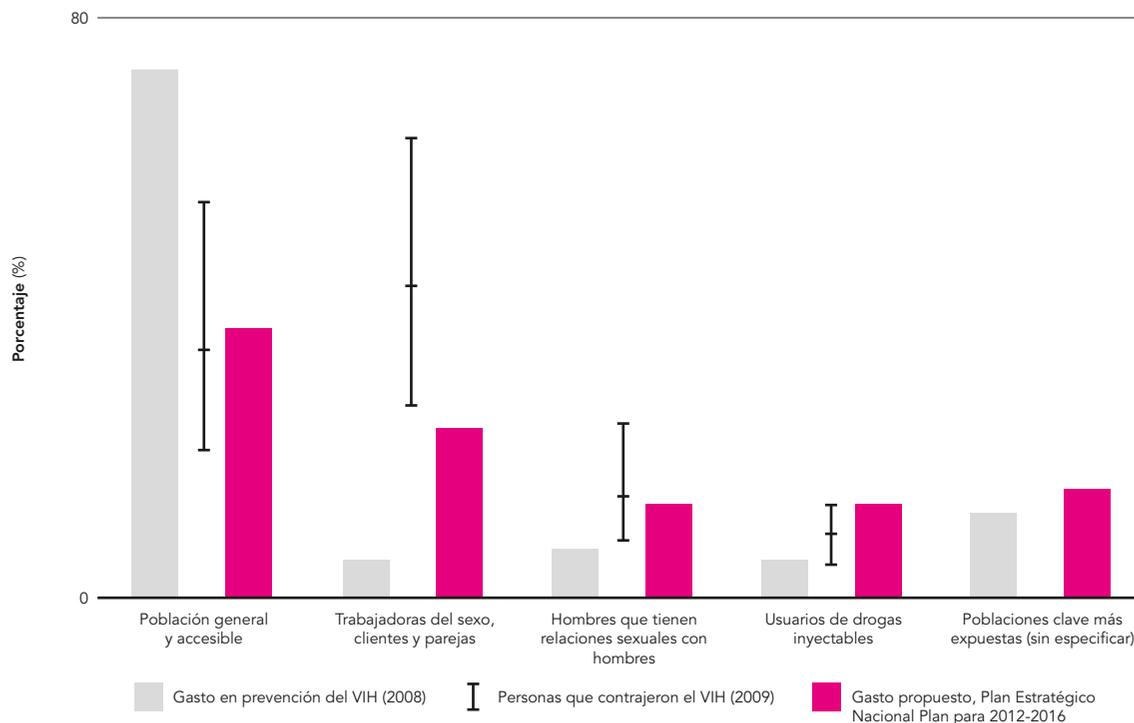
En América Latina se realizaron ajustes similares. A mediados de los años 2000, la mayoría de los recursos para el VIH se destinaban a la población general (26). Gracias a una planificación y un cálculo

En Marruecos, el último plan estratégico nacional corrigió los desequilibrios entre la proporción de personas que contraen la infección por el VIH en los grupos de población clave más expuestos y la asignación

de costes fundamentados en pruebas, los presupuestos nacionales de 2010 asignaron bastantes más recursos a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las profesionales del sexo, los reclusos y los usuarios de drogas inyectables.

Los donantes principales están apoyando esta tendencia hacia inversiones más estratégicas. El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria ha ido incrementando los fondos que dedica a intervenciones de gran repercusión. La proporción de financiación del Fondo Mundial destinada a aplicar las actividades eficaces elementales de los programas aumentó del 36% en 2008 al 51% en 2012 en 13 países con

## Redistribución de los recursos hacia los programas para las poblaciones clave más expuestas a la infección por el VIH en Marruecos



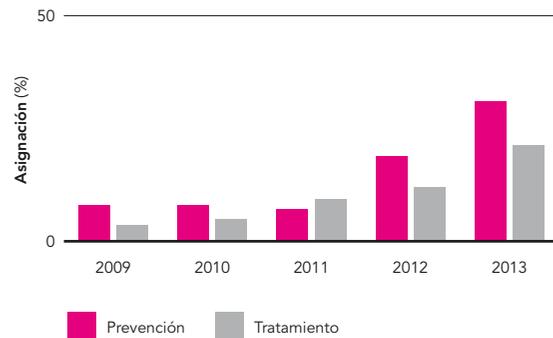
Fuente: Ministerio de Salud de Marruecos, Programa Nacional de ITS/VIH, HIV modes of transmission in Morocco. Agosto de 2010.

una carga elevada de VIH<sup>1</sup> (27). En Camboya, la India, Tailandia y Ucrania, todos ellos países con epidemias concentradas, los fondos para actividades de tratamiento y prevención del VIH destinadas a los grupos de población clave han aumentado del 17% en 2008 al 31% para 2013, mientras que los asignados a la población general han disminuido. El modelo de financiación basada en el desempeño que utiliza el Fondo Mundial ha identificado ahorros a lo largo del tiempo (28) y ha centrado la atención en intervenciones estratégicas de gran repercusión.

Asimismo, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida señala que los recursos se asignan de manera más eficaz cuando se siguen las orientaciones para centrarse en la acción fundamental. En Etiopía, los programas amplios de comunicación para el cambio de comportamiento se redujeron entre 2004 y 2010, mientras que paralelamente se incrementaban los programas de prevención más eficaces, entre ellos los de prevención de la transmisión materno-infantil.

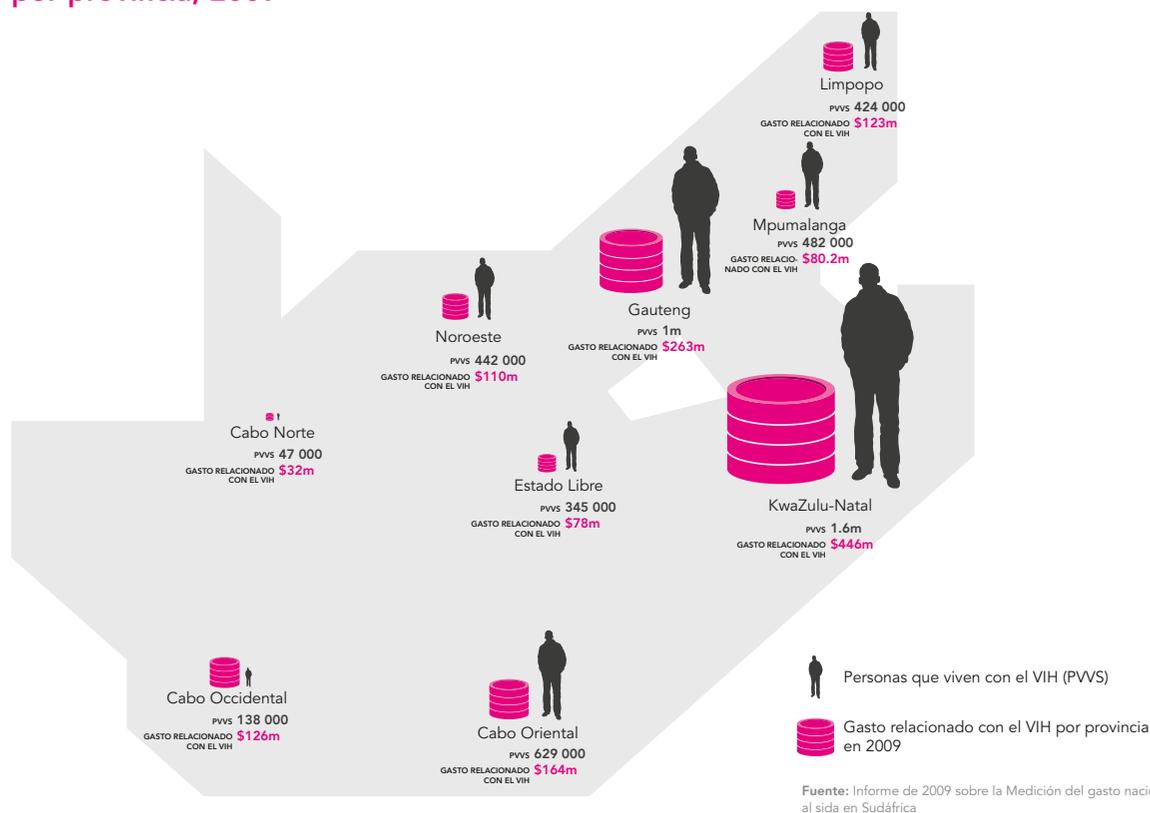
Además de centrarse en intervenciones eficaces y dirigirse a las poblaciones más gravemente afectadas, los encargados de orientar los recursos deben considerar la distribución geográfica de las personas que contraen la infección por el VIH. Así, el plan estratégico nacional de Kenya tiene en cuenta la elevada concentración de personas seropositivas en las provincias de Nyamza, Nairobi y Costera, y la intensificación en la prestación de servicios se centrará en los 50 distritos con la prevalencia más alta (29). En Sudáfrica, los patrones de gasto en VIH siguen variando mucho entre provincias con perfiles de la epidemia similares (30) y están sujetos a la capacidad de prestación de servicios en lugar de a las necesidades (31). Actualmente se está tratando de desarrollar capacidades y de generar demanda de servicios en las provincias en las que su asimilación no es la adecuada. La creciente tasa de urbanización, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios, exige que se comprendan mejor las variaciones en los patrones del VIH dentro de las ciudades para mejorar las estrategias de respuesta para las urbes (32).

## Aumento de la asignación de dinero del Fondo Mundial a actividades de tratamiento y prevención para las poblaciones clave más expuestas al VIH en cuatro países con epidemias concentradas



Fuente: Informe encargado por ONUSIDA: Datos sobre la redistribución de fondos hacia actividades elementales de los programas relacionados con el VIH en las subvenciones del Fondo Mundial; 2012.

## Gasto relacionado con el VIH y número de personas seropositivas en Sudáfrica por provincia, 2009



### Contener los costes de los productos relacionados con el VIH

Reducir el coste de los medicamentos antirretrovíricos supone poder tratar a más personas con los mismos recursos. La buena noticia es que el precio de los antirretrovíricos y muchos otros productos relacionados con el VIH ha disminuido drásticamente en los últimos diez años debido a varios factores, como las economías de escala, la competencia entre los fabricantes de medicamentos genéricos, la reducción en los costes de adquisición y la labor de sensibilización constante que llevan a cabo los activistas.

El coste de suministro anual de medicamentos antirretrovíricos de primera línea ha descendido de más de USD 10.000 por persona en el año 2000 a menos de USD 100 en 2011 por el régimen más barato recomendado por la OMS (33,34).

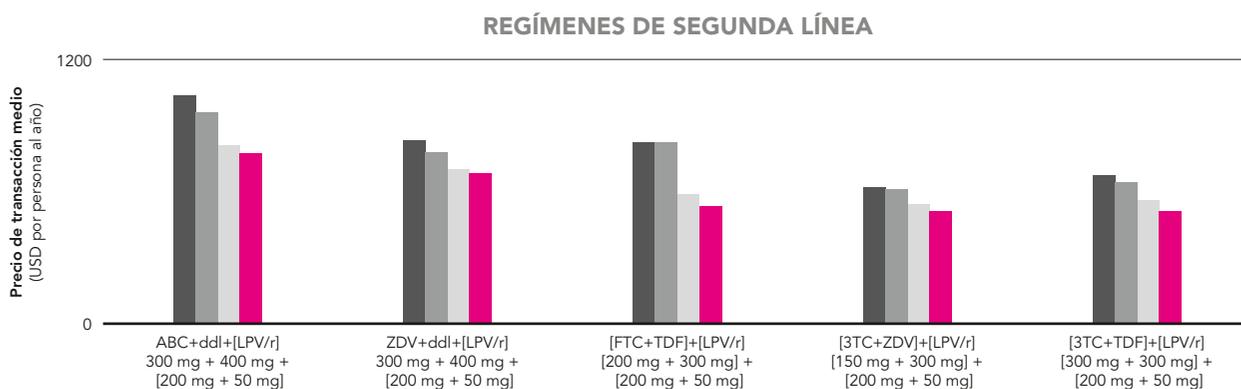
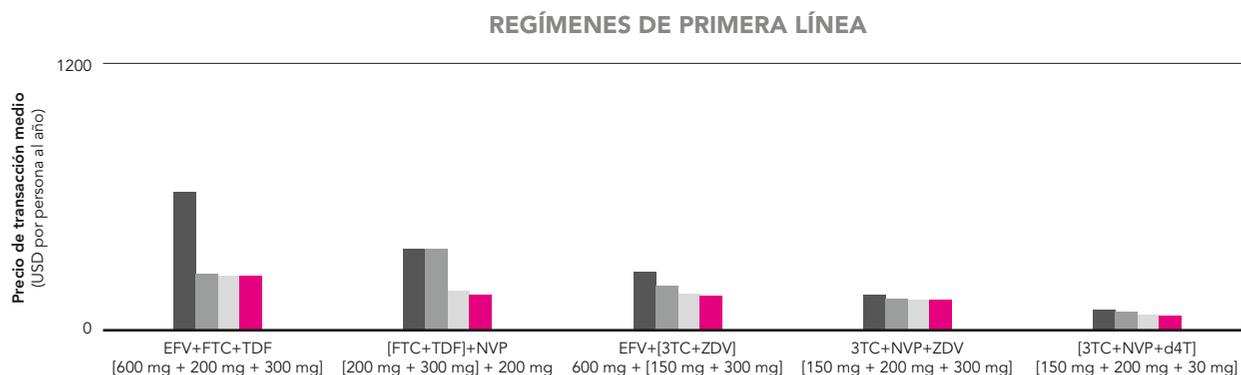
Sin embargo, este descenso se está frenando, y los precios mundiales de los regímenes de primera línea recomendados por la OMS más utilizados, todos ellos genéricos, podrían estar tocando fondo (33).

El precio de los medicamentos antirretrovíricos de segunda línea también ha descendido en los últimos cinco años, así como el de los antirretrovíricos

pediátricos. Además, como la mayoría de los fármacos de segunda y tercera línea siguen protegidos por patentes, las futuras reducciones del precio exigirán más competencia y que se haga más uso de las flexibilidades que se negociaron en

la Declaración de Doha sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública (34).

## Precios de los regímenes antirretrovíricos de primera y segunda línea para adultos en países de ingresos bajos, 2008-2011



EFV: Efavirenz;  
 FTC: Emtricitabina;  
 TDF: Tenofovir disoproxil fumarato;  
 NVP: Nevirapina;  
 3TC: Lamivudina;  
 ZDV: Zidovudina;  
 d4T: Estavudina;  
 ABC: Abacavir;  
 ddl: Didanosina;  
 LPV/r: Lopinavir / ritonavir

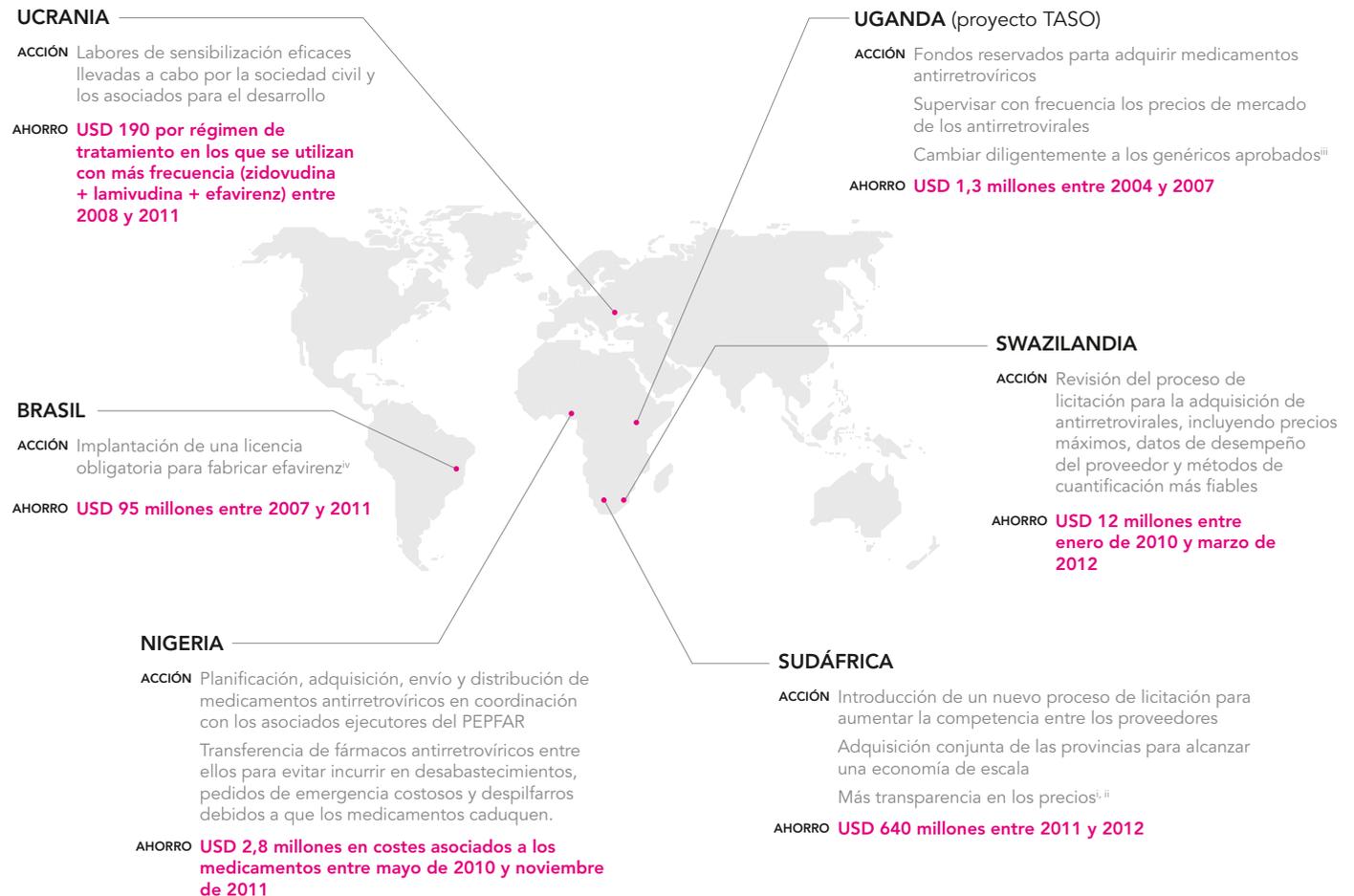
■ 2008 ■ 2009 ■ 2010 ■ 2011

Fuente: Global Price Reporting Mechanism, Organización Mundial de la Salud, 2012.

Las recomendaciones sobre tratamiento han virado hacia regímenes más eficaces y seguros, como los basados en zidovudina y tenofovir en lugar de en estavudina. El coste superior de estos regímenes reitera aún más la necesidad de presionar para que se reduzcan los precios.

Los precios de los antirretrovíricos todavía son elevados en algunas regiones y países, y pueden cambiar mucho de un país a otro. Así, en América Latina y el Caribe, el precio de los medicamentos antirretrovíricos experimenta variaciones considerables (35, 36). La mayoría de los países de esta región

## Iniciativas nacionales eficaces para reducir los costes relacionados con los medicamentos antirretrovíricos



Nota:

i) De acuerdo con una tasa de cambio equivalente a 7,40 ZAR/USD, en rand, el ahorro supuso R 4.700 millones.

Fuentes:

ii) Gobierno de Sudáfrica (2010) *Massive reduction in ARV prices*. Johannesburgo, Gobierno de Sudáfrica, 2010. ([www.info.gov.za/speech/DynamicAction?pageid=461&sid=15423&tid=26211](http://www.info.gov.za/speech/DynamicAction?pageid=461&sid=15423&tid=26211), consultado el 15 de junio de 2012).

iii) Mutabaazi J.L. *Scaling up antiretroviral treatment using the same dollar: cost efficiency and effectiveness of TASO Uganda Pharmacy Management System of CDC-PEPFAR funded program*. XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, DC, 22-27 de julio de 2012.

iv) Viegas Neves da Silva F, Hallal R, Guimaraes A. *Compulsory licence and access to medicines: economic savings of efavirenz in Brazil*. XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, DC, 22-27 de julio de 2012.

podrían multiplicar por entre 1,2 y 3,8 el número de personas que recibe tratamiento si los costes de adquisición de las combinaciones de primera línea estuviesen más cerca del precio más bajo de los genéricos de la región (36). En el caso de la mayoría de las combinaciones de segunda línea patentadas, las posibilidades de ahorrar también son elevadas. El descenso de los precios (acercándolos al precio del medicamento original más barato de la región o a la media mundial del precio de transacción) podría llevar a multiplicar hasta por cinco el número de personas que recibe tratamiento (36).

