



# Progresos realizados en materia de acceso mundial al tratamiento antirretroviral contra el VIH

## Informe sobre "Tres millones para 2005" y más adelante

Marzo de 2006

**SOMETIDO A EMBARGO  
HASTA LAS 12.00 HORAS GMT  
DEL MARTES 28 DE MARZO DE 2006**



Organización  
Mundial de la Salud



ONUSIDA



# Progresos realizados en materia de acceso mundial al tratamiento antirretroviral contra el VIH

## Informe sobre “Tres millones para 2005” y más adelante

Marzo de 2006

## Resumen de orientación



**Organización  
Mundial de la Salud**



**ONUSIDA**

ACNUR  
UNICEF  
FMA  
PRIO  
UNFPA  
ONIEDO  
DE  
UNESCO  
OMS  
BANCO MUNDIAL

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA



## Resumen de orientación

### 1. Expansión del acceso al tratamiento contra el VIH

La estrategia “Tres millones para 2005” fue anunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) en diciembre de 2003 y respaldada unánimemente en mayo de 2004 por los 192 Estados Miembros de la OMS en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud.

Desde una cifra de partida de aproximadamente 400 000 personas a las que se estaba administrando tratamiento antirretroviral en países de ingresos bajos y medianos en diciembre de 2003, se ha alcanzado una cifra de más de 1,3 millones de personas en tratamiento en diciembre de 2005. La cobertura del tratamiento antirretroviral en los países de ingresos bajos y medianos pasó del 7% a finales de 2003 al 12% al terminar 2004, y al 20% a finales de 2005. Durante el año pasado, el número de personas en tratamiento en todo el mundo aumentó a razón de cerca de 300 000 personas cada seis meses. El aumento fue particularmente espectacular en el África subsahariana, desde 100 000 personas a finales de 2003 hasta 310 000 al final de 2004 y 810 000 al terminar 2005. Más de la mitad de las personas que reciben tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos viven hoy en esta región, mientras que hace dos años sólo vivía la cuarta parte.

A finales de 2005, los datos correspondientes a 18 países<sup>1</sup> indican que éstos han alcanzado la meta de la iniciativa de proporcionar tratamiento al menos a la mitad de las personas que lo necesitan.

En el África subsahariana, el número de personas que reciben tratamiento se multiplicó por más de ocho, desde 100 000 hasta 810 000, en los dos años que abarca el informe y se duplicó con creces durante el último año. La cobertura pasó del 2% en 2003 al 17% a finales de 2005. De los 4,7 millones de personas que necesitan tratamiento antirretroviral en esta región, aproximadamente una de cada seis lo recibe hoy en día. Sin embargo, el avance es desigual: la cobertura es de al menos el 50% en países como Botswana y Uganda pero sigue sin llegar al 10% en otros países. Con unas 200 000 personas actualmente en tratamiento, Sudáfrica representa a casi la cuarta parte de las personas que reciben tratamiento antirretroviral en la región.

El número de personas que reciben tratamiento antirretroviral en Asia oriental, meridional y sudoriental pasó de 70 000 en 2003 a 180 000 (cobertura estimada del 16%) a finales de 2005. Tailandia ha sido una de las principales impulsoras de este aumento. Con más del 70% de las necesidades totales de tratamiento de la región, la cobertura del tratamiento antirretroviral en la India sigue encontrándose bastante por debajo del 10%.

En América Latina y el Caribe, el número de personas que reciben tratamiento ha aumentado progresivamente hasta 315 000 (cobertura estimada del 68%), desde 210 000 a finales de 2003. En esta región, 13 países en los que hay al menos 1000 personas que necesitan tratamiento antirretroviral están tratando a al menos la mitad de las que lo necesitan.

El avance ha sido menos espectacular en los países de ingresos bajos y medianos de Europa, Asia central, África septentrional y Oriente Medio; 21 000 personas en Europa y Asia central y 4000 personas en África septentrional y Oriente Medio están recibiendo tratamiento, frente a 15 000 y 1000, respectivamente, a finales de 2003.

<sup>1</sup> Países con al menos 1000 personas que necesitan tratamiento antirretroviral y que están tratando al menos a la mitad de las que lo necesitan. Son: Argentina, Botswana, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Namibia, Panamá, Perú, Polonia, Tailandia, Uganda, Uruguay y Venezuela.

A finales de 2005, con fondos del Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, se estaba prestando apoyo a programas en los que se administraba tratamiento a un total de 471 000 personas. Los programas financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria estaban tratando a 384 000 personas. Sin embargo, con arreglo a los métodos elaborados por el Plan de Urgencia y el Fondo Mundial, unas 214 000 personas estaban recibiendo tratamiento mediante programas financiados conjuntamente por ambas iniciativas. En conjunto, pues, estas iniciativas estaban apoyando el tratamiento de 641 000 personas.

Según cálculos basados en el gasto farmacéutico, 716 000 personas de países de ingresos bajos y medianos estaban recibiendo tratamiento con al menos un medicamento antirretroviral proporcionado por la industria farmacéutica de investigación, por conducto de la Iniciativa para Acelerar el Acceso.

Las respuestas inmunitarias y virales fueron buenas y las reducciones de la mortalidad en entornos con escasez de ingresos eran semejantes a las conseguidas en países de ingresos altos. La expansión del acceso al tratamiento antirretroviral evitó entre 250 000 y 350 000 muertes en 2005. Los efectos totales de esa expansión, especialmente la que ha tenido lugar durante 2005, sólo se apreciarán en 2006 y los años siguientes.

Actualmente no existen pruebas de que el acceso al tratamiento antirretroviral sufra un sesgo de género sistemático. No obstante, algunos estudios indican que las mujeres se enfrentan a barreras específicas a la hora de seguir el tratamiento, entre ellas el miedo a que se conozca su estado y a la violencia doméstica.

Se calcula que en 2005 necesitaban tratamiento 660 000 niños menores de 15 años, lo que representa algo más del 10% del total de personas necesitadas. De los 570 000 menores de 15 años que cada año mueren de enfermedades relacionadas con el SIDA, la inmensa mayoría contrae la enfermedad por transmisión de la madre. Se calcula que menos del 10% de las embarazadas seropositivas están recibiendo tratamiento antirretroviral profiláctico, con lo que cada día el VIH infecta a 1800 lactantes. En octubre de 2005, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el ONUSIDA lanzaron una campaña que pretende, de aquí a 2010, dar acceso a los servicios al 80% de las mujeres que los necesitan, con el fin de impedir que transmitan el VIH a sus hijos.

A finales de 2004, unos 36 000 consumidores de drogas inyectables estaban recibiendo tratamiento antirretroviral; de ellos, 30 000 vivían en el Brasil y los 6000 restantes estaban distribuidos en otros 45 países. En Europa oriental y Asia central, los consumidores de drogas inyectables representan más del 70% de los casos de infección por el VIH, pero sólo el 24% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral.

El número de centros donde se administra el tratamiento en países de ingresos bajos y medianos pasó de unos 500 en junio de 2004 (sin contar los centros privados) a más de 5100 a finales de 2005. El volumen medio de usuarios por centro es de al menos el doble en el África subsahariana (399 personas por centro) que en la mayoría de los demás lugares del mundo.

Aunque la estigmatización y la falta de conciencia sobre los beneficios del tratamiento pueden retrasar el recurso al tratamiento antirretroviral, la demanda no parece haber sido el factor limitante en la expansión. Más bien, la tasa de aumento depende primordialmente de factores relacionados con la oferta, como el suministro de fármacos, la financiación, la determinación de la seropositividad y la capacidad de recursos humanos. Se ha observado que la prestación gratuita de tratamiento en lugares de ingresos bajos está asociada a una mejor observancia y a mejores resultados del tratamiento.