Los precios del mercado mundial solo registran parte de los costes que sufragan los programas nacionales, que se podrían reducir más mejorando los acuerdos de licitación, eliminando impuestos y aranceles, y reduciendo los costes de transporte y de otra índole a escala nacional.

Varios países han mejorado sus prácticas de adquisición en los últimos años, lo que ha dado lugar a importantes descensos en los costes.

El nivel de los precios de la mayoría de los materiales de diagnóstico del VIH, incluidas las pruebas de diagnóstico rápido y las de inmunosorción enzimática, se ha mantenido estable durante los últimos 10 años, aunque existe preocupación por que se produzcan aumentos de precio en el futuro si la competencia en el mercado disminuyese. De acuerdo con datos internos de la OMS sobre adquisiciones, el importe de los equipos de pruebas de recuento de células CD4 oscilaba entre USD 1,80 y USD 12,60 en 2010, lo que sugiere que existe terreno para reducir costes (40). Como sucede con los medicamentos antirretrovíricos, el precio de los materiales de diagnóstico varía en función de las regiones y los países, siendo superior en América Latina y el Caribe, por ejemplo. Las pruebas de carga vírica siguen siendo caras, con un precio de USD 9-10 (precio de la Naciones Unidas), USD 30 el de los reactivos y cerca de USD 100.000 el del equipo (40).

Adquirir y seleccionar los equipos de laboratorio apropiados de acuerdo con las necesidades mejorará la prestación de los servicios y contribuirá a hacerlos más eficientes. Así, un proyecto de Etiopía adaptó la capacidad de sus laboratorios tomando medidas como utilizar máquinas más baratas. Con ello se consiguieron ahorrar USD 600.000 el primer año y otros USD 100.000 anuales de allí en adelante (41).

La demanda elevada ha impulsado la producción de preservativos, un pilar central de la respuesta al VIH, lo que a su vez ha provocado que se reduzcan los costes. En 2010, el coste unitario de los preservativos masculinos adquiridos a través del sector público oscilaba entre USD 0,04 y USD 0,25, y el precio de los femeninos iba de USD 0,60 a USD 0,90 (44). Sin embargo, como los preservativos solo representan el 2-3% de los costes de la respuesta mundial al VIH, cualquier otro descenso en su precio tendría pocas repercusiones en la situación general (1, 42, 43).

### **Prestar servicios de manera eficiente**

Los responsables de los programas relacionados con el VIH exigen cada vez más información sobre los costes unitarios y se esfuerzan por conseguir que la prestación de los servicios sea eficiente. Los lugares donde se ofrecen dichos servicios difieren mucho entre sí, incluso dentro de los países, pero el coste total parece mostrar una tendencia a la baja debido a que se proporcionan a mayor escala y a la adopción de modelos de prestación más eficaces.

El coste de los programas relacionados con el VIH, como los de asesoramiento y pruebas, puede variar mucho incluso dentro de un mismo país (44,45). El coste suele reducirse cuando aumenta el volumen de los servicios de asesoramiento y pruebas (44,45) y cuando se integran dentro de otros servicios de

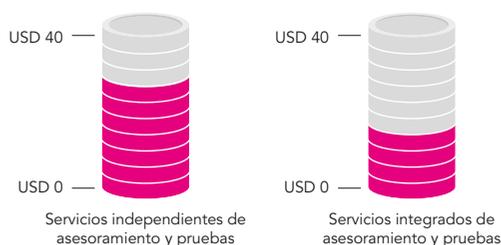
**Acabar con la epidemia de sida exige medicamentos de calidad a un coste bajo y que los servicios relacionados con el VIH se presten de forma eficaz**

salud (46). En algunos lugares, los modelos de asesoramiento y pruebas basados en la divulgación pueden suponer costes inferiores que los enfoques basados en los centros de salud (47). Los servicios comunitarios de prevención, asesoramiento y pruebas relacionados con el VIH pueden influir considerablemente en la cobertura y los costes cuando se integran dentro de otros servicios de salud (48).

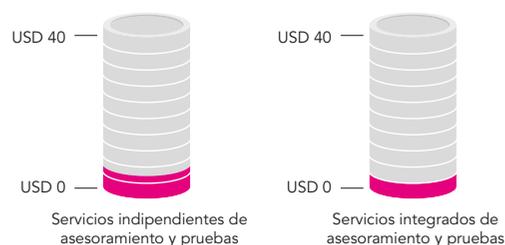
En los centros de salud, el coste del tratamiento antirretrovírico, incluida la provisión de productos y servicios, se ha reducido notablemente en los últimos años. En los países africanos de ingresos bajos o medios-bajos, ha pasado de más de USD 500 a USD 200 por persona al año, desde una media de USD 136 en Malawi a USD 278 en Zambia. Desde 2006 hasta 2010-2011, también se ha observado esta tendencia a la baja en Etiopía, Sudáfrica y

## La integración ahorra dinero: coste medio de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH integrados frente a los no integrados

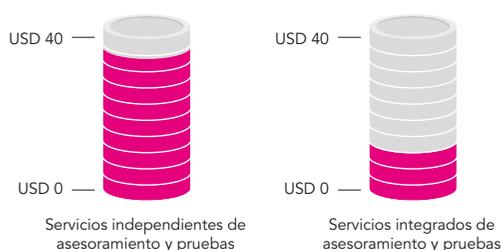
**KENYA (2002)**



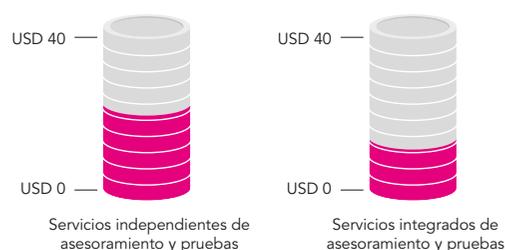
**INDIA (2007)**



**KENYA (2008)**



**UGANDA (2009)**



**Notas:**

Un ejemplo de servicios independientes de asesoramiento y pruebas son las clínicas especializadas en ellos. Los servicios integrados de asesoramiento y pruebas incluyen también otros aspectos sanitarios, como la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar o la atención primaria. Kenya (2002): coste medio unitario de los servicios de asesoramiento y pruebas prestados en centros independientes, frente a los que están integrados en tres centros de atención primaria. Kenya (2008): Servicios independientes frente a los integrados en ambulatorios en nueve centros. India (2007): Servicios independientes frente a los integrados en una clínica que ofrece servicios de asesoramiento y pruebas, y de salud reproductiva. Uganda (2009): Servicios integrados frente a los que comparten la misma estructura en centros hospitalarios (todos los usuarios de los servicios de asesoramiento y pruebas del hospital).

**Fuentes:** Menzies N et al (2009) The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. *AIDS*, 23:395-401.  
Lambila W et al. (2008) Feasibility, acceptability, effect and cost of integrating counseling and testing for HIV within family planning services in Kenya. Washington, DC, Population Council. ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADN569.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN569.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).  
Das R et al. (2007) Strengthening financial sustainability through integration of voluntary counseling and testing services with other reproductive health services. Washington, DC, Population Council Frontiers. ([http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/India\\_CINI.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_CINI.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).  
Forsythe S et al. (2002) Assessing the cost and willingness to pay for voluntary HIV counseling and testing in Kenya. *Health Policy and Planning*, 17:187-195.  
Sweeney S et al. (2012) Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 88:85-99.

Zambia. En Sudáfrica, el coste del tratamiento en los centros de salud ascendía a USD 682, lo que refleja que sus salarios son más elevados y que se realizan pruebas en laboratorios con más frecuencia (49). El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida analizó a los asociados que prestan atención y tratamiento en centros de salud en Mozambique, y demostró que gestionar el gasto de los socios redujo el coste por persona tratada un 44% solo entre 2009 y 2011. El coste medio suele ser inferior en los centros de salud con mayor volumen de pacientes (49,50), en lugares con más experiencia (50,51) y cuando las personas comienzan a recibir tratamiento antes (52).

La integración del tratamiento antirretrovírico en otros servicios, incluido el tratamiento contra la tuberculosis y otras coinfecciones, puede ser más barato que prestarlo de forma independiente (46). En Viet Nam, por ejemplo, los costes de mano de obra y administración eran más altos en los centros de salud dedicados exclusivamente a ofrecer servicios relacionados con el VIH que en los modelos de servicios integrados (52).

Se podría lograr una mayor eficacia mediante la delegación de tareas, la descentralización y con una mayor participación de la comunidad (53-59). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Sudáfrica desveló que los costes de los servicios de prestación de tratamiento antirretrovírico gestionados por enfermeros en establecimientos descentralizados eran un 11% más bajos que los de aquellos gestionados por médicos en hospitales (60). En la India, en los servicios descentralizados de tratamiento antirretrovírico (en centros de atención primaria y secundaria) los costes relacionados con los medicamentos son similares a los de los centros que ofrecen tratamiento antirretrovírico en la atención terciaria, pero los costes unitarios que no están relacionados con los fármacos son inferiores. Además, los usuarios de dichos servicios

## Reducción del coste anual del tratamiento antirretrovírico por persona, en países seleccionados, de 2006 a 2010-2011

### ETIOPÍA



### ZAMBIA



### SUDÁFRICA



\*PEPFAR, Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida. CHAI, Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud.

Fuentes: Etiopía 2006: Menzies NA et al. (2011): The cost of providing comprehensive HIV treatment in PEPFAR-supported programs. AIDS, 25:1753-1760. Zambia 2006: Bollinger L, Adesina A. (2011) Review of available antiretroviral treatment costs, major cost drivers and potential efficiency gains. Informe interno. Ginebra, ONUSIDA. Sudáfrica 2006: Bollinger L, Adesina A. (2011) Review of available antiretroviral treatment costs, major cost drivers and potential efficiency gains. Informe interno. Ginebra, ONUSIDA. Datos de CHAI para Etiopía, Zambia y Sudáfrica, 2010-2011: Facility-based unit costing of antiretroviral treatment: a costing study from 161 representative facilities in Ethiopia, Malawi, Rwanda, South Africa and Zambia. Nueva York, Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud (en imprenta).



# AGNES BINAGWAHO

---

Ministra de Salud de la República de Rwanda

---

## LA INTEGRACIÓN AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA

El VIH es una amenaza para la salud general y no se puede abordar de forma aislada. La única manera de conseguir una respuesta eficiente, eficaz, igualitaria y sostenible es integrándola en otros programas de salud.

La experiencia de Rwanda demuestra que reforzar el sistema de salud y hacer frente a la epidemia del VIH han de ir de la mano. El enfoque de financiación de Rwanda basado en el desempeño ya no se centra en la información para financiar la atención de la salud, sino en los resultados, y ha contribuido a mejorar el acceso y la calidad de la atención. El sistema nacional de salud de Rwanda también ha ayudado a agilizar la financiación para la salud, lo que ha aumentado la eficacia, así como la identificación de la comunidad con la atención de la salud y su participación en ella.

En el 80% de los centros de salud, los programas destinados a eliminar la infección por el VIH en los niños y mantener a sus madres con vida están integrados en los servicios rutinarios de salud materno-infantil. Los profesionales sanitarios reciben formación para ofrecer los dos servicios, y los usuarios ahorran tiempo y esfuerzo.

La integración es el camino para lograr el acceso universal: en Rwanda, más del 95% de la población que necesita tratamiento antirretrovírico lo está recibiendo.

Así, Rwanda no solo se beneficia del descenso de los precios mundiales de los medicamentos básicos contra el VIH, sino que también estamos poniendo en marcha programas relacionados con el VIH y con otros aspectos de la salud de manera eficaz, sacando el máximo partido a cada dólar invertido.

La financiación continua y sostenible es primordial en la respuesta al VIH, pero el liderazgo visionario, la innovación y la implicación también son fundamentales para lograr acabar con el sida.

están más satisfechos y siguen mejor el tratamiento, y los costes relativos a los desplazamientos han disminuido (53).

Los datos sobre los costes derivados de evitar que los niños contraigan la infección por el VIH y mantener a sus madres con vida son menos accesibles, pero también confirman que existen variaciones amplias y una tendencia general a la baja. En Kenia, el coste medio de cada infección por el VIH que se previene entre la población infantil descendió casi dos tercios entre 2005 y 2010 (61). En Ghana, nuevos datos (62) muestran que los costes son altos, lo que sugiere que la delegación de funciones podría ser una opción para lograr una mayor eficacia. Un estudio reciente llevado a cabo en varios países desveló que la participación de la comunidad es un factor clave en los programas que han conseguido el mejor nivel de prestación servicios al coste más bajo (63).

Los datos sobre los costes derivados de practicar la circuncisión masculina señalan que hay margen de ahorro. Un estudio realizado en Kenia (64) reveló que el apoyo administrativo y programático tenía el mayor potencial para reducir costes. La cirugía guiada con fórceps, la gestión de los pacientes por turnos de atención sucesivos, la delegación de funciones y los esfuerzos para movilizar a la comunidad pueden conseguir una mayor eficacia clínica (65).

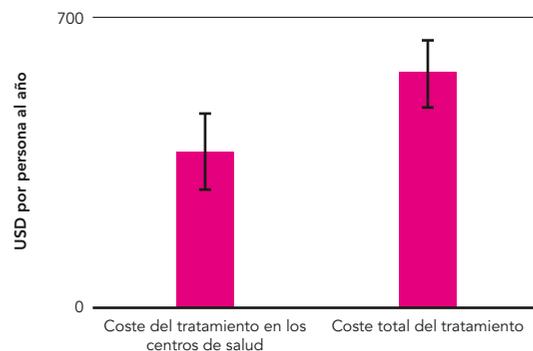
A medida que aumenta la escala de los servicios relacionados con el VIH destinados a las poblaciones clave más expuestas a la infección, el coste de los mismos experimenta una tendencia a la baja (45,66-68). Los datos sobre la iniciativa india de respuesta al sida conocida como Avahan demostraron que ampliar las actividades de prevención entre los profesionales del sexo y sus clientes, las personas transexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reducía los costes medios (66).

Los países deberían tener en cuenta los efectos de escala en sus ciclos de planificación y en los cálculos sobre las necesidades de inversión, aunque los costes no deberían ser el único factor que habría que considerar. Por ejemplo, los proyectos de distintas ciudades de la India destinados a los profesionales del sexo y a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen un coste inferior por persona que los dedicados a las personas transexuales, pero este colectivo también está muy expuesto a la infección por el VIH y necesita servicios eficaces (69).

### Contener los costes de los programas

Fuera de los centros de salud existe un amplio margen para seguir mejorando la eficiencia. Los costes de planificación, coordinación y gestión de los programas relacionados con el VIH incluyen la administración de los fondos; el suministro, el

## Coste del tratamiento en los centros de salud y en total por persona al año en Zambia, 2009



Nota: El coste total del tratamiento incluye los relacionados con centros de salud, finanzas y contabilidad, gestión de los recursos humanos, adquisiciones, control de la calidad, inventario y control de los suministros, análisis de datos, seguros, informática y telecomunicaciones, apoyo de laboratorio y enlaces con las comunidades

Fuente: Elliott Marseille, Health Strategies International (2012). Comunicación personal, análisis de los datos del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas de Zambia.

seguimiento y la evaluación de los medicamentos; e infraestructuras y tecnologías de comunicación e información, y todos ellos varían mucho de una región a otra. En la mayoría, los costes de apoyo y gestión de los programas suponen cerca del 10% del gasto total relacionado con el VIH. Sin embargo, en África subsahariana representan casi el 20%, cerca del 30% en Oriente Medio y África septentrional, y más del 30% en el Caribe. Los costes de apoyo y gestión programáticos suelen ser más elevados en los programas relacionados con el VIH más reducidos y en los países con prevalencias bajas.

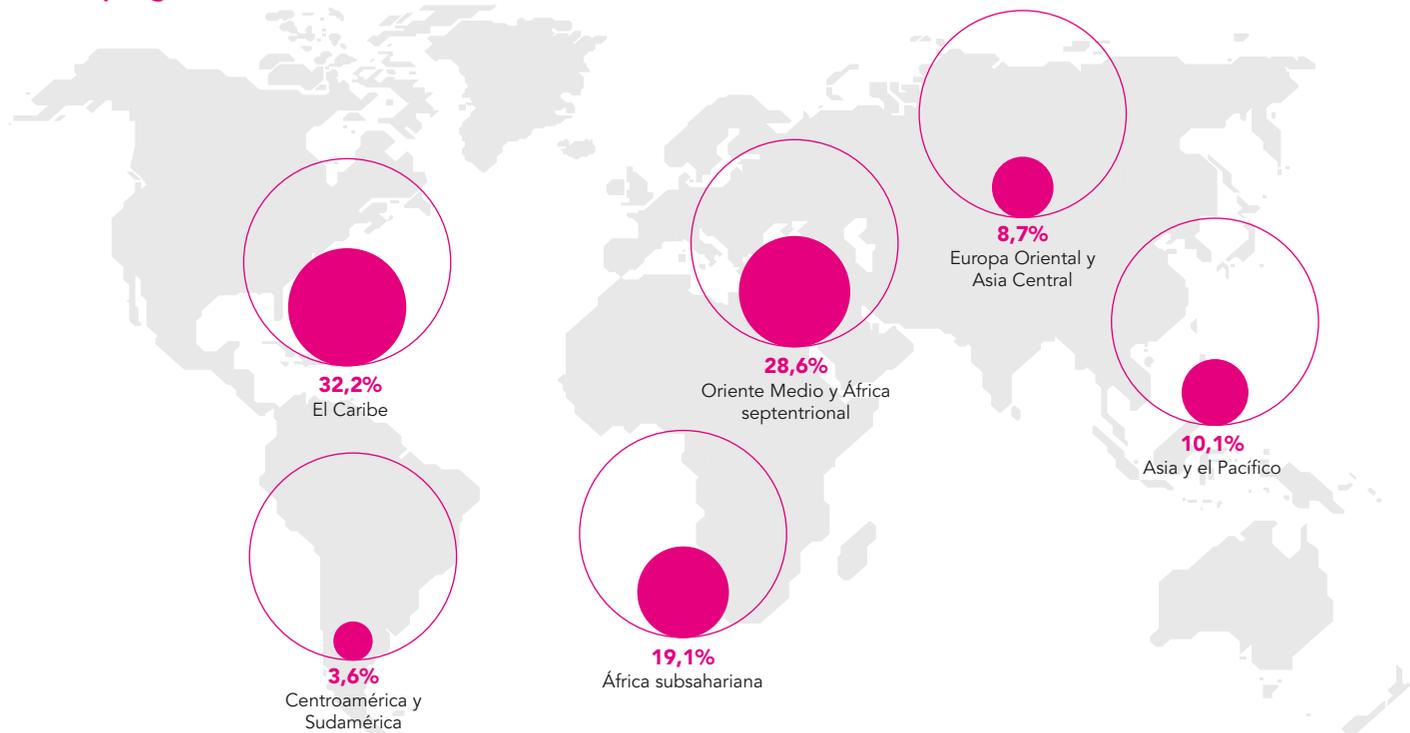
Cuando se cuenta con importantes fondos externos o de donantes, los costes de gestión y apoyo suelen ser mayores en comparación con los de

los programas sufragados principalmente con recursos nacionales. Los programas financiados con fuentes externas suelen estar asociados a componentes adicionales de gestión, asistencia técnica, información, seguimiento y evaluación. De media, por cada dólar de financiamiento externo que se sustituye por fondos nacionales, los costes de gestión de un programa se reducen USD 0,18.

Los costes totales de tratamiento, con los de apoyo al programa incluidos, pueden llegar a ser bastante más altos que en los centros de salud.