### *Adquisiciones y precios de los fármacos*

Los sistemas de salud deben proporcionar un suministro ininterrumpido de fármacos antirretrovirales para elevar al máximo la probabilidad de que los tratamientos den buenos resultados y prevenir la aparición de farmacoresistencia. A finales de 2005, alrededor de la mitad de los US\$ 3500 millones asignados por el Fondo Mundial, por ejemplo, habían sido consignados para la adquisición de fármacos y material sanitario para combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo. En muchos países, no obstante, los sistemas de compra y distribución de medicamentos esenciales, sean del tipo que sean, en los niveles de distrito y de centro de salud padecen deficiencias crónicas o, en algunos casos, apenas existen. La OMS estableció el Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA, una red de organismos que participan en la gestión de la cadena de compras y suministros, para ayudar a los países a conseguir los precios más

competitivos para los medicamentos esenciales y otros suministros y a adoptar decisiones acertadas en la adquisición de fármacos y medios de diagnóstico. El Servicio ha ayudado a velar por que las inversiones en sistemas de adquisición y distribución de fármacos antirretrovirales también sirvan para aumentar la capacidad local de compra y suministro de otros medicamentos esenciales.

Entre 2003 y 2005, el precio de la medicación de primera línea bajó entre un 37% y un 53%, según el régimen terapéutico. Aún así, los precios siguen siendo inaceptablemente elevados en algunos países, especialmente para los tratamientos de segunda línea. En 2005, el precio medio anual por persona del tratamiento de primera línea precalificado por la OMS en los países de ingresos bajos oscilaba entre US\$ 148 (estavudina + lamivudina + nevirapina, la combinación más extendida) y US\$ 549 (zidovudina + lamivudina + efavirenz). El precio medio del tratamiento de primera línea en 2005 era de US\$ 268 por persona al año. La caída de los precios de los medicamentos se ha visto favorecida por la actual expansión del tratamiento antirretroviral, la competencia entre los productos precalificados por la OMS, cada vez más numerosos, y las negociaciones entre la Fundación William J. Clinton y los fabricantes de genéricos. En los países de ingresos medianos, el precio del tratamiento de primera línea era considerablemente más alto y se mantuvo prácticamente estable entre 2004 y 2005.

El tratamiento de segunda línea es considerablemente más caro. En 2005, el tratamiento a base de tenofovir + abacavir + lopinavir o ritonavir costaba en promedio US\$ 1888 por persona al año en los países de ingresos bajos y US\$ 4126 en los países de ingresos medianos. Los precios de esos tratamientos variaban considerablemente de unos países a otros. Por ejemplo, en Côte d'Ivoire el precio medio es de US\$ 1700 por persona al año, mientras que en El Salvador se pagan US\$ 6788.

Es preciso reducir aún más los precios de los medios de diagnóstico y del material de laboratorio.

### *Fortalecimiento de los sistemas de salud*

La OMS define el fortalecimiento de los sistemas de salud como el aumento de la capacidad en componentes críticos de esos sistemas (política, financiación, recursos humanos, gestión de servicios y sistemas de información y vigilancia) con el objeto de conseguir mejoras más equitativas y sostenidas en todos los servicios de salud y mejores resultados sanitarios. “Tres millones para 2005” ha contribuido a que los gobiernos, los donantes y los organismos técnicos concedan más prioridad al fortalecimiento de los sistemas de salud, lo que tiene alentadoras repercusiones en el logro de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. “Tres millones para 2005” también ha puesto en tela de juicio la creencia de que el tratamiento antirretroviral no puede administrarse donde sólo existen sistemas de salud rudimentarios.

Las estrategias encaminadas a elevar al máximo la capacidad de recursos humanos y capacitar al personal sanitario en la administración del tratamiento antirretroviral son fundamentales para incrementar el acceso a ese tratamiento en los países de ingresos bajos. Incluyen técnicas y métodos de capacitación innovadores encaminados a ampliar el abanico de personas capaces de prestar servicios relacionados con el VIH/SIDA, como el método de formación en Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y los Adultos, elaborado por la OMS y sus asociados y adoptado en unos 29 países.

“Tres millones para 2005” también ha puesto de relieve la importancia de utilizar la infraestructura y los servicios de salud existentes (a menudo denominados puntos de acceso) en los ámbitos de la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva y la prevención de la transmisión de la madre al niño para administrar tratamiento antirretroviral y expandir la prevención del VIH. Los vínculos entre el VIH y el paludismo también están recibiendo más atención.

También se están ampliando los servicios integrados que atienden las necesidades de los consumidores de drogas inyectables. Los programas de reducción de daños como los de canje de agujas y jeringuillas en lugares controlados y los servicios de tratamiento de las toxicomanías proporcionan valiosos puntos de acceso para las pruebas de detección y los consejos en relación con el VIH, la derivación de pacientes a servicios de tratamiento y atención, y la administración y el seguimiento del tratamiento antirretroviral. La metadona y la buprenorfina, las formas más eficaces de tratamiento de la dependencia para los consumidores de heroína y otros opioides, fueron incluidas en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales en 2005.

## *Compromiso político y financiero*

Basándose en años de sensibilización por parte de promotores del tratamiento y grupos de la sociedad civil, la meta de “Tres millones para 2005” ha contribuido a aumentar de forma significativa el compromiso respecto de la expansión del tratamiento antirretroviral tanto a nivel mundial como a nivel nacional durante los dos últimos años. De los 49 países prioritarios de la iniciativa, el número de los que tenían planes nacionales en marcha o en preparación para el acceso al tratamiento antirretroviral pasó de tres en diciembre de 2003 a 46 en diciembre de 2005.

Los países están demostrando su voluntad de velar por que los programas de tratamiento no sólo se inicien, sino que también sean sostenibles a largo plazo. La Federación de Rusia multiplicó por 18 su presupuesto federal de 2006 para combatir el SIDA, hasta casi US\$ 107 millones, y ha duplicado su contribución al Fondo Mundial. El Gobierno central de China ha seguido aumentando sus inversiones en prevención y atención; su presupuesto para combatir el VIH/SIDA ha pasado de unos US\$ 49 millones en 2003 a US\$ 100 millones en 2005.

Los países del África subsahariana también están aumentando las asignaciones con cargo al presupuesto nacional. Entre 2003 y 2004, el Senegal aumentó su presupuesto contra el VIH/SIDA desde US\$ 12 millones hasta US\$ 19 millones, y Burkina Faso de US\$ 24 millones a US\$ 35 millones. Sudáfrica ha comprometido casi US\$ 1000 millones de recursos propios para luchar contra el VIH/SIDA durante un periodo de tres años.

El compromiso de los donantes internacionales ha crecido notablemente durante los últimos años; el gasto mundial en relación con el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos ha pasado de US\$ 4700 millones en 2003 a una cifra estimada de US\$ 8300 millones en 2005. Una parte considerable de los fondos procede actualmente del Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el Programa multinacional contra el VIH/SIDA para África y el Programa Multinacional de Prevención del VIH/SIDA - Préstamo Adaptable para Programas de Control para la región del Caribe, ambos del Banco Mundial. Sin embargo, el ONUSIDA estima que se necesitarán hasta US\$ 22 000 millones al año para financiar una respuesta integral de aquí a 2008.

## *Alianzas*

Entre 2003 y 2005, más de 200 organizaciones indicaron su intención de trabajar con la OMS o contribuir de algún otro modo al logro de la meta “Tres millones para 2005”.

“Tres millones para 2005” ha ayudado a propiciar nuevas relaciones de cooperación entre sindicatos, asociaciones de empleadores y organismos técnicos que se ocupan del VIH/SIDA. También ha favorecido nuevos lazos entre organizaciones confesionales, donantes y organismos técnicos. Se calcula que estas organizaciones proporcionan hasta el 40% de la infraestructura médica en el África subsahariana.