La asistencia técnica, que ronda los USD 300-700 al día, es cara, pero se están realizando esfuerzos para reducir costes, como muestra una revisión

### Proporción de los recursos totales para el VIH invertidos por región para gestionar programas, 2007–2009



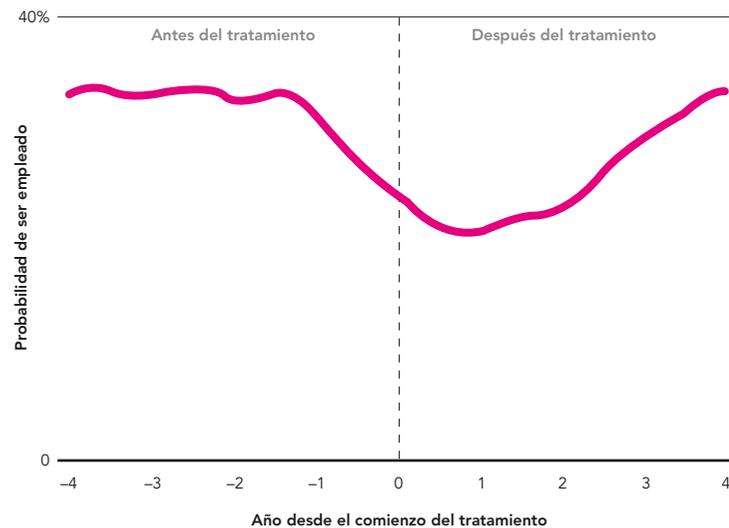
Nota: Datos del UNGASS 2010 (o del último año disponible). La gestión de programas incluye la planificación, la coordinación y la dirección de los programas, así como la administración del desembolso de los fondos, el suministro de medicamentos, la supervisión y evaluación, y tecnologías e infraestructuras de la información y la comunicación.

reciente de los centros de asistencia técnica de África subsahariana, Asia y el Pacífico que reciben apoyo de ONUSIDA (70-73). Los costes de los centros que cuentan con personal técnico local y regional siempre son más bajos que en los casos en los que se recurre sobre todo a expertos internacionales (70-73). Otra de las estrategias que se ha aplicado para reducir los costes de apoyo a los programas ha sido disminuir los de formación. En Zimbabwe, el coste medio de la formación para acabar con las nuevas infecciones en niños y mantener a sus madres con vida se redujo un 38% con los mismos resultados (74). Países, donantes y organizaciones internacionales deben documentar de manera más metódica las variaciones y los componentes de los costes de las actividades de apoyo a los programas.

### Conseguir que el rendimiento de las inversiones sea alto

Invertir en prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH eficaces da lugar a beneficios sociales y económicos que superan con creces a los costes. En ausencia de esta inversión, el VIH impone una carga económica importante. Las personas seropositivas y sus familias se enfrentan a gastos de atención sanitaria y social, pérdida de ingresos y necesidades de atención y apoyo (75). Estas demandas a menudo limitan el acceso a la educación, sobre todo entre las niñas. Cuando los adultos están lo bastante bien para trabajar, el bienestar familiar mejora y los costes de la atención sanitaria descienden. Las empresas incurren en menos costes derivados del absentismo, el reciclaje laboral y la contratación de personal de sustitución.

### Probabilidad de trabajar antes y después de recibir tratamiento antirretrovírico en KwaZulu-Natal, Sudáfrica



Fuentes: Bärnighausen T et al, The economic benefits of ART: evidence from a complete population cohort in rural South Africa 2<sup>nd</sup> International HIV Workshop on Treatment as Prevention, Vancouver, Canadá, abril de 2012.

Además, sobre todo en los países con una carga elevada de infección por el VIH, las comunidades disfrutaron de varios beneficios indirectos, como sistemas de salud pública más sólidos, un aumento en el número de niños matriculados en las escuelas, una mayor capacitación de la mujer y menos estigma.

### Salvar vidas

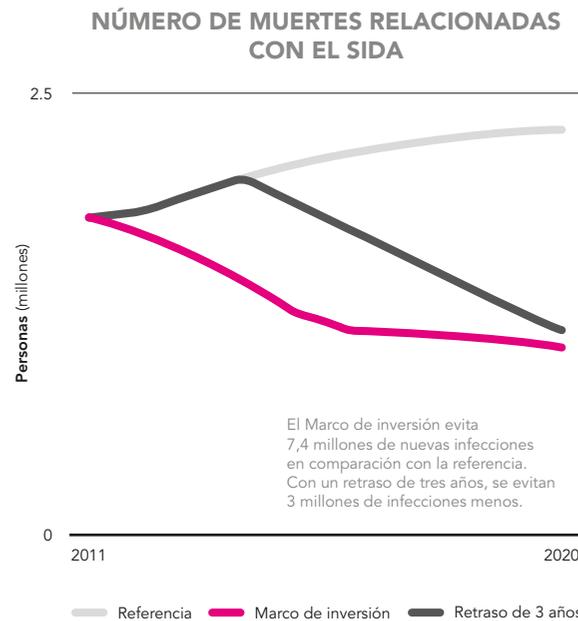
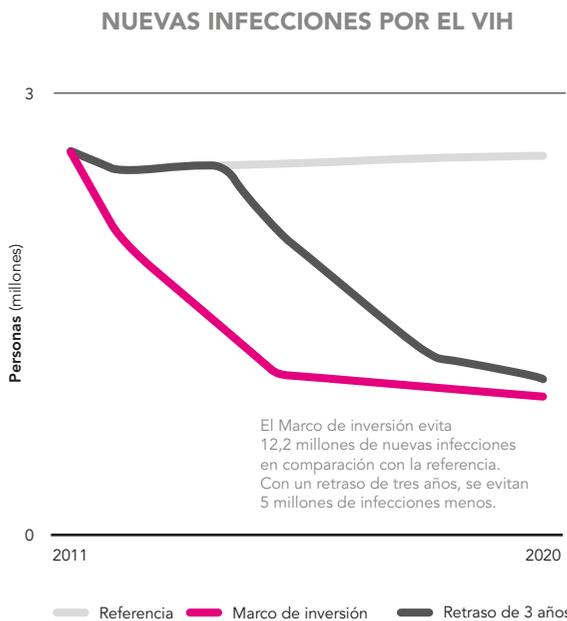
Existen pruebas contundentes que señalan que las actividades esenciales de tratamiento y prevención salvan vidas. Solamente con la prestación de tratamiento antirretrovírico se han ganado cerca de 14 millones de años de vida entre los adultos de los países de ingresos bajos y medios desde 1995, y los beneficios continúan creciendo a medida que se amplía la cobertura de tratamiento.

Así, aplicar un paquete básico de acciones de tratamiento y prevención del VIH, junto con elementos dinamizadores cruciales, evitaría 12,2 millones de nuevas infecciones por el VIH y 7,4 millones de defunciones por causas relacionadas con el sida entre 2011 y 2020, con lo que se obtendría una ganancia de 29,4 millones de años de vida (1). Sin embargo, retrasar las inversiones previstas en el Marco de Inversión de ONUSIDA causaría más sufrimiento y generaría costes adicionales. Un retraso de tres años provocaría que otros 5 millones de personas más contrajeran el VIH y que murieran 3 millones más.

### Ahorrar costes

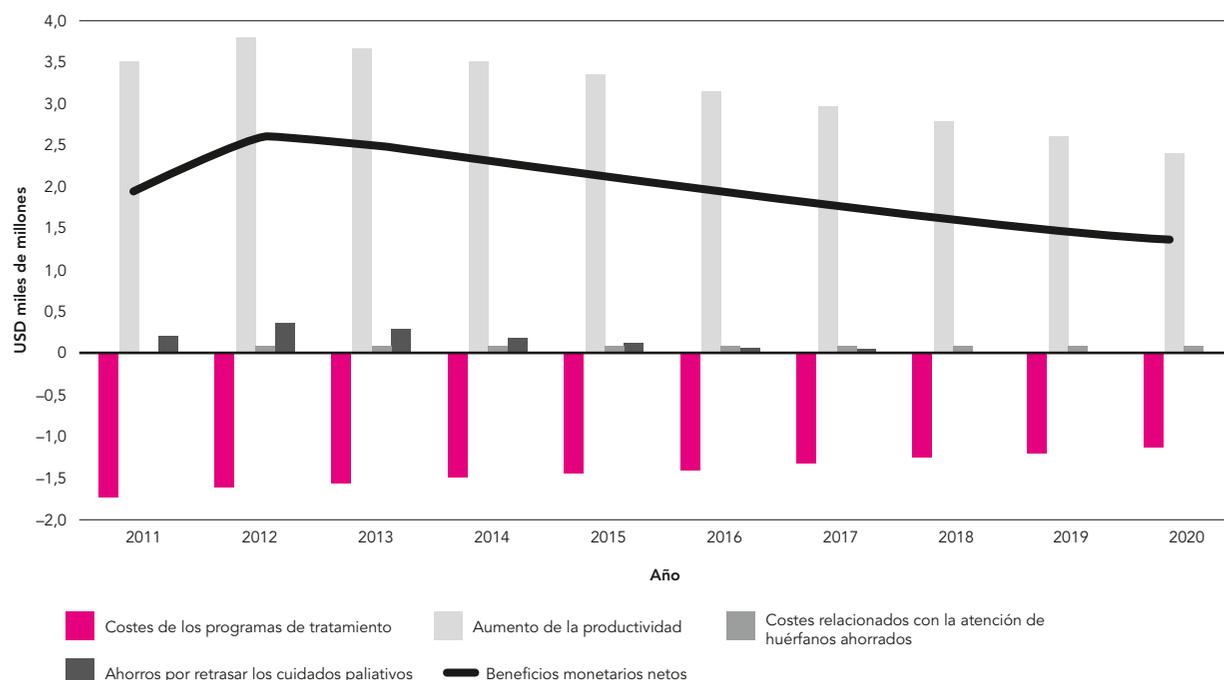
Al haber menos personas que contraen la infección por el VIH y más que tienen acceso al tratamiento antirretrovírico, la carga de los sistemas de salud

## Actuar a tiempo podría evitar 5 millones de nuevas infecciones y 3 millones de defunciones



Fuentes: Schwartländer B et al. (2011) Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 377:2031–2041; John Stover, Futures Institute, comunicación personal, Mayo de 2012.

## Costes y beneficios de los programas de tratamiento antirretrovírico previstos para 2011-2020 para las personas que reciben tratamiento financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, a partir de 2011



Fuente: Resch S et al. (2011) Economic returns to investment in AIDS treatment in low- and middle-income countries. *PLoS One*, 6:e2510.

nacionales se reduce, así como los futuros costes ligados a la atención sanitaria relacionada con el virus. El acceso al tratamiento disminuye el coste de la asistencia clínica del VIH, la hospitalización de pacientes terminales con estadios avanzados de la enfermedad, y el gasto asociado a otras afecciones, como la tuberculosis (77-79).

La rentabilidad no tarda mucho en materializarse. Un estudio reciente realizado en Haití reveló que anticipar el suministro del tratamiento antirretrovírico (cuando el recuento de células CD4 se sitúa entre 200 y 350 por mm cúbico) resulta rentable en

tres años (80). Los estudios de elaboración de modelos que se fundamentan en la prestación del tratamiento para el VIH en Sudáfrica, presentan argumentos convincentes a favor de realizar inversiones iniciales en la provisión anticipada del tratamiento antirretrovírico. El coste que supondría facilitar acceso universal al tratamiento a aquellas personas que reúnen las condiciones para ello se amortizaría entre 4 y 12 años, al pasar de prestar atención a pacientes hospitalizados a prestar atención ambulatoria, y al descender la carga de morbilidad (4).



## ERIC GOOSBY

---

Embajador y coordinador mundial de los Estados Unidos para el sida

---

### EL ACCESO A UN TRATAMIENTO EFICAZ AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA

El tratamiento es primordial para conseguir una generación sin sida. Para millones de personas representa la diferencia entre la vida y la muerte. Los Estados Unidos están orgullosos de colaborar a través del PEPFAR en el cumplimiento de la responsabilidad compartida de ampliar la cobertura de tratamiento, para lo que durante 2011 prestó apoyo a cerca de cuatro millones de personas en todo el mundo. El Día Mundial del Sida, el presidente Obama anunció que el PEPFAR aumentaría un 50% su objetivo de tratamiento, hasta seis millones de personas.

La ciencia indica que ampliar el acceso al tratamiento también mejorará notablemente la prevención combinada basada en pruebas, ya que los estudios señalan que la transmisión se reduce hasta un 96%. Como manifestó la Secretaria de Estado Clinton, “dejemos a un lado el viejo debate sobre tratamiento o prevención y hagamos que el tratamiento forme parte de la prevención”. El tratamiento protege a las familias. Por cada 1000 personas que reciben tratamiento durante un año, evitamos que cerca de 449 niños se queden huérfanos. Esto resulta rentable. Un estudio reciente demostró que los beneficios económicos y sociales de los programas de tratamiento superan a los costes.

El PEPFAR está totalmente comprometido a que los Estados Unidos contribuyan notablemente al esfuerzo mundial para acabar con el sida. Apoyamos programas nacionales para prevenir la transmisión materno-infantil, reforzar plataformas sostenibles de los sistemas de salud dedicadas a prestar atención y apoyo, y garantizar la integración en otros programas básicos. Asimismo, estamos trabajando con los países asociados para promover programas integrales y basados en pruebas en las comunidades.

Doy las gracias a todos nuestros asociados mundiales en el objetivo de alcanzar una generación sin sida.

## Invertir en la respuesta al VIH ahorra costes y aumenta la productividad

Evitar que los niños contraigan la infección por el VIH no solo salva millones de vidas, sino que también se traduce en ahorros a largo plazo

al eludir los costes derivados del tratamiento y la atención prolongados (81).

El coste de la circuncisión masculina médica voluntaria equivale a una pequeña proporción del gasto que supone tratar y atender a una persona seropositiva durante toda su vida. Una inversión financiada por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida dedicará USD 1.500 millones entre 2011 y 2015 a conseguir que la cobertura de la circuncisión masculina alcance el 80% en 13 países prioritarios de África meridional y oriental, lo que podría traducirse en un ahorro neto de USD 16.500 millones (82).

Aunque existen pocos estudios que hayan evaluado la rentabilidad de los programas de prevención centrados en el comportamiento (11), los datos señalan que el asesoramiento y las pruebas voluntarias, las intervenciones llevadas a cabo en colegios y los programas de reparto y fomento del uso del preservativo pueden generar ahorros al reducir los costes que supone el tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (83, 84). Asimismo, también se ha comprobado que los programas destinados a evitar que las profesionales del sexo y los usuarios de drogas inyectables contraigan el VIH dan lugar a que se ahorren costes a largo plazo (19,85).

## Mejorar la productividad

Las personas que reciben tratamiento antirretrovírico pueden retomar su vida laboral y productiva y tienen la posibilidad de volver a percibir sus ingresos habituales (86-89). Un estudio de siete años de duración realizado en KwaZulu-Natal (Sudáfrica), reveló que el 89% de las personas seropositivas que estaban recibiendo tratamiento había recuperado su empleo o lo había conservado (90).

Además, en los hogares en los que los padres seropositivos están recibiendo tratamiento (en comparación con aquellos que no tienen acceso a él) suele ser más frecuente que sus hijos acudan al colegio. Estos niños también suelen trabajar menos horas, ingieren comidas más saludables y gozan de mejor salud (91,92).

Existen buenos motivos para que las empresas proporcionen tratamiento antirretrovírico a sus empleados, sobre todo para las grandes, pues conlleva un aumento de la productividad de los trabajadores y un descenso del absentismo laboral, así como de la necesidad de contratar y formar a personal de sustitución, disminuyendo así los costes relacionados con el VIH.

Los 3,5 millones de personas que están recibiendo tratamiento antirretrovírico gracias a programas cofinanciados por el Fondo Mundial ganarán cerca de 18,5 millones de años de vida entre 2011 y 2020, y reportarán a la sociedad entre USD 12.000 millones y USD 34.000 millones a través del aumento de la productividad laboral, el ahorro de los costes derivados del cuidado de huérfanos y el aplaza-

miento de la atención sanitaria de las infecciones oportunistas y los cuidados paliativos (75).

Los estudios de elaboración de modelos indican que ampliar el acceso al tratamiento del VIH puede contrarrestar las consecuencias negativas a largo plazo que provocan las epidemias del VIH en el crecimiento económico, aunque en diferentes grados en función del país (93).

Por lo tanto, invertir en la combinación adecuada de programas relacionados con el VIH que responda a las necesidades de la comunidad afectada, no solo salva vidas, sino que también supone un ahorro de dinero. Utilizar los recursos limitados de forma inteligente conduce a un rendimiento excelente de la inversión para las familias, los lugares de trabajo, las comunidades y los países.



**INVERTIR DE  
MANERA  
SOSTENIBLE**

# Las inversiones para combatir el VIH están aumentando y se están diversificando

El gasto mundial relacionado con el VIH está aumentando: hasta un 11% en 2011 frente a 2010, alcanzando los USD 16.800 millones. La asistencia internacional prácticamente se ha estancado, y algunos países donantes están reduciendo su financiación. No obstante, se está diversificando.

---

El gasto mundial relacionado con el VIH está aumentando. En 2011 llegó a un total de USD 16.800 millones, un aumento del 11% con respecto al presupuesto de 2010, que incluye la financiación internacional estable y el creciente gasto nacional. Tras un periodo de dos años en los que la asistencia internacional se había estancado, al que le siguió un descenso en 2010, los nuevos datos señalan que la financiación mundial para la respuesta al VIH sigue sin alcanzar su punto máximo.

Actualmente hay más países que están prestando asistencia, incluidas las contribuciones en especie y la difusión de conocimientos que están llevando a cabo Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica. El gasto público nacional sigue aumentando. En la actualidad, algunos países de

ingresos bajos y medios están financiando su propia respuesta, con frecuencia a través de métodos innovadores. Sin embargo, a pesar del incremento del compromiso y la implicación nacional, los programas relacionados con el VIH que se aplican en países de ingresos bajos siguen dependiendo de la ayuda externa mucho más que el sector de la salud en general. Para alcanzar los objetivos acordados internacionalmente, los donantes y los países de ingresos bajos y medios deben hacer más.

Nuevas estimaciones señalan que la financiación procedente de fuentes públicas nacionales aumentó más de un 15% entre 2010 y 2011, de las que un 41% pertenecían a África subsahariana. Los recursos nacionales de los países de ingresos bajos y medios respaldan más del 50% de la respuesta mundial.

La financiación de la comunidad internacional para responder al VIH se mantuvo bastante constante entre 2008 y 2011, liderada por los Estados Unidos de América y el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. En 2011, la suma de sus desembolsos supuso USD 5.500 millones para los países. Otros donantes bilaterales, entre los que se encuentran países que nos pertenecen a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), aportaron en torno a un 20% de la financiación, mientras que el sector filantrópico

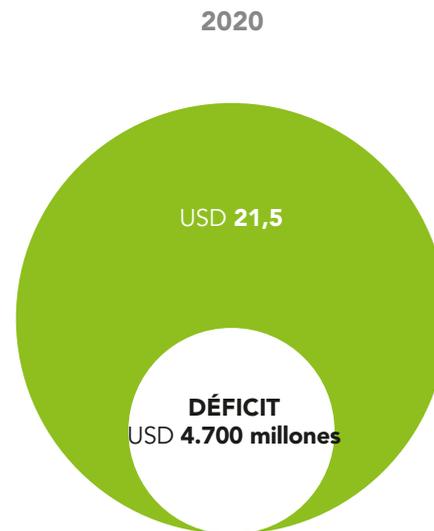
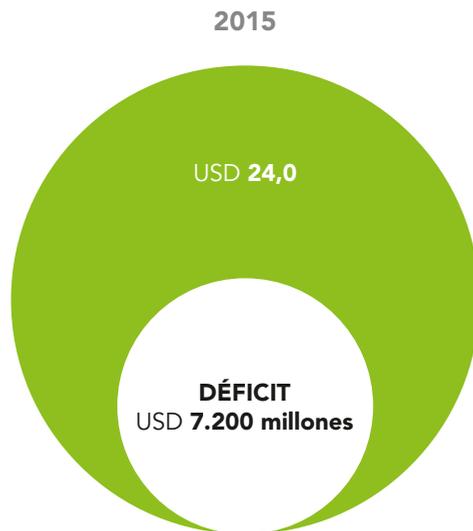
proporcionó alrededor de un 3%, y los bancos y fondos para el desarrollo cerca del 2%. De hecho, el conjunto de la financiación internacional se ha estabilizado durante los últimos cuatro años.

No obstante, el déficit sigue siendo importante, de más de USD 7.000 millones, y es necesario que se movilicen más fondos. Esta carencia es especialmente grave en África subsahariana, donde la necesidad de recursos supone casi la mitad del déficit total. Las estimaciones señalan que esta región necesitará entre USD 11.000 y USD 12.000 millones al año hasta 2015 para evitar que las personas contraigan el VIH y ampliar la cobertura de tratamiento, entre USD 2.000 y USD 3.000 millones más que el total de la actual inversión anual.

### Recursos disponibles para el VIH en países de ingresos bajos y medios, 2002-2011



### Inversión relacionada con el VIH necesaria en países de ingresos bajos y medios



Fuente: ONUSIDA, mayo de 2012.

### La implicación de los países en la respuesta al VIH está aumentando

A medida que crecen las economías de los países de ingresos bajos y medios y aumenta su capacidad para gestionar su respuesta, muchos de ellos se están haciendo cargo poco a poco de sus programas relacionados con el VIH. En 2010, más del 50% de la asistencia internacional en materia de VIH destinada a los países de ingresos bajos y medios se otorgó a los gobiernos, frente al 10% en 2005, lo que refleja un mayor compromiso por parte de los mismos.

La financiación nacional también está creciendo. En 2011, de acuerdo con las últimas estimaciones, los países de ingresos bajos y medios dedicaron cerca de USD 7.700 millones a programas relacionados con el VIH, y el desembolso privado nacional supuso otros USD 900 millones. Tras años de crecimiento continuo, en 2011 el gasto nacional para responder al VIH fue superior que el conjunto de todas las contribuciones de los donantes.

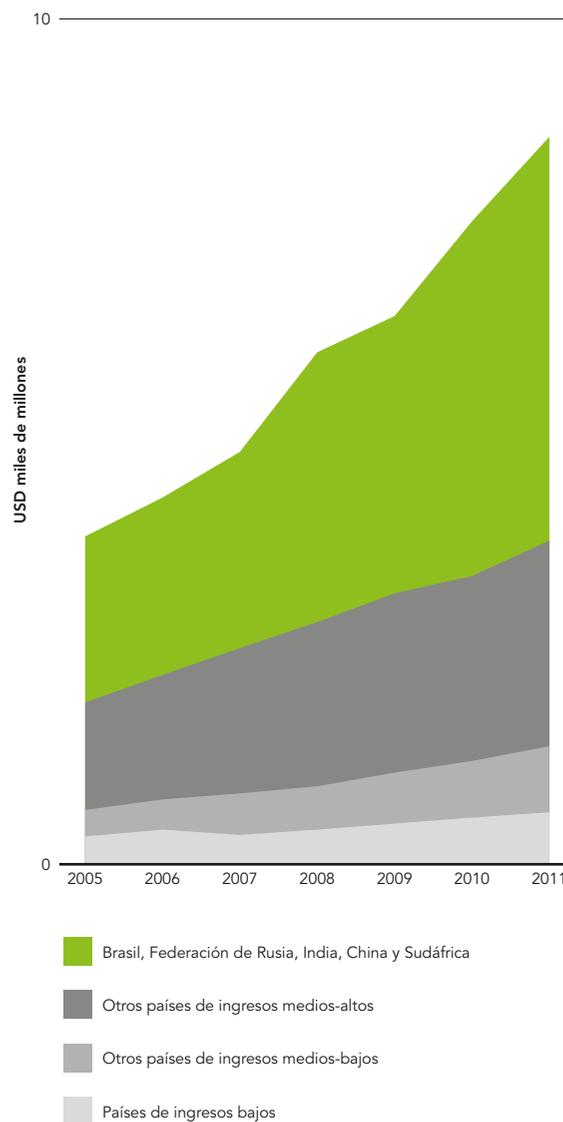
Cada vez hay más países de ingresos bajos y medios que pueden y están dispuestos a dedicar recursos

adicionales a la salud, incluidos los programas relacionados con el VIH. En 2011, 56 de 99 países de ingresos medios financiaban más de la mitad de su respuesta al sida.

### La financiación mundial estimada para responder al VIH aumentó un 11% en 2011, con Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica marcando el camino

Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica están marcando la pauta a la hora de asumir una mayor responsabilidad en sus respuestas nacionales al VIH. Brasil y la Federación de Rusia ya sufragan casi la totalidad de las mismas. El gasto de Brasil asciende a entre USD 600 millones y USD 1.000 millones al año, y el gobierno costea por

### Gasto relacionado con el VIH por nivel nacional de ingresos



completo el tratamiento antirretrovírico. Sudáfrica ha multiplicado por cinco sus fondos para responder al VIH durante los últimos cinco años. En 2011, le dedicó cerca de USD 2.000 millones, lo que le convierte en el país de ingresos bajos y medios que más financiación destina a esta causa. India se ha comprometido a sufragar más del 90% de su plan estratégico nacional para 2012-2017, frente al 10% con el que contribuyó en 2009 (1). China, por su parte, ha multiplicado por cuatro su gasto público nacional, que ha pasado de USD 124 millones en 2007 a USD 530 millones en 2011. Además, es más probable que aumente la proporción de fondos nacionales de China en su respuesta, que actualmente alcanza el 80%, ya que los programas financiados con asistencia internacional están concluyendo (2).

Algunos países de ingresos medios, como Botswana o México, también están financiando sus propias respuestas casi en su totalidad, mientras que otros, entre ellos Kazajstán, Namibia y Viet Nam, han iniciado planes, previa consulta con asociados clave como el Plan del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, para ir asumiendo poco a poco la financiación de su respuesta.

Muchos países de ingresos bajos también han empezado a analizar formas innovadoras de ampliar los fondos nacionales destinados a responder al VIH. En Zimbabwe, por ejemplo, el impuesto para el sida lleva 12 años en vigor y dedica una parte del impuesto sobre la renta de las personas y las empresas a la respuesta del país al sida. Kenya y Zambia, por su parte, están considerando crear un fondo fiduciario para hacer frente al sida y han empezado a redactar la legislación necesaria. Ambos países proponen financiarlo a través de diferentes fuentes, entre ellas una contribución específica del gobierno central.

Algunos países africanos imponen un gravamen a la industria de la telefonía móvil para financiar programas sanitarios. En la Comunidad de África Oriental, Rwanda y Uganda inclusive, estas tasas van del 5% al 12% del coste de las llamadas. Varios países, entre ellos Botswana, Burkina Faso, Camerún, Gabón, Kenya y Malawi, han analizado la posibilidad de imponer un gravamen sobre el tiempo de llamada cuyos ingresos se destinarían específicamente a financiar la respuesta al sida. Los estudios de elaboración de modelos señalan que con un impuesto se podría recaudar hasta un

---

## KAZAJSTÁN Y EL FONDO MUNDIAL

Kazajstán ha experimentado un fuerte crecimiento económico desde que el país alcanzó su independencia en 1991, y desde entonces ha ido ampliando de manera constante su gasto público en salud, a la vez que incentiva a los proveedores de servicios sanitarios públicos y privados.

El Gobierno de Kazajstán prevé que las condiciones que debe reunir el país para recibir ayuda internacional disminuirán, y por ello está asumiendo poco a poco la financiación de elementos esenciales que cubren las subvenciones del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, sobre todo los medicamentos antirretrovíricos y contra la tuberculosis, así como los programas de prevención del VIH, que el gobierno se encargará de financiar en su totalidad.

0,13% del producto interior bruto, lo que supondría una contribución valiosa para los programas relacionados con el sida. Varios países africanos<sup>1</sup> pertenecen a UNITAID, un organismo internacional de compra de medicamentos que se sirve de

mecanismos de financiación innovadores, como la aplicación de una tasa solidaria sobre los viajes en avión, con el fin de ampliar la cobertura para el sida, la tuberculosis y la malaria.

---

## FINANCIACIÓN INNOVADORA EN KENYA

Kenya tiene un déficit importante de financiación a medio plazo para su programa relacionado con el VIH, y el gobierno lo ha abordado de un modo directo y sencillo. Un grupo de trabajo especial encargado de analizar la financiación de la respuesta elaboró un documento ministerial en el que se señalaban algunas acciones clave.

Los métodos de financiación innovadores podrían cubrir el déficit, tanto con fuentes gubernamentales como de otro tipo.

- La propuesta inicial consiste en que entre un 0,5% y un 1% de los ingresos tributarios ordinarios del gobierno podría destinarse a la respuesta al VIH y canalizarse a través de un fondo fiduciario.
- A lo largo del tiempo, a medida que fueran apareciendo otras fuentes de financiación, la aportación a la respuesta descendería y este dinero público podría destinarse a financiar el crecimiento relacionado con la salud a través del Marco de gasto a medio plazo o la ampliación del Fondo nacional de seguridad hospitalaria mientras se va convirtiendo en un sistema de seguro social de la salud.
- Los ingresos del fondo fiduciario para la respuesta al VIH se aplicarían junto con el presupuesto de salud habitual, por lo que aumentaría el gasto relacionado con el VIH del gobierno de Kenya.

Entre algunas de las iniciativas paralelas para diversificar las fuentes de financiación se encuentran:

- La creación de un bono contra el sida, que atraería a los compradores del sector privado que deseen reforzar su perfil de responsabilidad social empresarial y que ofrecería una tasa de interés;
- La implantación de una tasa a las líneas aéreas;
- La creación de un fondo latente que utilizaría bienes que no han sido reclamados durante un periodo determinado, procedentes principalmente de cuentas comerciales;
- La imposición de un gravamen sobre el tiempo de llamada en la telefonía móvil; y
- El impulso de las contribuciones del sector privado.

Las cuatro primeras fuentes propuestas tienen especial potencial para ayudar a acabar con el déficit y aportar contribuciones sostenibles al fondo fiduciario para responder al VIH.

# ROBINSON NJERU GITHAE

---

Ministro de Finanzas de Kenya

---

## LA INVERSIÓN NACIONAL PREVISIBLE EN ÁFRICA AYUDARÁ A ACABAR CON EL SIDA

En Kenya, la esperanza de vida ha aumentado, mientras que la pobreza se ha reducido. Estos logros son el resultado de políticas inclusivas de crecimiento económico y reducción de la pobreza, y de un fuerte liderazgo a la hora de hacer frente al sida.

Como ministro de Finanzas, veo los efectos negativos que la epidemia de sida tiene sobre el crecimiento económico y el desarrollo, así como el coste cada vez mayor de la respuesta, y lo mucho que dependemos de una dudosa financiación global. En Kenya, la respuesta al VIH durante 2011 supuso USD 709 millones. La ayuda al desarrollo aportó el 81% de ese capital. Kenya agradece esta ayuda, pero nuestra dependencia – que no se da en otros sectores – también nos hace vulnerables. Estimamos que para 2030, el déficit anual de la financiación relacionada con el VIH será de USD 300 millones.

Como respuesta, estamos evaluando activamente la viabilidad de otros instrumentos de financiación innovadores a corto plazo y la ampliación de los servicios relacionados con el VIH en el seguro social de salud. Pero la sostenibilidad y la implicación del país a largo plazo nos exigen seguir mejorando la eficacia de los programas vigentes en materia del VIH, reducir la carga de morbilidad y hacer que los servicios de salud sean lo más rentables posible.

Ahorrar miles de millones en futuros costes sanitarios y ayudar a los kenianos para que disfruten de unas vidas productivas es una gran inversión. Seguiremos necesitando ayuda a corto plazo. Hacemos un llamamiento a nuestros asociados para que continúen brindándonos el apoyo que necesitamos de manera previsible. Juntos asumiremos la responsabilidad compartida.



### La asistencia de los donantes se estanca

Las principales fuentes de asistencia procedente de donantes siguen siendo más o menos las mismas, pero el panorama de la financiación en materia de VIH y el lugar que ocupan en él está cambiando. La asistencia internacional al desarrollo para responder al VIH que procede de organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y otros fondos regionales para el desarrollo se ha mantenido prácticamente invariable durante los últimos cinco años, alcanzando cerca de USD 400 millones al año (3,4).

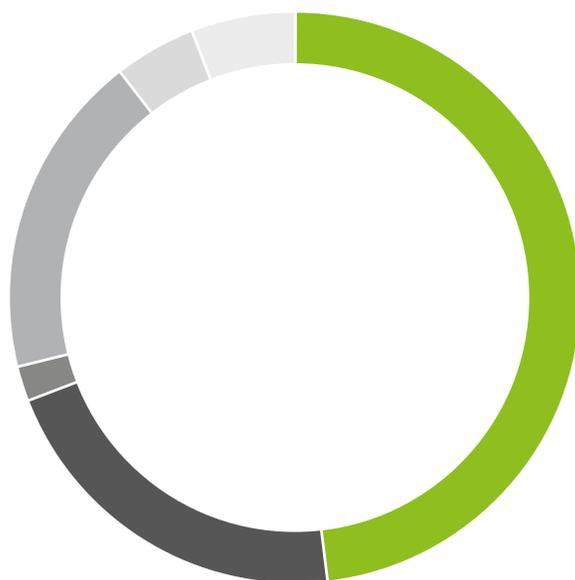
El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés) aportó USD 4.000 millones como ayuda bilateral en 2011, lo que representa el 48% de toda la asistencia internacional para responder al VIH (5). El PEPFAR está redistribuyendo su ayuda llevándola de los países de ingresos medios con más capacidades para hacerse cargo de sus programas, a los países

de ingresos más bajos, que tienen una mayor necesidad de apoyo.

La financiación de la mayoría de los otros gobiernos donantes también se ha estancado o está descendiendo, con un cambio en las prioridades, que han pasado del VIH a otras relacionadas con la salud u otros aspectos. Los gobiernos europeos proporcionaron cerca de USD 2.700 millones en 2011, de los que USD 1.700 se desembolsaron a través de canales bilaterales (5). De 2010 a 2011, su contribución aumentó ligeramente (un 3%), pero fue un 29% inferior a la que realizaron en 2008, y un 3% más baja que la de 2009. Los patrones de la ayuda internacional entre 2009 y 2012 parecen indicar que algunos países la están desvinculando de la financiación en materia de VIH para integrarla en los presupuestos de asistencia de la salud (3,5).

**La asistencia internacional para responder al VIH debe mantenerse.**

### Ayuda internacional para el VIH otorgada a países de ingresos bajos y medios en 2011



- Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) (48%)
- Gobiernos europeos (21%)
- Otros gobiernos del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (2%)
- Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (18%)
- Otros organismos multilaterales (4%)
- Organizaciones filantrópicas (6%)
- Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica, y gobiernos que no pertenecen al Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (<1%)

Los Estados Unidos y Europa han prestado un apoyo considerable al Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, que a cambio desembolsó USD 1.500 millones en países de ingresos bajos y medios (6). Los países europeos fueron los donantes principales del Fondo Mundial. Muchos de ellos lo utilizaban como su canal fundamental para facilitar la asistencia internacional. Reino Unido, un donante clave de ayuda internacional bilateral, decidió recientemente que concentraría su apoyo a la respuesta al VIH en fuentes multilaterales, como el Fondo Mundial (6). Los Estados Unidos también han mantenido sus contribuciones en niveles altos.

Aunque el desembolso de USD 1.500 millones por parte del Fondo Mundial ha supuesto una reducción de su asistencia del 5% con respecto a 2010, en su 26ª reunión de la Junta Directiva, celebrada en mayo de 2012, el Fondo Mundial identificó una cantidad adicional de USD 1.600 millones de bienes no comprometidos para 2012-2014. Así, se pondrá en marcha una nueva oportunidad de financiación con la intención de movilizar estos fondos para abril de 2013. Su diseño concreto todavía no se ha definido, pero sin duda, cualquier decisión que se tome se hará basándose en datos sólidos que reflejen la demanda y la necesidad de recursos procedentes del Fondo Mundial, una información que se fundamenta en análisis de alta calidad de las carencias programáticas y económicas de las respuestas nacionales al sida.

La ayuda internacional se está empezando a diversificar. Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica, así como otros países de ingresos medios del G20, gobiernos que forman parte de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) o miembros de la OCDE que no pertenecen al Comité de Asistencia para el Desarrollo están complementando el apoyo de los donantes tradicionales con contribuciones cada vez mayores

a organizaciones multilaterales, incluidos el Fondo Mundial o UNITAID. Las aportaciones relacionadas con el VIH que realizaron en 2011 a dichas organizaciones superaron los USD 30 millones, lo que supuso un aumento del 55% con respecto a 2010 (7). Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica, así como otros países que no forman parte del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, también están aumentando las contribuciones en especie que facilitan directamente a los países de ingresos bajos y compartiendo con ellos sus conocimientos técnicos y su capacidad productiva.

### **Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica están ofreciendo más asistencia**

La ayuda relacionada con el VIH que Brasil está prestando a otros países refleja sus progresos nacionales y la experiencia que ha adquirido en la respuesta al virus. Desde 2006, se ha convertido en una pieza fundamental en la creación y el desarrollo de UNITAID. Como parte de su cooperación bilateral, Brasil está promoviendo la transferencia tecnológica y una asociación con Mozambique para fabricar medicamentos antirretrovíricos en este país. En América Latina, Brasil ha establecido asociaciones con Paraguay, Bolivia y otros países de ingresos bajos y medios para proporcionarles tratamiento antirretrovírico, transmisión de tecnologías y asistencia a través de la elaboración de programas nacionales del VIH eficaces.

Como donante emergente, la Federación de Rusia sobre todo facilita asistencia vertical y tradicional a organizaciones multilaterales. En 2011, aportó al menos USD 31 millones a organizaciones que hacen frente a diferentes enfermedades y que aplican programas relacionados con el VIH, de los que USD 13 millones se dedicaron a responder al virus. Su ayuda bilateral se centra en la Comunidad de Estados Independientes, principalmente para combatir enfermedades infecciosas, con el fin de evitar que estas afecciones traspasen las fronteras

rusas (8). Entre 2007 y 2010, la Federación de Rusia destinó USD 88 millones a la iniciativa HIV Vaccine Enterprise para la investigación sobre una vacuna contra el VIH. La Federación de Rusia también comparte conocimientos con instituciones científicas de Europa oriental y Asia central, y apoya programas internacionales de investigación. De 2006 a 2010, comprometió USD 100 millones a programas de vigilancia de enfermedades en países colindantes, que reciben la mayor parte de los fondos para la salud que la Federación de Rusia desembolsa de manera bilateral (9). El país está tomando una posición de liderazgo cada vez mayor, como con la acogida del foro internacional sobre el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio en octubre de 2011, por ejemplo.

India ha contribuido enormemente a la respuesta al sida gracias a su capacidad para fabricar medicamentos antirretrovíricos genéricos en el sector privado. Como el 80% de estos fármacos son genéricos comprados internamente, en los últimos cinco años se han ahorrado bastantes miles de millones de dólares. El país también está estableciendo nuevas formas de asociación con países de ingresos bajos a través de mecanismos de apoyo innovadores y la cooperación sur-sur. India ya está prestando ayuda considerable a sus países fronterizos y otras naciones asiáticas. En 2011, asignó USD 430 millones a 68 proyectos en Bhután en sectores socioeconómicos clave, incluidos la salud, la educación y el desarrollo de capacidades. También en 2011, en Addis Abeba, el gobierno se comprometió a acelerar la transferencia de tecnologías entre el sector farmacéutico y los fabricantes africanos.

Aunque China no ha hecho público su presupuesto de ayuda exterior, se calcula que en 2010 desembolsó USD 3.900 millones (10). Su modelo de asistencia internacional se basa en proporcionar cooperación sur-sur centrándose en el beneficio

mutuo del desarrollo económico, las infraestructuras y la investigación. En la actualidad, China es uno de los cinco donantes principales en el ámbito de la investigación y el desarrollo relacionados con el VIH. En 2011, destinó USD 18,3 millones a investigaciones sobre la vacuna del VIH (11). Su ayuda exterior relacionada con la salud beneficia sobre todo a países africanos gracias a la capacitación y al desarrollo de infraestructuras y personal sanitario (10, 12). Además, la contribución de China al Banco Asiático de Desarrollo (cerca de USD 50 millones al año) podría ayudar mucho a reforzar los sistemas de salud en otros países de la región.

Sudáfrica está realizando grandes inversiones en investigación y desarrollo. En 2008, su gasto en ambos fue de USD 2.600 millones y ha comprometido más de USD 10.000 millones hasta 2018 (10). Al centrarse en hacer frente a enfermedades infecciosas, así como en la investigación y el progreso en materia de prevención, y en el desarrollo de medicamentos, Sudáfrica contribuye en gran medida a la respuesta mundial al sida, y en la actualidad es el segundo donante más importante en la financiación de la investigación y el desarrollo de microbicidas. En 2011, invirtió USD 10 millones (11), incluidos USD 2,5 millones destinados al estudio CAPRISA 004, el primero en probar que los microbicidas pueden reducir el riesgo de una persona a contraer el virus.

En 2011, también proporcionaron asistencia bilateral para responder al VIH Arabia Saudí (USD 2 millones), México (USD 1 millón), los Emiratos Árabes Unidos (USD 320.000), Israel (USD 300.000) y Polonia (USD 185.000).

### **Ayuda altruista para el VIH**

Los fondos procedentes de ayudas altruistas han permanecido estables durante los últimos ocho años. Suponen entre USD 500 millones y USD 600 millones al año que se destinan a países de

ingresos bajos y medios, y proceden principalmente de fundaciones de los Estados Unidos de América (77%), seguidas de donantes europeos (23%) y filántropos de Canadá y Australia (13, 14). La

### Los mecanismos de financiación innovadores contribuyen al esfuerzo de solidaridad internacional

Fundación Bill & Melinda Gates sigue siendo la organización altruista que más fondos dedica a combatir el VIH en todo el mundo. Aunque aún son muy modestas, las contribuciones filantrópicas y privadas de los países de ingresos bajos y medios están aumentando, con 16 donantes individuales y empresariales que proceden de Brasil, Ghana, India, Kenya, Marruecos, Sudáfrica, Taiwán y Ucrania (7).

#### Iniciativas de financiación innovadoras

Las iniciativas de financiación innovadoras están contribuyendo a responder al VIH y se están preparando nuevas ideas para recaudar fondos. De momento, nueve países (Camerún, Chile, Congo, Francia, Madagascar, Malí, Mauricio, Níger y la República de Korea) (15) han aplicado la tasa sobre las líneas aéreas de UNITAID. Por su parte, Noruega destina parte de su impuesto sobre las emisiones de dióxido de carbono a UNITAID. Además existen propuestas para llevar la aplicación de las tasas sobre el transporte aéreo a más países y ampliar las contribuciones voluntarias que realizan los pasajeros.

#### Dependencia de la ayuda

A pesar de los esfuerzos considerables que se están llevando a cabo para aumentar la financiación nacional, muchos países de ingresos bajos siguen dependiendo en gran medida de la ayuda internacional para apoyar su respuesta nacional al sida. La financiación internacional supone más de la mitad de los recursos para responder al VIH en 76 países, entre ellos 23 de los más afectados por la epidemia. Para la mayoría de ellos, el Fondo Mundial

Fundación Bill & Melinda Gates sigue siendo la organización altruista que más fondos dedica a combatir el VIH en todo el mundo. Aunque aún son muy modestas, las contribuciones

### Proporción nacional de la inversión total relacionada con la salud y el sida en África en 2010

SALUD



SIDA



Fuente: ONUSIDA y OMS (2012) Base de datos sobre el gasto mundial en salud, mayo de 2012.

sigue siendo la principal fuente de financiación, que en 51 países representa más del 30% del total, incluidos 40 de ingresos bajos o medios-bajos y 15 con epidemias generalizadas.

A pesar del aumento del compromiso y la implicación nacional en la respuesta al virus, los programas para hacerle frente siguen dependiendo de la ayuda exterior mucho más que el sector de la salud en general. En África, por ejemplo, las fuentes internacionales suponen dos tercios de las inversiones relacionadas con el VIH, mientras que más de dos tercios del gasto en salud general provienen de fuentes nacionales.

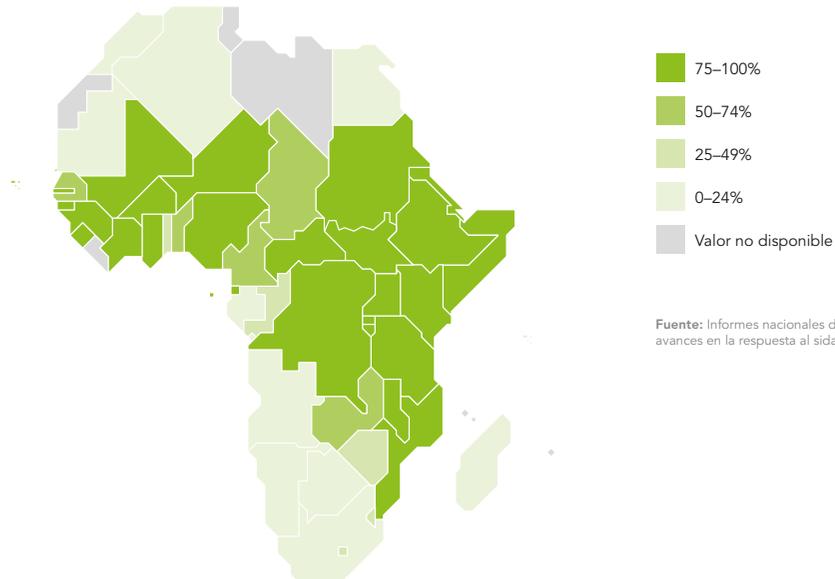
Los programas de tratamiento del VIH de África dependen especialmente de la ayuda exterior. Los fondos de los donantes sufragan de media cerca del 84% de los costes en los países de ingresos bajos.

En los países con epidemias concentradas, los programas destinados a las poblaciones clave más expuestas a la infección por el VIH con frecuencia también se siguen financiando con fondos externos, a pesar de que no son especialmente caros y de su capacidad para costearlos. De los 68 países que cuentan con programas para los grupos de población clave más expuestos al virus, en 57 la ayuda internacional supone más del 50% de los fondos, y en 19 el Fondo Mundial aporta más de la mitad de los recursos.

### **Todos pueden hacer más**

Para alcanzar los objetivos convenidos a escala internacional, los países y la comunidad internacional deben hacer más. Las naciones donantes podrían contribuir más si cumplen los compromisos de asistencia al desarrollo que ya han aceptado. Si todos los países de ingresos altos cumplieran el objetivo

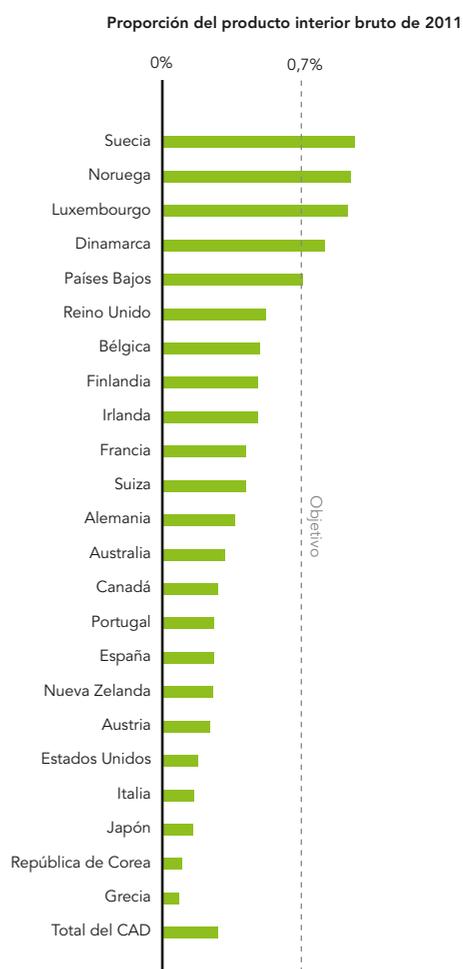
## **Proporción del gasto relacionado con la atención y el tratamiento procedente de la ayuda internacional, países de África, 2009-2011**



de destinar el 0,7% de su producto interior bruto como ayuda pública al desarrollo, el valor total de la asistencia internacional en todos los sectores se multiplicaría por más del doble, pasaría de cerca de

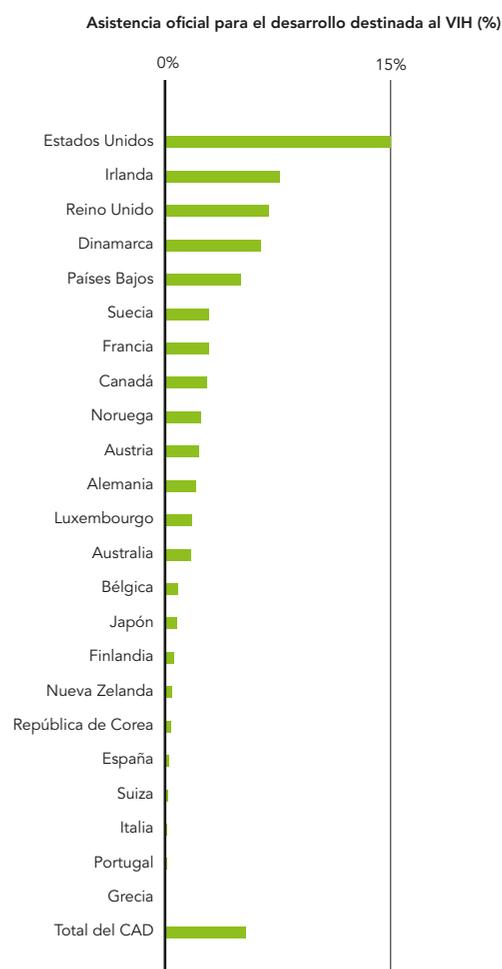
USD 133.000 millones en 2011 a casi USD 280.000 millones, y el déficit de la financiación para responder al VIH se podría cubrir fácilmente. Algunas de las economías más importantes del mundo, entre ellas

### Asistencia pública al desarrollo neta como porcentaje del producto interior bruto otorgada por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE en 2011



Fuente: OCDE, *Asistencia pública para el desarrollo otorgada por los miembros del CAD en 2011*, 4 de abril de 2012.

### Proporción de la asistencia pública al desarrollo destinada al VIH otorgada por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE en 2011



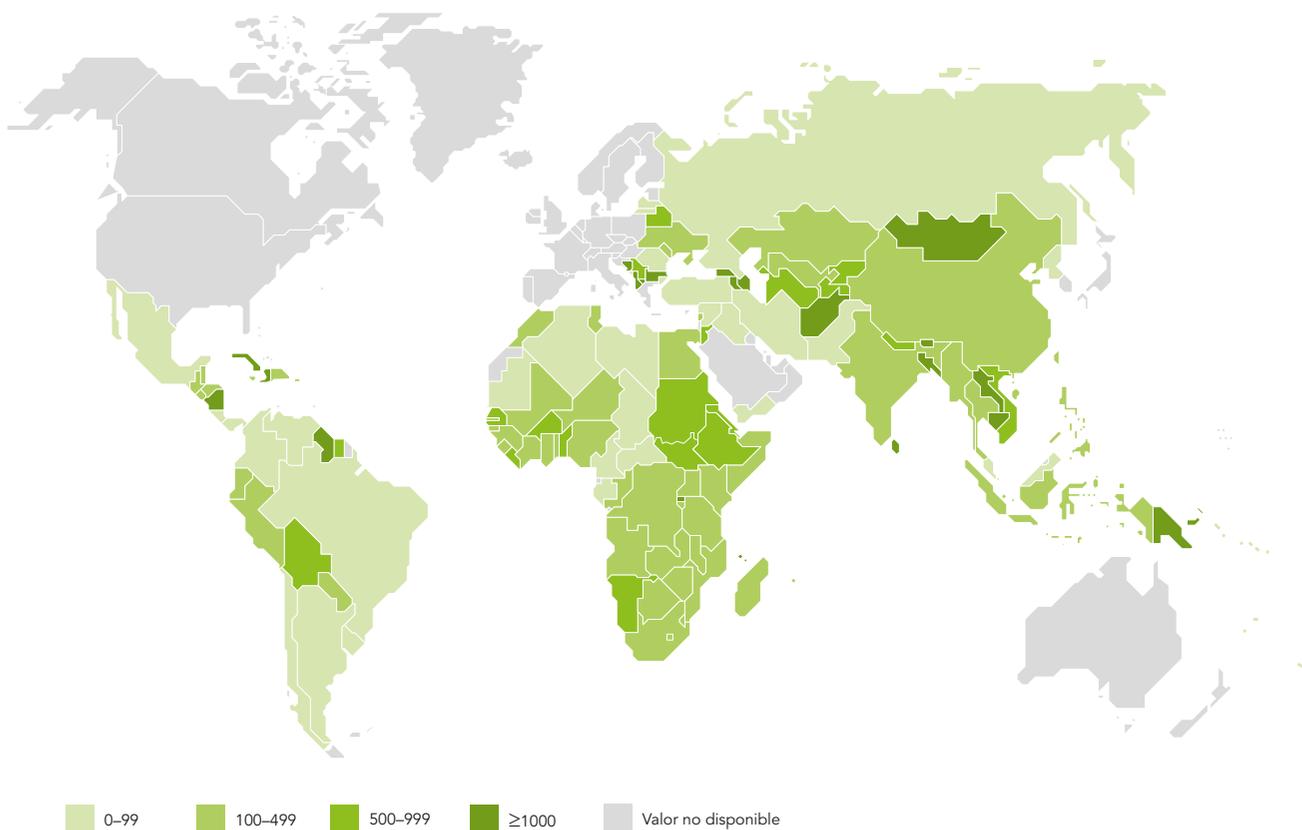
Fuente: ONUSIDA/Kaiser Family Foundation, Junio de 2012.

Alemania, Japón y los Estados Unidos de América, tan solo contribuyen con la mitad o menos del objetivo, aunque Estados Unidos es con diferencia el mayor donante de la respuesta al VIH en África.

Los donantes también podrían incrementar la proporción de asistencia internacional destinada a la salud y el sida. En 2011, el 5% del total de la ayuda internacional se dedicó a responder al virus.

Algunos países, en particular los Estados Unidos (15%), Irlanda (8%), Reino Unido (7%) y Dinamarca (6%), ya asignan al VIH una parte importante de su asistencia internacional, mientras que otros países le destinan mucho menos, desde cerca del 3% de Suecia y Francia, hasta menos del 1% de Japón, España o Italia. Si la ayuda para la salud aumentara tan solo un 10%, hasta llegar a un 12% del total de la asistencia, aunque la proporción dedicada al VIH

### Ayuda internacional (USD) por persona que vive con el VIH, 2011



permaneciese estable, se podría disponer de más de USD 600 millones adicionales para responder al virus.

La ayuda internacional para hacer frente al VIH no siempre se asigna con arreglo a las necesidades de los países. En 2011, la asistencia internacional por persona seropositiva en los países receptores clave oscilaba entre más de USD 2.000 en Guyana y cerca de USD 48 en Camerún. Namibia recibió una cantidad por persona que vive con el VIH más de tres veces superior a la de Malawi, y 15 veces más alta que la de Camerún, lo que refleja las preferencias de los donantes en lugar de las necesidades. El producto interior bruto per cápita de Camerún equivale a en torno el 20% del de Namibia, y el de Malawi a cerca del 6%.

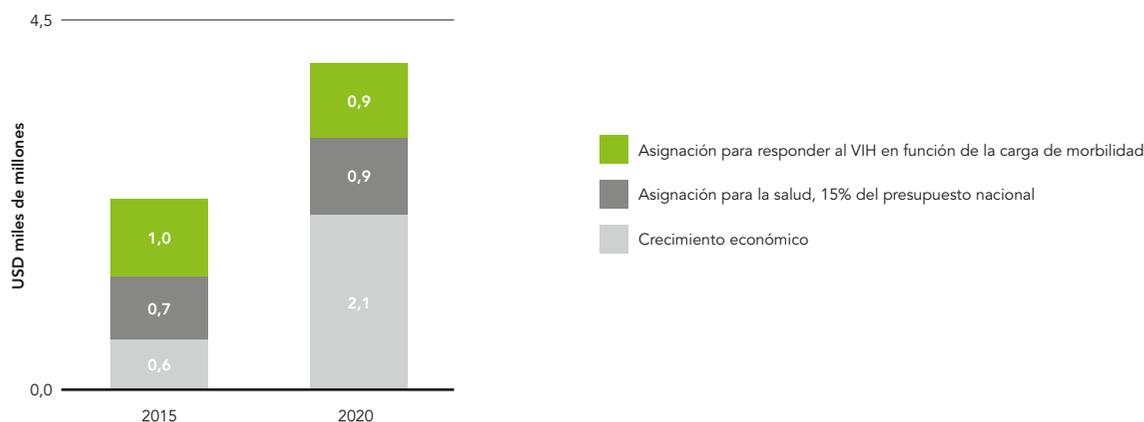
Si los donantes adoptan un enfoque multisectorial en la respuesta al VIH, también contribuyen a crear sinergias con otros sectores del desarrollo y ayudan a reforzar los sistemas sociales, jurídicos y sanitarios. Por ejemplo, algunos países europeos (Dinamarca, Francia, los Países Bajos, Noruega y el Reino Unido)

siempre han adoptado un enfoque más amplio en la financiación relacionada con el VIH, destinándole de media solo un 26% de su ayuda para el desarrollo, mientras que el resto se lo otorgan a organizaciones multilaterales (25%) o lo integran en otros sectores del desarrollo (50%), como la educación, el refuerzo de los sistemas sanitarios, o en apoyo a la sociedad civil o la salud reproductiva.

### El potencial de las economías emergentes

El potencial de Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica, así como el de otros países de ingresos medios para contribuir a financiar la respuesta mundial al VIH está creciendo junto con su fortaleza económica. Algunos pueden financiar sus propias respuestas, por lo que liberan fondos de la asistencia al desarrollo para otros países más pobres, y a su vez se convierten en actores importantes del desarrollo. Por ejemplo, una aportación de tan solo el 0,1% del producto interior bruto de Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica podría agregar hasta USD 10.000 millones a la ayuda internacional de todo el mundo.

## Posibilidades de un aumento de la inversión pública nacional en el VIH en países de ingresos bajos y medios, 2015 y 2020



A diferencia de los donantes tradicionales, los países con economías emergentes que no pertenecen a la OCDE están aumentando su ayuda al desarrollo, a la que aportaron más de USD 2.500 millones en 2011.

El número cada vez mayor de fortunas privadas en los países de ingresos medios podría dar lugar a más donaciones filantrópicas procedentes de estos países. Entre 2008 y 2009, el número de millonarios creció un 51% en la India, un 31% en China, un 21% en la Federación de Rusia y un 12% en Brasil (16). Si en Brasil, la Federación de Rusia, India, China y Sudáfrica el nivel de altruismo alcanzara el de los Estados Unidos, se podrían movilizar otros USD 216.000 millones al año procedentes de fondos privados, incluidos USD 13.000 millones para programas relacionados con el VIH e investigación y desarrollo si el 5% de esta financiación adicional se destinase a ello.

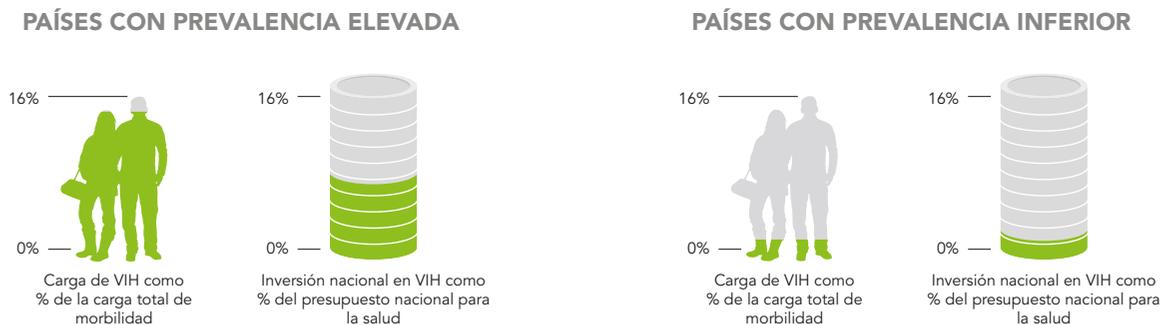
Los gobiernos de los países de ingresos medios y bajos deberían poder dedicar otros USD 1.000 millones al año a sus propias respuestas para 2015, simplemente en base a su crecimiento económico, y donde los países de ingresos medios aportarían la mayor parte (80%). Si el gasto sanitario

de los países se correspondiese con su carga de morbilidad y al menos el 15% de su presupuesto se destinase a la salud, dispondrían de otros USD 1.100 millones.

En función de la carga de morbilidad debida al VIH, cumplir el objetivo arriba mencionado exigiría que en África subsahariana el gasto público nacional alcanzase una media del 0,3% del producto interior bruto de los países. Solo debería ser superior al 1% en un puñado de los más afectados por el VIH. En otras regiones, la proporción sería bastante inferior. De media, del 0,03% del producto interior bruto, e inferior al 0,5%. Estas contribuciones son totalmente posibles.

Un estudio reciente elaborado para ONUSIDA presentó varias opciones en las que los mecanismos de financiación innovadores podrían cubrir estas deficiencias en los países, evaluando sus posibilidades para recaudar ingresos adicionales, incluidos los impuestos sobre el alcohol, el uso de teléfonos móviles, los billetes de avión y la renta general. El potencial de los mecanismos variaba bastante de un país a otro, y los países podían combinarlos de formas diferentes, pero el estudio señaló que una

## El gasto nacional en materia de salud no siempre se corresponde con la carga de morbilidad



Fuente: Informes nacionales del Informe mundial sobre los avances en la respuesta al sida, 2012.

contribución sostenible de más del 0,3% del producto interior bruto sería factible en la mayoría de ellos.

Los planes de seguros sociales de salud también pueden percibir ingresos adicionales por parte de aquellos que se lo pueden permitir si mancomunan riesgos con el fin de reducir los gastos inmediatos, y a veces catastróficos, que suponen una carga para los pobres y las familias marginadas. Varios países de ingresos bajos y medios han estado introduciendo planes de seguros nacionales de salud, y poco a poco están incluyendo la prevención y el tratamiento relacionados con el VIH en el paquete de cobertura.

Se prevé que para 2015, cinco países más de ingresos medios o con una carga de morbilidad inferior se encarguen de financiar más de la mitad de sus propias respuestas, de acuerdo con las necesidades de financiación consideradas en el Marco de inversión de ONUSIDA. Otros 11 países deberían poder hacer lo mismo para 2020.

### Más innovación

Los mecanismos mundiales de financiación innovadora ofrecen una posibilidad para ampliar la

solidaridad en el planeta. Una opción muy discutida para recaudar más fondos destinados al desarrollo es imponer una tasa sobre las transacciones financieras o sobre las transacciones en divisas. En su informe de 2011 para el G20, el Fondo Monetario Internacional (17) consideraba que sería factible imponer una tasa sobre las transacciones y respaldaba el principio de incrementar el nivel de tributación en el sector financiero. Los cálculos de los ingresos que se podrían recaudar con estas tasas varían bastante, desde los USD 9.000 millones al año si se aplicasen solo en Europa, hasta los USD 400.000 millones anuales si se extendiesen a todas las transacciones financieras del mundo. Si este mecanismo llegara a adoptarse como un impuesto adicional y la mitad de los nuevos ingresos se destinasen al desarrollo, entonces solo este mecanismo podría multiplicar por más del doble los fondos disponibles para el desarrollo. Cubrir para 2015 el déficit de financiación para responder al VIH estimado en USD 7.000 millones solo requeriría el 2% de los cálculos más optimistas sobre los ingresos potenciales que podría aportar este mecanismo.

## Potencial de los nuevos mecanismos mundiales de financiación en materia de salud

Posible fuente internacional de ingresos	Posibles ingresos	Posible cantidad destinada al VIH	Supuestos
<b>Tasa sobre las transacciones financieras</b>	USD 150.000 millones	USD 3.750 millones	50% para desarrollo, del que el 5% para el VIH
<b>Impuesto sobre las transacciones en divisas para el desarrollo</b>	USD 35.000 millones	USD 1.750 millones	5% para el VIH
<b>Extender el impuesto sobre las líneas aéreas y MASSIVEGOOD</b>	USD 1.000 millones	USD 1.000 millones	100% para el VIH

Fuentes: El Grupo Piloto; Interviews; análisis McKinsey.



# LOS PROGRESOS EN CIFRAS

## Progresos realizados en 22 países prioritarios del Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en los niños y para mantener con vida a sus madres

PAÍSES	Número de mujeres seropositivas que dan a luz <sup>a</sup>		OBJETIVO GENERAL Niños que contraen el VIH por transmisión maternoinfantil <sup>b</sup>		OBJETIVO GENERAL Mujeres que mueren por causas relacionadas con el sida durante el embarazo o dentro de los primeros 42 días después de dar a luz <sup>b</sup>		OBJETIVO DEL ÁREA 1 Incidencia del VIH en mujeres entre 15 y 49 años (%) <sup>a</sup>		OBJETIVO DEL ÁREA 2 Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años con necesidades de planificación familiar no cubiertas <sup>c</sup>	
	2009	2011	2009	2011	2005	2010	2009	2011	Últimos datos disponibles	Año
Angola	15 700	16 000	5 300	5 300	480	380	0,26	0,24	..	
Botswana	14 500	13 500	700	500	220	80	1,34	1,18	..	
Burundi	8 100	7 000	2 700	1 900	380	300	0,09	0,08	29%	2002
Camerún	30 300	28 600	8 900	6 800	1 100	980	0,46	0,42	21%	2004
Chad	14 500	14 500	5 000	4 800	460	380	0,35	0,33	21%	2004
Côte d'Ivoire	18 500	16 100	5 400	4 400	1 400	940	0,19	0,17	..	
República Democrática del Congo	..	..	..	..	1 140	1 100	..	..	27%	2007
Etiopía	54 100	42 900	18 900	13 000	1 740	760	0,04	0,04	25%	2011
Ghana	11 900	10 800	3 900	2 700	520	400	0,11	0,09	36%	2008
India					2 000	1 700	..	..	14%	2006
Kenya	89 300	86 700	23 200	13 200	3 400	2 200	0,58	0,52	26%	2009
Lesotho	16 400	16 100	4 700	3 700	420	320	3,12	2,88	23%	2009
Malawi	68 500	63 500	21 300	15 700	2 600	1 780	0,74	0,58	26%	2010
Mozambique	96 800	98 300	28 400	27 100	2 200	2 400	NA	NA	19%	2004
Namibia	9 700	9 200	1 900	800	220	140	0,98	0,90	21%	2007
Nigeria	219 200	228 600	70 900	69 300	7 400	6 600	0,47	0,42	20%	2008
Sudáfrica	250 000	241 300	56 500	29 100	3 600	3 800	1,81	1,67	14%	2004
Swazilandia	11 100	10 900	2 000	1 200	220	150	3,39	3,04	25%	2007
Uganda	88 300	96 700	27 300	20 600	3 000	2 400	1,05	0,98	38%	2006
República Unida de Tanzania	92 500	96 000	26 900	21 900	4 000	3 000	0,69	0,69	25%	2010
Zambia	86 100	83 400	21 000	9 500	2 200	1 620	1,13	0,94	27%	2007
Zimbabwe	57 900	52 700	17 700	9 700	2 800	1 680	1,68	1,25	13%	2011
<b>TOTAL</b>	<b>1 287 000</b>	<b>1 265 000</b>	<b>365 000</b>	<b>273 000</b>	<b>42 000</b>	<b>33 000</b>				

.. Datos no disponibles o no pertinentes. ND: no disponible.

Fuentes:

a. Archivos nacionales del programa informático Spectrum 2012.

b. OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010* (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en>, consultado el 15 de junio de 2012).

c. Base de datos actualizada de los ODM [base de datos en línea]. Nueva York, Naciones Unidas., 2012. (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/News.aspx?Articleid=49>, consultado el 15 de junio de 2012).

PAÍSES	OBJETIVO 3.1 DEL ÁREA 3		OBJETIVO 3.2. DEL ÁREA 3		OBJETIVO 3.3 DEL ÁREA 3		OBJETIVO DEL ÁREA 4		OBJETIVO EN MATERIA INFANTIL		OBJETIVO EN MATERIA INFANTIL	
	Tasa de transmisión materno-infantil (%) <sup>a</sup>		Porcentaje de mujeres que reciben medicamentos antirretroviricos, exceptuando la nevirapina de dosis única, para reducir el riesgo de transmisión durante el embarazo <sup>b</sup>		Porcentaje de pares madre-hijo que reciben medicamentos antirretroviricos para reducir el riesgo de transmisión durante la lactancia <sup>a</sup>		Porcentaje de mujeres embarazadas elegibles que reciben tratamiento antirretrovirico <sup>b</sup>		Porcentaje de niños menores de 5 años que mueren por causas relacionadas con el VIH <sup>c</sup>		Cobertura del tratamiento antirretrovirico en niños menores de 15 años (%) <sup>b</sup>	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2008	2010	2009	2010
Angola	34%	33%	19%	16%	1%	0%	0%	0%	2%	2%	10%	11%
Botswana	5%	4%	92%	93%	31%	44%	62%	77%	17%	15%	91%	89%
Burundi	34%	27%	19%	38%	19%	39%	0%	0%	6%	6%	13%	14%
Camerún	29%	24%	20%	54%	12%	20%	28%	42%	5%	5%	11%	13%
Chad	34%	33%	7%	13%	7%	13%	19%	0%	3%	3%	5%	8%
Côte d'Ivoire	29%	27%	50%	68%	0%	0%	0%	0%	4%	3%	15%	15%
República Democrática del Congo	..	..	..	..	..	..	..	..	1%	1%	..	..
Etiopía	35%	30%	8%	24%	2%	11%	4%	24%	2%	2%	11%	19%
Ghana	33%	25%	31%	75%	0%	0%	0%	0%	4%	3%	11%	14%
India	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Kenya	26%	15%	34%	67%	16%	67%	42%	61%	9%	7%	19%	31%
Lesotho	28%	23%	38%	63%	10%	19%	28%	45%	31%	18%	16%	25%
Malawi	31%	25%	24%	53%	4%	22%	12%	51%	13%	13%	22%	29%
Mozambique	29%	28%	38%	51%	8%	14%	22%	25%	11%	10%	0%	20%
Namibia	20%	8%	60%	85%	13%	79%	36%	84%	20%	14%	75%	77%
Nigeria	32%	30%	12%	18%	3%	11%	9%	27%	4%	4%	9%	13%
Sudáfrica	23%	12%	60%	>95%	0%	38%	0%	69%	35%	28%	39%	58%
Swazilandia	18%	11%	57%	95%	17%	34%	40%	71%	30%	23%	53%	60%
Uganda	31%	21%	27%	50%	0%	50%	0%	15%	6%	7%	14%	21%
República Unida de Tanzania	29%	23%	34%	74%	7%	17%	18%	40%	6%	5%	12%	14%
Zambia	24%	11%	58%	86%	21%	67%	51%	88%	12%	10%	24%	31%
Zimbabwe	31%	18%	11%	78%	2%	19%	4%	51%	25%	20%	22%	37%
<b>TOTAL</b>	<b>28%</b>	<b>22%</b>	<b>34%</b>	<b>61%</b>	<b>6%</b>	<b>29%</b>	<b>16%</b>	<b>48%</b>			<b>19%</b>	<b>26%</b>

Fuentes:

a. Archivos nacionales del programa informático Spectrum 2012.

b. Informe de progreso presentados por los países en 2012. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/>, consultado el 15 de junio de 2012) y archivos nacionales del programa informático Spectrum 2012

c. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>, consultado el 15 de junio de 2012).

Liu L et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*, 379:2151–2161.



# NOTAS Y REFERENCIAS

## Resultados... se necesitan más resultados

### NOTAS

1. El número estimado de personas elegibles para recibir tratamiento antirretrovírico se fundamenta en las directrices de la OMS de 2010. Recientemente, cerca de 4 millones de personas más han pasado a reunir las condiciones para recibir tratamiento antirretrovírico de acuerdo con las nuevas directrices, que recomiendan su prestación a parejas serodiscordantes.
2. Un análisis secundario de los datos que se presentan en el Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida de 2010 (3), incluidas las fichas de puntuación sobre el sida de 2010 (3), indican que una media del 5% (una mediana del 3%) de las personas seropositivas que consumen drogas inyectables está recibiendo tratamiento, frente a una media del 12% (una mediana del 8%) de todas las personas que viven con el VIH bajo tratamiento.
3. Los 22 países prioritarios son Angola, Botswana, Burundi, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, la República Democrática del Congo, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.
4. La tasa de transmisión maternoinfantil corresponde al número de niños que contrae el VIH durante un año, dividido entre el número de mujeres seropositivas que dan a luz durante ese mismo año. La tasa de transmisión se refiere a la población total, no solo a aquellas personas que se encuentran en programas de prevención de la transmisión maternoinfantil, e incluye tanto la transmisión perinatal como durante la lactancia.
5. Esta situación tuvo lugar en los 99 países de ingresos bajos y medios que facilitaron datos, lo que representa el 81% del número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH.
6. En estas estadísticas, África subsahariana incluye Sudán del Sur, que anteriormente se incluía en la región de Oriente Medio y África septentrional.
7. Las tasas de casos de infección por el VIH diagnosticados se multiplicaron por dos entre 2000 y 2009 en Bulgaria, la República Checa, Hungría, Lituania, Eslovaquia y Eslovenia, y aumentaron más de un 50% en el Reino Unido. Por el contrario, el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH descendió más de un 20% en Letonia, Portugal y Rumania (44).
8. En estas estadísticas, la región de Oriente Medio y África septentrional ya no incluye a Sudán del Sur.

### REFERENCIAS

1. *Declaración Política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida*. Nueva York, Naciones Unidas, 2011. (<http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids/>, consultado el 15 de junio de 2012).
2. OMS, ONUSIDA y UNICEF. *Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access. Progress report 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. ([http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html), consultado el 15 de junio de 2012).

3. *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2010*. Ginebra, ONUSIDA, 2010. ([http://www.unaids.org/globalreport/default\\_es.htm](http://www.unaids.org/globalreport/default_es.htm), consultado el 15 de junio de 2012).
4. Rosen S, Fox MP. (2012) Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Library of Science Medicine*, 8:e1001056.
5. May MT, Ingle SM. (2011) Life expectancy of HIV-positive adults: a review. *Sexual Health*, 8:526–533.
6. May M et al. (2011) Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK collaborative HIV cohort (UK CHIC) study. *British Medical Journal*, 343:d6016.
7. Nash D et al. (2011) Program-level and contextual-level determinants of low-median CD4+ cell count in cohorts of persons initiating ART in eight sub-Saharan African countries. *AIDS*, 25:1523–1533.
8. Mugglin C et al. Immunodeficiency at the start of ART: global view. *XIX Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, Seattle, WA, EE.UU., 5–8 de marzo de 2011* (Abstract 100; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/43569.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).
9. Brinkhof MW, Pujades-Rodriguez M, Egger M. (2009) Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science One*, 4:e5790.
10. Faal M et al. (2011) Providing immediate CD4 count results at HIV testing improves ART initiation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58:e54–e59.
11. Mills EJ et al. (2006) Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 296:679–690.
12. *Adapting WHO normative HIV guidelines for national programmes: essential principles and processes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. ([http://www.who.int/hiv/pub/who\\_normative/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/who_normative/en/index.html), consultado el 15 de junio de 2012).
13. Bertagnolio S et al. Surveillance of transmitted and acquired HIV drug resistance using WHO surveys in resource-limited settings. *XVIII Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, Boston, MA, EE.UU., 27 de febrero - 2 de marzo de 2011* (Abstract 52; <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/41940.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).
14. *Global tuberculosis control 2011*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), consultado el 15 de junio de 2012).
15. *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*. Ginebra, ONUSIDA, 2011. ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_sp.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_sp.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
16. Ribeiro PS et al. (2008) Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 102:82–90.

17. OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial (2012) *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>, consultado el 15 de junio de 2012).
18. Moodley D et al. (2011) Incident HIV infection in pregnant and lactating women and its effect on mother-to-child transmission in South Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 203:1231–1234.
19. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. En: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004:1255–1320 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cra/en](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en), consultado el 15 de junio de 2012).
20. *HIV and hormonal contraception. Frequently asked questions*. Ginebra, ONUSIDA, 2012. ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2309\\_HIV\\_hormonal\\_contraception\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2309_HIV_hormonal_contraception_en.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
21. *Actualización programática: Uso de antirretrovirales para tratar a las embarazadas y prevenir la infección por el VIH en los lactantes*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. ([http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic\\_update\\_es.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update_es.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
22. Marston M et al. (2011) Net survival of perinatally and postnatally HIV-infected children: a pooled analysis of individual data from sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 40:385–396.
23. Chen L et al. (2007) Sexual risk factors for HIV infection in early and advanced HIV epidemics in sub-Saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. *Public Library of Science One*, 2:e1001.
24. Smith AD et al. (2009) Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 374:416–422.
25. Baral S et al. (2012) Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
26. Guthrie BL, de Bruyn G, Farquhar C. (2007) HIV-1-discordant couples in sub-Saharan Africa: explanations and implications for high rates of discordancy. *Current HIV Research*, 5:416–429.
27. Dunkle KL et al. (2008) New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 371:2183–2191.
28. Gray R et al. (2011) The contribution of HIV-discordant relationships to new infections in Rakai, Uganda. *AIDS*, 25:863–865.
29. Chemaitelly H et al. (2012) Distinct HIV discordancy patterns by epidemic size in stable sexual partnerships in sub-Saharan Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 88:51–57.
30. *HIV declining in India; new infections reduced by 50% from 2000–2009; sustained focus on prevention required*. Nueva Delhi, Gobierno de la India, Organización nacional para el control del sida, 2010. (<http://nacoonline.org/upload/HomePage/NACO%20Press%20Release%20on%20HIV%20Estimates.pdf>, consultado el 15 de junio de 2012).
31. Mathers BM et al. (2008) Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372:1733–1745.
32. Chow EPF et al. (2011) Human immunodeficiency virus prevalence is increasing among men who have sex with men in China: findings from a review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 38:845–857.
33. Brahman GNV et al. (2008) Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states in India. *AIDS*, 22(Suppl. 5):S45–S57.
34. Morineau G et al. (2011) Sexual risk taking, STI and HIV prevalence among men who have sex with men in six Indonesian cities. *AIDS Behaviour*, 15:1033–1044.
35. *Report of the HIV sentinel sero-surveillance survey 2008 – Myanmar*. Yangon, Gobierno de Myanmar, 2009.
36. van Griensven F et al. Three years of follow-up in the Bangkok MSM cohort study: evidence of an explosive epidemics of HIV infection. *XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010* (Abstract TUAC0301; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736787>, consultado el 15 de junio de 2012).
37. *HIV epidemiological update for Pacific Island countries 2008 and 2009*. Noumea, Nueva Caledonia, Secretaría de la Comunidad del Pacífico, 2010. ([http://www.spc.int/hiv/index1.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=399&itemid=148](http://www.spc.int/hiv/index1.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=399&itemid=148), consultado el 15 de junio de 2012).
38. AIDS Epidemiology Group. *AIDS-New Zealand*, N° 66, octubre de 2010.
39. Johnston L et al. HIV and other infections among gay, transsexuals and men who have sex with men in the Dominican Republic. *XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010* (Abstract CDC0372; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200741215>, consultado el 15 de junio de 2012).
40. Figueroa JP et al. (2011) High HIV rates among men who have sex with men in Jamaica despite increased prevention efforts. *Sexually Transmitted Infections*, 87:A149.
41. Beyrer C et al. (2010) The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *Epidemiologic Reviews*, 32:137–151.
42. Kerr L et al. MSM in Brazil: baseline national data for prevalence of HIV. *XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010* (Abstract CDC0372; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740783>, consultado el 15 de junio de 2012).
43. Tinajeros F et al. (2011) STI prevalence and condom use in men who have sex with men attending STI services, Honduras 2010. *Sexually Transmitted Infections*, 87:A140–A141.
44. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Estocolmo, Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades, 2010. ([http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DispForm.aspx?ID=590](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=590), consultado el 15 de junio de 2012).

45. Bezemer D et al. (2008) A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*, 22:1071–1077.
46. Shaboltas A et al. HIV incidence, gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, St. Petersburg, Russia. *XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010* (Abstract TUPE0331; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740055>, consultado el 15 de junio de 2012).
47. Eritsyian K et al. How many IDUs have HIV but are unaware of this fact? Estimations of the hidden HIV-positive population of IDUs in four Russian cities. *XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010* (Abstract TUPE0329; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200739921>, consultado el 15 de junio de 2012).
48. Taran YS et al. (2011) Correlates of HIV risk among injecting drug users in 16 Ukrainian cities. *AIDS and Behavior*, 15:65–74.
49. *Republic of Moldova progress report: January 2008–December 2009 (UNGASS report 2008–2009)*. Chisinau, Consejo Nacional de Coordinación, 2010.
50. Des Jarlais DC et al. (2009) HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 4:308–313.
51. Summary Report. *Reunión del grupo regional de expertos sobre información y supervisión estratégicas. Región de Oriente Medio y África Septentrional. 3-5 de mayo de 2011, El Cairo, Egipto*.
52. Tun W et al. (2008) Sexual risk behaviours and HIV seroprevalence among male sex workers who have sex with men and non-sex workers in Campinas, Brazil. *Sexually Transmitted Infections*, 84:455–457.
53. Cai W-D et al. (2010) HIV prevalence and related risk factors among male sex workers in Shenzhen, China: results from a time–location sampling survey. *Sexually Transmitted Infections*, 86:15–20.
54. Baral S et al. (2010) Male sex workers in Moscow, Russia: a pilot study of demographics, substance use patterns, and prevalence of HIV and sexually transmitted infections. *AIDS Care*, 22:112–118.
55. Baral S et al. (2007) Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *Public Library of Science Medicine*, 4:e339.
56. Petersen Z et al. (2012) *The prevalence of HIV among people who inject drugs and availability of prevention and treatment services: findings from 21 countries*. Ciudad del Cabo, Secretaría del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables.
57. Degenhardt L et al. (2010) Prevention of HIV infection for people who use drugs: why individual, structural and combination approaches are needed. *Lancet*, 376:285–301.
58. *WHO, UNODC and UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/en>, consultado el 15 de junio de 2012).
59. Cook C, ed. (2010) *The global state of harm reduction 2010: key issues for broadening the response*. Londres, Harm Reduction International.

## Ciencia en acción

### REFERENCIAS

1. *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*. Ginebra, ONUSIDA, 2011. ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_sp.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_sp.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
2. Rosen S, Fox MP. (2011) Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Medicine*, 8:e1001056.
3. South Africa makes progress on HIV/AIDS. *Johanesburgo, SouthAfrica.info*, 2011 (<http://www.southafrica.info/about/health/aids-150811.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).
4. Kalibaba S et al. (2011) “Knowing myself first”: feasibility of self-testing among health workers in Kenya. Nairobi, Population Council. ([http://www.popcouncil.org/pdfs/2011HIV\\_KenyaHWSelfTesting.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/2011HIV_KenyaHWSelfTesting.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
5. Choko AT et al. (2011) The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high HIV prevalence setting: a cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Medicine*, 8:e1001102.
6. Richter M, Francois Venter WD, Gray A. (2010) Home self-testing for HIV: AIDS exceptionalism gone wrong. *South African Medical Journal*, 100:10.
7. *Use of devices for adult male circumcision in public health HIV prevention programmes: conclusions of the Technical Advisory Group on Innovations in Male Circumcision*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. ([http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/devices\\_conclusions/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/devices_conclusions/en/index.html), consultado el 15 de junio de 2012).
8. Muchini B et al. (2011) Local perceptions of the forms, timing and causes of behavior change in response to the AIDS epidemic in Zimbabwe. *Aids and Behavior*, 15:487–498.
9. Kennedy C et al. (2007) The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: a systematic review. *AIDS Care*, 19:707–720.
10. *Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012. (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en>, consultado el 15 de junio de 2012).
11. Granich et al. (2011) Antiretroviral therapy in prevention of HIV and TB: update on current research efforts. *Current HIV Research*, 9:446–469.

12. Mathers et al. (2010) HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 375:1014–1028.

13. *Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*. Nueva York, Naciones Unidas, 2011. (<http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unitednation>

## ¿El principio del fin?

### REFERENCIAS

1. van Sighem AI et al. (2010) Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. *AIDS*, 24:1527–1535.

2. Mills EJ et al. (2011) Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. *Annals of Internal Medicine*, 155:209–216.

3. Mills EJ, Ford N. (2012) Home-based HIV counseling and testing as a gateway to earlier initiation of antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 54:282–284.

4. Rich ML et al. (2012) Excellent clinical outcomes and high retention in care among adults in a community-based HIV treatment program in rural Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 59:e35–e42.

5. Granich R et al. (2012) Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011–2050. *Public Library of Science One*, 7:e30216.

6. Cohen MS et al. (2011) Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 365:493–505.

7. Grant RM et al. (2010) Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 36:2587–2599.

8. Thigpen M et al. Daily oral antiretroviral use for the prevention of HIV infection in heterosexually active young adults in Botswana: results from the TDF2 study. *VI Conferencia de la Sociedad internacional del sida sobre patogénesis, tratamiento y prevención del VIH, Roma, Italia, 17-20 de julio de 2011* (Abstract WELBC01; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=4631>, consultado el 15 de junio de 2012).

9. Baeten J et al. ARV PrEP for HIV-1 prevention among heterosexual men and women. *XIX Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 5–8 de marzo de 2012, Seattle, WA, EE.UU.* (Abstract 29; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/43082.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).

10. *NIH modifies “VOICE” HIV prevention study in women – oral tenofovir discontinued in clinical trial*. Bethesda, Maryland, Institutos Nacionales de la Salud, 2011. (<http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2011/Pages/VOICEmodified.aspx>, consultado el 15 de junio de 2012).

11. Van Damme L et al. The FEM-PrEP trial of emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (Truvada) among African women. *XIX Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 5–8 de marzo de 2012, Seattle, WA, EE.UU.* (Abstract 32LB;

[sdeklarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids/](http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/45406.htm), consultado el 15 de junio de 2012).

14. National AIDS Control Programme Phase IV (2012–2017) [sitio web] Nueva Delhi, Organización Nacional para el Control del Sida, 2012. (<http://www.nacoonline.org/NACP-IV>, consultado el 15 de junio de 2012).

<http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/45406.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).

12. Karim SS et al. (2011) Drug concentrations after topical and oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis: implications for HIV prevention in women. *Lancet*, 378:279–281.

13. Donnell D et al. Tenofovir disoproxil fumarate drug levels indicate PrEP use is strongly correlated with HIV-1 protective effects: Kenya and Uganda. *XIX Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 5–8 de marzo de 2012, Seattle, WA, EE.UU.* (Abstract 30; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/43156.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).

14. Celum C, Baeten JM. (2012) Tenofovir-based pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: evolving evidence. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 25(1):51–57.

15. Abdool Karim Q et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 329:1168–1174.

16. *NIH discontinues tenofovir vaginal gel in “VOICE” HIV prevention study – product safe but no more effective than placebo*. Bethesda, Maryland, Institutos Nacionales de la Salud, 2011.

17. Gray R et al. (2012) The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a post-trial follow up study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 26:609–6615.

18. Nel A et al. Safety, acceptability, and adherence of monthly dapiravine vaginal microbicide rings for HIV prevention. *XIX Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 5–8 de marzo de 2012, Seattle, WA, EE.UU.*

19. Chun TW, Fauci AS. HIV reservoirs: pathogenesis and obstacles to viral eradication and cure. *AIDS*, 2012, 26:1261–1268.

20. Barouch DH et al. (2012) Vaccine protection against acquisition of neutralization-resistant SIV challenges in rhesus monkeys. *Nature*, 482:89–93.

21. Rerks-Ngarm S et al. (2009) Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 361:2209–2220.

22. Haynes BF et al. (2012) Immune-correlates analysis of an HIV-1 vaccine efficacy trial. *New England Journal of Medicine*, 366:1275–1286.

23. Kwong PD, Mascola JR, Nabel GJ. (2011) Rational design of vaccines to elicit broadly neutralizing antibodies to HIV-1. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, (1):a007278.

## Transformando sociedades

### REFERENCIAS

1. *Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA*. Nueva York, Naciones Unidas, 2011. (<http://www.unaids.org/es/aboutunaids/unitednationstatementsandgoals/2011highlevelmeetingonaids/>, consultado el 15 de junio de 2012).
2. Muñoz M et al. (2011) Matching social support to individual needs: a community-based intervention to improve HIV treatment adherence in a resource-poor setting. *AIDS and Behavior*, 15:1454c–1464c.
3. Gulaid L, Kiragu K. (2011) Promising practices in community engagement. Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. *CCABA/UNICEF/ONUSIDA/Fondo Mundial/RIATT Reunión "Road to Washington"*, Addis Abeba, Etiopía, 2–3 de diciembre de 2011. Toronto, Coalición para Niños Afectados por el Sida (<http://www.ccaba.org/road-to-washington-addis-ababa>, consultado el 15 de junio de 2012).
4. Decroo T et al. (2011) Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 56:e39–e44.
5. Wouters E et al. (2009) Public-sector ART in the Free State Province, South Africa: community support as an important determinant of outcome. *Social Science and Medicine*, 69:1177–1185.
6. Stefanyshyna O. Expanding community-based service delivery: case Ukraine [presentación con diapositivas]. *Protecting human rights, expanding community-based service delivery and integration of HIV treatment and prevention*, Bangkok, Tailandia, 3–5 de mayo de 2011 (<http://itpc.wikispaces.com/Treatment2.0>, consultado el 15 de junio de 2012).
7. Drew R. (2012) *Community mobilisation and HIV/AIDS. What does it mean for the International HIV/AIDS Alliance? What does it mean for the investment framework?* Hove, Alianza Internacional contra el VIH y el Sida.
8. *Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV* (en imprenta). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
9. *Appreciating assets: the contribution of religion to universal access in Africa*. (Informe elaborado para la Organización Mundial de la Salud). Ciudad del Cabo, Programa Africano de Recursos Religiosos para la Salud, 2006.
10. Gruskin S et al. Ensuring justice for PLHA: evaluating the integration of legal support into health care in Kenya. Abstract WEPE0806. *XVIII Conferencia Internacional sobre el Sida, Viena, Austria, 18–23 de julio de 2010* (Abstract WEPE0806; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736254>, consultado el 15 de junio de 2012).
11. *Tipping the balance: why legal services are essential to health care for drug users in Ukraine*. Nueva York, Open Society Institute, 2008.
12. *The peer intervention*. Maharashtra, SANGRAM, 2012. (<http://www.sangram.org/info2.aspx>, consultado el 15 de junio de 2012).
13. *Building partnerships on HIV and sex work. Report and recommendations from the first Asia Pacific Regional Consultation on HIV and Sex Work*. Nueva York, UNFPA, APNSW y ONUSIDA, 2011.
14. Jana S et al. (2004) The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education and Prevention*, 16:405–414.
15. Mercedes Mas de Xaxàs M et al. (2012) *Meeting community needs for HIV prevention and more: intersectoral action for health in the Sonagachi red-light area of Kolkata*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/isa\\_sonagachi\\_ind.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_sonagachi_ind.pdf), consultado el 10 de junio de 2012).
16. Ralf Jürgens R et al. (2010) People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, 376: 475–489.
17. Nyblade L et al. (2009) Review: combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society*, 12:15.
18. *Issue brief: stopping violence against women and girls for effective HIV responses*. Ginebra, Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida, 2011. (<http://www.womenandaids.net/CMSPages/GetFile.aspx?guid=c72d38e4-dfdb-441c-ad81-159866cc1491&disposition=inline>, consultado el 15 de junio de 2012).
19. *Courting rights: case studies in litigating the human rights of people living with HIV*. Ginebra, ONUSIDA/Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.
20. *Equal rights for all: litigating cases of HIV-related discrimination*. In: *Southern Africa Litigation Centre litigation manual series*. Johannesburg, Southern Africa Litigation Centre, 2011.
21. *Cruz del Valle Bermudez et al vs. Ministerio de Salud y Asistencia Social, Sentencia N° 916, Expediente N°. 15.789*. Caracas, Tribunal Supremo de Venezuela, 1999.
22. *Ministerio de Salud y otros vs. Treatment Action Campaign y otros, CCT 8/02 (2992)*, Tribunal Constitucional de Sudáfrica, 2002, ZACC 15:2002 (5) SA 721 (<http://www.tac.org.za/Documents/MTCTCourtCase/ConCourtJudgmentOrderingMTCTP-5July2002.pdf>, consultado el 15 de junio de 2012).
23. Ahmad K. (2002) Thailand court forces reversal of drug firm antiretroviral patent. *Lancet*, 360:1231.
24. *AIDS Access Foundation et al. vs. Bristol Myers-Squibb y el Departamento de Propiedad Intelectual*. Tribunal Central de Comercio Internacional y de Propiedad Internacional, Caso N° 334/2544 (Black Case), N° 92/2545 (Red Case). Bangkok, Tribunal Central de Comercio Internacional y de Propiedad Internacional, 2002.
25. *La República de Kenya en el Tribunal Superior de Kenya en Nairobi: Petición N° 409 de 2009*. Nairobi, Tribunal Superior de Kenya, 2012 (<http://www.aidslawproject.org/wp-content/uploads/2012/04/Judgment-Petition-No-409-of-2009-Anti-counterfeit-case.pdf>, consultado el 15 de junio de 2012).
26. *XX vs. Gun Club Corporation et al., Tribunal Constitucional, Sentencia N° SU-256/96*. Bogotá, Tribunal Constitucional, 1996.

27. *Lemo vs. Northern Air Maintenance (2004) 2 BLR 317* (Tribunal Industrial de Botswana 2004).
28. *Adriana Ricardo da Rosa contra Sociedade de Ônibus Porto Alegre Ltda.* – SOPAL (Caso N° TST- RR-104900-64.2002.5.04.0022, promulgado el 3 de agosto de 2011).
29. *Edson Os rio Leites contra SOGAL – Sociedade de Ônibus Gaúcha Ltda* (Caso N° TST-RR-61600-92.2005.5.04.0201, promulgado el 22 de junio de 2011).
30. *Caso Kiyutin vs. Rusia, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 10 de marzo de 2011, app. 2700/10* ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_152988.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_152988.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
31. *Informe N° 54/01, Caso 12.051, Maria da Penha (Brasil), 16 de abril de 2001.* Comisión Interamericana de Derechos Humanos (<http://www.cidh.org/women/brazil12.051.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).
32. *Bhe y otros vs. Khayelitsha Magistrate y otros.* Caso CCT 49/03, 2004 ZACC 17, Tribunal Constitucional de Sudáfrica, 2003 (<http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2004/17.html>, consultado el 15 de junio de 2012).
33. *Arriola, Sebastian y otros, Caso N° 9080, Tribunal Supremo de Argentina, 2009* (<http://www.csjn.gov.ar/documentos/verdoc.jsp?ID=36190>, consultado el 15 de junio de 2012).
34. *Bedford vs. Canadá, 2010, ONSC 4264, Tribunal Superior de Justicia de Ontario, 2010.* ([http://www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2010/2010on\\_sc4264/2010onsc4264.html](http://www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2010/2010on_sc4264/2010onsc4264.html), consultado el 15 de junio de 2012).
35. Informes de progreso de 2012 presentados por los países [sitio web]. Ginebra, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries>, consultado el 15 de junio de 2012).
36. *Ley Nacional de Identidad del 9 de mayo de 2012.* Buenos Aires, Parlamento de Argentina, 2012 ([http://www.senado.gov.ar/web/proyectos/verExpe.php?origen=CD&tipo=PL&numexp=75/11&n\\_ro\\_comision=&tConsulta=4](http://www.senado.gov.ar/web/proyectos/verExpe.php?origen=CD&tipo=PL&numexp=75/11&n_ro_comision=&tConsulta=4), consultado el 15 de junio de 2012).
37. *HIV-related restrictions on entry, stay and residence.* Ginebra, ONUSIDA, 2011 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20110620\\_CountryList\\_TravelRestrictions\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20110620_CountryList_TravelRestrictions_en.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
38. 2009 country reports on human rights practices [sitio web]. Washington, DC, Departamento de Estado de los Estados Unidos, Oficina de Asuntos de Democracia, Derechos Humanos y Trabajo, 2009 (<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/index.htm>, consultado el 15 de junio de 2012).
39. Human Rights Watch y la Asociación Internacional de Reducción del Daño. *Drugs, punitive laws, policies, and policing practices, and HIV/AIDS: a briefing paper.* Nueva York, Human Rights Watch, 2009 (<http://www.hrw.org/news/2009/11/30/drugs-punitive-laws-policies-and-policing-practices-and-hivaids>, consultado el 15 de junio de 2012).
40. Paoli-Itaborahy L. *State-sponsored homophobia – a world survey of laws prohibiting same-sex activities between consenting adults.* Londres, Asociación Internacional de Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans e Intersexuales, 2012 ([http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2012.pdf](http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
41. *Naz Foundation vs. Gobierno del Territorio Capital Nacional de Delhi y otros,* Tribunal Superior de Delhi, 160 DLT 277, para. 71, 2009 ([http://www.nazindia.org/judgement\\_377.pdf](http://www.nazindia.org/judgement_377.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
42. *Ley de Reforma de la Prostitución de 2003, N° 28 (a fecha del 29 de noviembre de 2010).* Wellington, Gobierno de Nueva Zelandia, 2010 (<http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197821.html>, consultado el 15 de junio de 2012).
43. Presentación del Colectivo de Profesionales del Sexo de Nueva Zelandia ante la Comisión Mundial sobre VIH y Derecho. En: Comisión Mundial sobre VIH y Derecho. *Report of the Asia-Pacific Regional Dialogue on the Global Commission and the Law.* Bangkok, Programa de Desarrollo, Salud y VIH para Asia y el Pacífico, 2011.
44. Hughes CE, Stevens A. (2010) What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50:999–1022.
45. Greenwald G. *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies.* Washington, DC, Cato Institute, 2009:11–12 ([http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald\\_whitepaper.pdf](http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
46. Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape. *Reunión de expertos sobre los aspectos científicos, médicos, jurídicos y de derechos humanos de la penalización de la no revelación, la exposición y la transmisión del VIH, Ginebra, Suiza, 31 de agosto–2 de septiembre 2011.*
47. *The global criminalisation scan report 2010: documenting trends, presenting evidence.* Amsterdam, Red Mundial de Personas que Viven con el VIH, 2010 ([http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights\\_and\\_stigma/2010\\_Global\\_Criminalisation\\_Scan.pdf](http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
48. *Países que cuestionan las leyes que penalizan la transmisión del VIH y su exposición.* Ginebra, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/>, consultado el 15 de junio de 2012).
49. Mykhalovskiy E. (2011) The problem of “significant risk”: exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure. *Social Science and Medicine*, 73:668–675.
50. *The People Living with HIV Stigma Index.* Londres, Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2012 (<http://www.stigmaindex.org>, consultado el 15 de junio de 2012).
51. Hutchinson PL, Mahlalela X. (2006) Utilization of voluntary counseling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. *AIDS Care*, 18:446–455.
52. Roberts KJ. (2005) Barriers to antiretroviral medication adherence in young HIV-infected children. *Youth & Society*, 37:230–245.
53. Stirratt MJ et al. (2006) The role of HIV serostatus disclosure in antiretroviral medication adherence. *AIDS & Behavior*, 10:483–493.
54. Ware N, Wyatt M Tugenberg T. (2006) Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 18:904–910.

55. Calin T et al. (2007) Disclosure of HIV among black African men and women attending a London HIV clinic. *AIDS Care*, 19:385–391.
56. Melchior R et al. (2007) Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil. *Revista De Saude Publica*, 41:7.
57. Rajabiun S et al. (2007) Getting me back on track: the role of outreach interventions in engaging and retaining people living with HIV/AIDS in medical care. *AIDS Patient Care & STDs*, 21:S20–S29.
58. Rao D et al. (2007) Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*, 19:28–33.
59. Nam SL et al. (2008) The relationship of acceptance or denial of HIV- status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social Science & Medicine*, 67:301–310.
60. Sabina L et al. (2008) Barriers to adherence to antiretroviral medications among patients living with HIV in southern China: a qualitative study. *AIDS Care*, 20:1242–1250.
61. Thrasher AD et al. (2008) Discrimination, distrust, and racial/ethnic disparities in antiretroviral therapy adherence among a national sample of HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49:84–93.
62. Kip E, Ehlers VJ, van der Wal DM. (2009) Patients' adherence to antiretroviral therapy in Botswana. *Journal of Nursing Scholarship*, 41:149–157.
63. Naidoo P, Dick J, Cooper D. (2009) Exploring tuberculosis patients' adherence to treatment regimens and prevention programs at a public health site. *Qualitative Health Research*, 19: 55–70.
64. Watts C et al. *Stigma-reduction: an essential component for effective and efficient health systems? Model projections for PMTCT*. Londres, Escuela de Medicina Tropical e Higiene de Londres/Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer (<http://pag.aids2010.org/PDF/14983.pdf>, consultado el 15 de junio de 2012).
65. Hamra M et al. (2005) The relationship between expressed HIV/AIDS- related stigma and beliefs and knowledge about care and support of people living with AIDS in families caring for HIV-infected children in Kenya. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 17:911–922.
66. Jewkes RK et al. (2010) Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 376:41–48.
67. Stockl H, Watts C. *Multivariate analysis of the relation between MDG 3, 4, 5 and 6*. Londres, Escuela de Medicina Tropical e Higiene de Londres, 2012.
68. Stockl H, Heise L, Watts C. *Moving beyond single issue priority setting: associations between gender inequality and violence and both HIV infection and poor maternal health in Malawi*. Ginebra, ONUSIDA, 2012 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidsrfp/2012/rfp-2012-14/MultivariateAnalysis\\_Semi-Final\\_Draft2.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidsrfp/2012/rfp-2012-14/MultivariateAnalysis_Semi-Final_Draft2.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).
69. Barker G et al. (2010) Question gender norms with men to improve health outcomes: evidence evidence of impact. *Global Public Health*, 5:539–553.
70. Hargreaves J, Boler T. *Girl power: the impact of girls' education on HIV and sexual behaviour*. Londres, ActionAid International, 2006.
71. Hargreaves J et al. (2008) Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22:403–414.
72. Hargreaves J et al. (2008) The association between school attendance, HIV infection and sexual behavior among young people in rural South Africa. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62:113–119.
73. Baird SJ et al. (2012) Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet*, 379:1320–1329.
74. Pettifor A, McCoy SI, Padian N. (2012) Paying to prevent HIV infection in young women? *Lancet*, 379:1280–1282.
75. Pronyk PM et al. (2008) A combined microfinance and training intervention can reduce HIV risk behaviour in young female participants. *AIDS*, 22:1659–1665.
76. Dunbar MS et al. (2010) Findings from SHAZI!: a feasibility study of a microcredit and life-skills HIV prevention intervention to reduce risk among adolescent female orphans in Zimbabwe. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 38:147–161.
77. Garcia-Moreno C et al. *WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 ([http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/en](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en), consultado el 15 de junio de 2012).
78. *Sexual abuse may put boys at risk for unsafe sex*. Washington, DC, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 2012 (<http://www.womenshealth.gov/news/headlines/663508.cfm>, consultado el 15 de junio de 2012).
79. Dunkle K et al. (2004) Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Social Science and Medicine*, 59:1581–1592.
80. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. (2008) Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of American Medical Association*, 300:754.
81. Decker MR et al. (2009) Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: findings from Indian husband-wife dyads. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51:593–600.
82. *Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009*. Dar es Salaam, Gobierno de Tanzania, 2011.
83. Jewkes R et al. (2008) Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomized controlled data. *British Medical Journal*, 337:a506.
84. *We Will Speak Out* [sitio web] (<http://www.wewillspeakout.org>, consultado el 15 de junio de 2012).
85. le Roux E, Carter I, Southam H. *Silent no more: the untapped potential of the worldwide church in addressing sexual violence*. Teddington, Reino Unido, Tearfund, 2011 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110321\\_Silent\\_no\\_more.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110321_Silent_no_more.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).

## Optimizar el uso de los recursos

### NOTAS

1. Camboya, Etiopía, Ghana, India, Kenya, Lesotho, Malawi, Rwanda, Tailandia, Ucrania, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.

### REFERENCES

- Schwartzländer B et al. (2011) Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 377: 2031–2041.
- Threshold values for intervention cost-effectiveness by region. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 ([http://www.who.int/choice/costs/CER\\_levels/en/index.html](http://www.who.int/choice/costs/CER_levels/en/index.html), consultado el 15 de junio de 2012).
- Nosyk B, Montaner JS. (2012) The evolving landscape of the economics of HIV treatment and prevention. *Public Library of Science Medicine*, 9:e1001174.
- Granich R et al. (2012) Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011–2050. *Public Library of Science One*, 7:e30216.
- Shah M et al. (2011) Cost-effectiveness of new WHO recommendations for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a resource-limited setting. *AIDS*, 25:1093–1102.
- Hogan DR et al. (2005) Cost-effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *British Medical Journal*, 331:1431–1437.
- Macleod CC, Stringer JS. (2005) Potential cost-effectiveness of maternal and infant antiretroviral interventions to prevent mother-to-child transmission during breast-feeding. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 38:570–577.
- Johri M, Ako-Arrey D. (2011) The cost-effectiveness of preventing mother-to-child transmission of HIV in low- and middle-income countries: systematic review. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 9:3.
- Teerawattananon Y et al. (2005) Cost-effectiveness of models for prevention of vertical HIV transmission – voluntary counseling and testing and choices of drug regimen. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 3:7.
- Reynolds HW et al. (2006) The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, 33:350–356.
- Galárraga O et al. (2009) HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. *BMC Public Health*, 9(Suppl. 1):S1–S5.
- Njeuhmeli E et al. (2011) Voluntary medical male circumcision: modelling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *Public Library of Science Medicine*, 8:e1001132.
- Bollinger LA et al. (2009) The cost and impact of male circumcision on HIV/AIDS in Botswana. *Journal of the International AIDS Society*, 12:7.
- Kahn JG, Marseille E, Auvert B. (2006) Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *Public Library of Science Medicine*, 3:e517.
- Gray RH et al. (2007) The impact of male circumcision on HIV incidence and cost per infection prevented: a stochastic simulation model from Rakai, Uganda. *AIDS*, 21:845–850.
- Martin G et al. *Costing male circumcision in Lesotho and implications for the cost-effectiveness of circumcision as an HIV intervention*. Washington, DC, Iniciativa de las Políticas en Salud de USAID, 2007.
- Martin G et al. *Costing male circumcision in Swaziland and implications for the cost-effectiveness of circumcision as an HIV intervention*. Washington, DC, Iniciativa de las Políticas en Salud de USAID, 2007.
- Fieno JV. (2008) Costing adult male circumcision in high HIV prevalence, low circumcision rate countries. *AIDS Care*, 20: 515–520.
- Prinja S et al. (2011) Cost effectiveness of targeted HIV prevention interventions for female sex workers in India. *Sexually Transmitted Infections*, 87:354–361.
- WHO, UNODC and UNAIDS *technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/en>, consultado el 15 de junio de 2012).
- Strathdee SA et al. (2010) HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 376:268–284.
- Montaner JS et al. (2010) Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet*, 376:532–539.
- Johnson WD et al. (2008) Behavioural interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3):CD001230.
- Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML. (2011) Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *Public Library of Science Medicine*, 8:e1000423.
- HIV modes of transmission analysis in Morocco*. Rabat, Ministerio de Salud, Programa nacional sobre el sida y las ETS, 2010.
- Rodriguez-Garcia R, Gaillard ME, Aran-Matero D. *AIDS resource efficiency in Latin America*. Washington, DC, Banco Mundial, 2011.
- Evidence of reallocation of funds to basic HIV programme activities in Global Fund grants*. Ginebra, ONUSIDA, 2012.
- Low-Beer D et al. (2007) Making performance based funding work for health. *Public Library of Science Medicine*, 4:e219.
- Kenya National AIDS Strategic Plan 2009/10–2012/13*. Nairobi, Consejo nacional de control del sida de Kenya, 2009.
- Guthrie T et al. Spending on prevention activities in the SADC region – are there trends in priorities within an investment framework? *VII Preconferencia sobre Economía y Sida, 20–21 de julio de 2012, Washington, DC, EE.UU.*
- Guthrie T et al. Spending on ART by province in South Africa: trends, drivers, cost drivers and (in)efficiencies. *VII Preconferencia*

sobre Economía y Sida, 20–21 de julio de 2012, Washington, DC, EE.UU.

32. Van Renterghem H et al. The urban HIV epidemic in eastern and southern Africa: need for better KYE/KYR [know your epidemic, know your response] to inform adequate city responses. *XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, DC, 22–27 de julio de 2012.*

33. *Transaction prices for antiretroviral medicines and HIV diagnostics from 2008 to July 2011.* Ginebra, Mecanismo del servicio de la OMS sobre medicamentos y diagnósticos relacionados con el sida para la comunicación de los precios mundiales, 2011 ([http://www.who.int/hiv/amds/gprm\\_summary\\_report\\_oct11.pdf](http://www.who.int/hiv/amds/gprm_summary_report_oct11.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).

34. *Informe de política. Aprovechar las flexibilidades de los ADPIC para mejorar el acceso al tratamiento del VIH.* Ginebra, ONUSIDA, 2011 (disponible en [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049\\_PolicyBrief\\_TRIPS\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_es.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).

35. Alonso González M, ed. *Antiretroviral treatment in the spotlight: a public health analysis in Latin America and the Caribbean.* Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2012.

36. Wirtz VJ et al. Allocating scarce financial resources for HIV treatment: benchmarking prices of antiretroviral medicines in Latin America. *Health Policy and Planning*, 2012 doi:10.1093/heapol/czs011.

40. *Datos internos sobre la tendencia de los precios de los materiales de diagnóstico del VIH.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.

41. Smith P. Enhancing effectiveness, efficiency and social sustainability. Maximizing health program budgets. *Presentación en la consulta de la Sociedad Internacional del Sida a las partes interesadas, Nairobi, Kenya, 20 de abril de 2012.*

42. *Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos* [sitio web]. Ginebra, Management Sciences for Health (MSH), Organización Mundial de la Salud, 2012 ([http://erc.msh.org/dmpguide/index.cfm?search\\_cat=yes&display=yes&module=dmp&language=spanish&year=2010](http://erc.msh.org/dmpguide/index.cfm?search_cat=yes&display=yes&module=dmp&language=spanish&year=2010), consultado el 15 de junio de 2012).

43. Schwartländer B et al. (2011) Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*. Apéndice web suplementario.

44. Bertozzi SM et al. (2008) Making HIV prevention programmes work. *Lancet*, 372:831–844.

45. Marseille E et al. (2007) HIV prevention costs and program scale: data from the PANCEA project in five low and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 7:108.

46. Sweeney S et al. (2012) Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 88:85–99.

47. Menzies N et al. (2009) The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. *AIDS*, 23:395–401.

48. Kahn JG. (2011) Cost of community integrated prevention campaign for malaria, HIV, and diarrhea in rural Kenya. *BMC Health Services Research*, 11:346.

49. *Facility-based unit costing of antiretroviral treatment: a costing study from 161 representative facilities in Ethiopia, Malawi, Rwanda, South Africa and Zambia* (en imprenta). Nueva York, Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud (CHA).

50. Elliott Marseille, Health Strategies International, comunicación personal, análisis de los datos del Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas de Zambia, 2012.

51. Menzies NA et al. (2011) The cost of providing comprehensive HIV treatment in PEPFAR-supported programs. *AIDS*, 25:1753–1760.

52. Duong TA. Costing study of national HIV care and treatment program in Viet Nam. *VII Preconferencia sobre Economía y Sida, 20–21 de julio de 2012, Washington, DC, EE.UU.*

53. Shauka M et al. Link ART centres: a way forward towards cost effective and sustainable model; integration of ART services with general health systems in India. *XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, DC, 22–27 de julio de 2012.*

54. Fulton BD et al. (2011) Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9:1.

55. Callaghan M, Ford N, Schneider H. (2010) A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8:8.

56. *Task shifting: global recommendations and guidelines.*

Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, consultado el 15 de junio de 2012).

57. Rosen S, Long L, Sanne I. (2008) The outcomes and outpatient costs of different models of antiretroviral treatment delivery in South Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 13:1005–1015.

58. Bekker LG et al. (2003) Antiretroviral therapy in a community clinic – early lessons from a pilot project. *South African Medical Journal*, 93:458–462.

59. Uys L, Hensher M. (2002) The cost of home-based terminal care for people with AIDS in South Africa. *South African Medical Journal*, 92:624–628.

60. Long L et al. (2011) Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable ART patients to nurses in South Africa: an observational cohort. *Public Library of Science Medicine*, 8(7): e1001055.

61. Dutta A et al. Evaluating the costs of implementing a more sustainable response: a study of PEPFAR support to Kenya's PMTCT program, 2005–2010. *XIX Conferencia Internacional sobre el Sida, Washington, DC, 22–27 de julio de 2012.*

62. El Adas A et al. Economic evaluation of the national program to prevent mother to child transmission of HIV in Ghana. *VII Preconferencia sobre Economía y Sida, 20–21 de julio de 2012, Washington, DC, EE.UU.*

63. Santos SP et al. Assessing the efficiency of mother-to-child HIV prevention in low- and middle-income countries using data envelopment analysis. *Health Care Management Science*. (en imprenta)

64. Marseille E et al. *Adult male circumcision in Nyanza, Kenya: potential impact of five strategies to increase program efficiency.* (Sin publicar, mayo de 2012).

65. Mahler HR et al. (2011) Voluntary medical male circumcision: matching demand and supply with quality and efficiency in a high-volume campaign in Iringa Region, Tanzania. *Public Library of Science*, 8: e1001131.
66. Chandrashekar S et al. (2010) The effect of scale on the costs of targeted HIV prevention interventions among female and male sex workers, men who have sex with men and transgenders in India. *Sexually Transmitted Infections*, 86(Suppl. 1):i89–i94.
67. Dandona L et al. (2005) HIV prevention programmes for female sex workers in Andhra Pradesh, India: outputs, cost and efficiency. *BMC Public Health*, 5:98.
68. Amenyah R et al. An economic evaluation of Ghana's national HIV/AIDS interventions for most-at-risk populations. *VII Conferencia sobre Economía y Sida, 20–21 de julio de 2012, Washington, DC, EE.UU.*
69. Chandrashekar S et al. (2011) The costs of HIV prevention for different target populations in Mumbai, Thane and Bangalore. *BMC Public Health*, 11(Suppl. 6):S7.
70. Tsemo S, Carael M, Lucas J. *Dispositif d'appui technique pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Revue externe. Informe interno para ONUSIDA*. 2012.
71. Leitch D, Carael M, Lucas J. *Technical Support Facility for Eastern Africa. External review. Final report*. 2011.
72. Leitch D, Mendoza A, Lucas J. *Technical Support Facility for Southern Africa. External review*. 2011.
73. Noble R et al. *Management, accountability and performance review. Technical Support Facility for South-East Asia and the Pacific*. 2011.
74. Makotere A and EGPAF. *Zimbabwe's experiences in reducing training costs associated with roll out of the revised 2010 WHO guidelines on PMTCT*. Harare, Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation (EGPAF) – Zimbabwe, 2012.
75. Resch S et al. (2011) Economic returns to investment in AIDS treatment in low- and middle-income countries. *PLoS One*, 6:e2510.
76. Stover J et al. (2011) Long-term costs and health impact of continued Global Fund support for antiretroviral therapy. *PLoS One*, 6:e21048.
77. Lawn SD, Churchyard G. (2009) Epidemiology of HIV-associated tuberculosis. *Current Opinion in HIV & AIDS*, 4: 325–333.
78. Abdool Karim SS et al. (2010) Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. *New England Journal of Medicine*, 362:697–706.
79. Walton DA et al. (2004) Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. *Journal of Public Health Policy*, 25:137–158.
80. Koenig SP et al. (2011) Cost-effectiveness of early versus standard antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Haiti. *PLoS Medicine*, 8:e1001095.
81. Darmstadt G et al. (2008) Saving newborn lives in Asia and Africa: cost and impact of phased scale-up of interventions within the continuum of care. *Health Policy and Planning*, 23:101–117.
82. Hankins C, Forsythe S, Njeuhmeli E. (2011) Voluntary medical male circumcision: an introduction to the cost, impact, and challenges of accelerated scaling up. *Public Library of Science Medicine*, 8: e1001127.
83. Marseille E et al. (2001) Cost-effectiveness of the female condom in preventing HIV and STDs in commercial sex workers in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 52:135–148.
84. Dowdy DW, Sweat MD, Holtgrave DR. (2006) Country-wide distribution of the nitrile female condom (FC2) in Brazil and South Africa: a cost-effectiveness analysis. *AIDS*, 20:2091–2098.
85. Wilson DP et al. *The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in eastern Europe and central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries: report to UNAIDS*. Ginebra, ONUSIDA, 2012.
86. Rosen S et al. (2008) Differences in normal activities, job performance and symptom prevalence between patients not yet on antiretroviral therapy and patients initiating therapy in South Africa. *AIDS*, 22(Suppl. 1):S131–139.
87. Beard J, Feeley F, Rosen S. (2009) Economic and quality of life outcomes of antiretroviral therapy for HIV/AIDS in developing countries: a systematic literature review. *AIDS Care*, 21:1343–1356.
88. Thirumurthy H, Zivin JG, Goldstein M. (2008) The economic impact of AIDS treatment: labor supply in Western Kenya. *Journal of Human Resources*, 43:511–552.
89. Coetzee C. (2008) The impact of highly active antiretroviral treatment (HAART) on employment in Khayelitsha. *South African Journal of Economics*, 76:S76–S85.
90. Bärnighausen T et al, *The economic benefits of ART: evidence from a complete population cohort in rural South Africa*. II Taller Internacional del Tratamiento como Prevención, Vancouver, Canadá, abril de 2012.
91. Zivin JG, Thirumurthy H, Goldstein M. (2009) AIDS treatment and intrahousehold resource allocation: children's nutrition and schooling in Kenya. *Journal of Public Economics*, 93:1008–1015.
92. Thirumurthy H, Zivin JG, Goldstein M. (2008) The economic impact of AIDS treatment: labor supply in western Kenya. *Journal of Human Resources*, 43:511–552.
93. Ventelou B et al. (2008) Time is costly: modelling the macroeconomic impact of scaling-up antiretroviral treatment in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 22:107–113.

## Invertir de manera sostenible

### NOTAS

1. Benin, Burkina Faso, Camerún, la República Centroafricana, Congo, Côte d'Ivoire, Gambia, Guinea, Liberia, Madagascar, Malí, Mauricio, Marruecos, Namibia, Níger, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sudáfrica y Togo.

### REFERENCIAS

1. National AIDS Control Programme Phase IV (2012–2017) [sitio web]. Nueva Delhi, Organización Nacional para el Control del Sida, 2012 (<http://www.nacoonline.org/NACP-IV>, consultado el 15 de junio de 2012).

2. 2012 China AIDS response progress report. Beijing, Ministerio de Salud, China, 2012.

3. OECD Creditor Reporting System [base de datos en línea]. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2012 (<http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=CR51>, consultado el 15 de junio de 2012).

4. UNAIDS 2010–2011 unified budget and workplan. Ginebra, ONUSIDA, 2009 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2009/20090515\\_20102011\\_ubw\\_final\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2009/20090515_20102011_ubw_final_en.pdf), consultado el 15 de junio de 2012).

5. *Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from donor governments in 2011*. Menlo Park, CA y Ginebra, Kaiser Family Foundation y ONUSIDA, (en imprenta).

6. Download grant data [sitio web]. Ginebra, Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2012 (<http://portfolio.theglobalfund.org/en/DataDownloads/Index>, consultado el 15 de junio de 2012).

7. *International assistance for HIV from non-DAC donor governments and philanthropies based in low- and middle-income countries*. Ginebra, ONUSIDA y NIDI, noviembre de 2012 (aún sin publicar).

8. Walz J, Ramachandran V. *Brave new world. A literature review of emerging donors and the changing nature of foreign assistance*. Washington, DC, Center for Global Development, 2011.

9. *Deauville accountability report, 2011. G8 commitments on health and food security: state of delivery and results*. París, Ministerio de Asuntos Exteriores y Europeos, 2011.

10. *Shifting paradigm: how the BRICS are reshaping global health*. Nueva York, Global Health Strategies initiatives, 2012.

11. *Investments in HIV prevention research and development in 2011*. Ginebra, Grupo de trabajo para el seguimiento de recursos destinados a vacunas y microbicidas para el VIH, 2012.

12. Bliss K. *Key players in global health: how Brazil, Russia, India, China and South Africa are influencing the game*. Washington, DC, Center for Strategic & International Studies, 2010.

13. *US philanthropic support to address HIV/AIDS in 2010*. Arlington, VA, Funders Concerned about AIDS, 2011.

14. *European philanthropic support to address HIV/AIDS in 2010*. Bruselas, European HIV/AIDS Funders Group, 2011.

15. *Annual Report 2011*. Ginebra, UNITAID, 2012.

16. *World wealth report 2010*. París, Capgemini/Merrill Lynch, 2011.

17. *Supporting the development of more effective tax systems. A report to the G-20 Development Working Group by the IMF, OECD, UN and World Bank*. Washington, DC, FMI, OCDE, Naciones Unidas y Banco Mundial, 2011.



**ONUSIDA**  
Programa Conjunto de las Naciones  
Unidas sobre el VIH/Sida

ACNUR  
UNICEF  
PMA  
PNUD  
UNFPA  
UNODC  
ONU MUJERES  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666  
[distribution@unaids.org](mailto:distribution@unaids.org)

[unaids.org](http://unaids.org)