El Fondo Colectivo de Preparación para el Tratamiento contra el VIH (coalición de 20 donantes internacionales), la OMS, la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento y la Fundación Tides prestaron apoyo técnico y financiero a más de 200 grupos comunitarios de todo el mundo para que llevaran a cabo actividades de divulgación del tratamiento en 2005. Esos recursos están ayudando a capacitar a miles de personas que viven con el VIH/SIDA para que se ocupen de su propia atención y a dar a miles de personas más los conocimientos necesarios para abogar por el tratamiento y la prevención del VIH.

Todos los copatrocinadores del ONUSIDA han participado en los esfuerzos encaminados a expandir el tratamiento. La Secretaría del ONUSIDA ha desempeñado un papel rector en todos los aspectos de la elaboración y la aplicación de la política de “Tres millones para 2005”, tanto en el plano mundial como en los países. Un Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA, establecido en 2005, recomendó nuevas medidas que las Naciones Unidas debían tomar para ayudar a los países a aprovechar sus recursos del mejor modo posible.

## 2. Hacia el acceso universal

En julio de 2005, los líderes de los países del Grupo de los Ocho (G8) anunciaron su intención de trabajar con la OMS, el ONUSIDA y otros órganos internacionales en la preparación y aplicación de un conjunto de medidas para la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, con el fin de acercarse todo lo posible al logro del acceso universal al tratamiento para todos los que lo necesitan, antes de 2010. Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas hicieron suyo este objetivo algo después, en la Sesión Plenaria de Alto Nivel del sexagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2005.

De “Tres millones para 2005” y de la experiencia adquirida en estos primeros años de administración del tratamiento contra el VIH en los países de ingresos bajos y medianos se desprenden útiles lecciones para las futuras actividades de expansión del tratamiento.

### *Las metas de tratamiento y las reformas de política elevan al máximo la eficacia de los programas*

Al establecer una cifra de referencia mundial, “Tres millones para 2005” alentó a los países a fijar ambiciosas metas nacionales de tratamiento, lo que demuestra que las metas pueden desempeñar una función muy importante promoviendo la identificación nacional con las actividades y movilizando fondos, así como a los interesados directos, los organismos técnicos y los donantes.

“Tres millones para 2005” también animó a los países a emprender diversas reformas de política encaminadas a aumentar el acceso y mejorar la capacidad de los sistemas de salud. La falta crónica de profesionales sanitarios en la mayoría de los países de ingresos bajos ha exigido replantearse los modelos de prestación de servicios y ha llevado a la adopción de un enfoque de salud pública en el tratamiento del VIH. Ese enfoque hace hincapié en los siguientes elementos: pautas terapéuticas simplificadas, trabajo en equipo, delegación de las actividades ordinarias de seguimiento a personal de enfermería y agentes comunitarios adiestrados, movilización y educación de la comunidad, adquisiciones por parte del sector público para propiciar un alto nivel de calidad y el uso racional de los medicamentos y el material, seguimiento normalizado de los pacientes, vigilancia de la farmacoresistencia, expansión de los servicios voluntarios de pruebas y asesoramiento, y mayor integración de las intervenciones preventivas y terapéuticas.

Según datos recientes, el cobro de una tarifa al usuario en el punto de acceso al tratamiento contra el VIH, práctica común en los países de ingresos bajos y medianos, entorpece ese acceso y va en detrimento de los resultados sanitarios. Aunque sean muy reducidas, esas tarifas suponen una considerable carga financiera para las personas que reciben tratamiento antirretroviral y para sus familias, y socavan la observancia de la medicación; además, generan escasos ingresos en el nivel nacional, pues requieren más trámites y personal del gobierno. Botswana, el Brasil, Etiopía, la República Unida de Tanzania, el Senegal, Tailandia y Zambia han ajustado recientemente su política de financiación sanitaria para suprimir el cobro de tarifas al usuario por el tratamiento del VIH en el punto de prestación de servicios.

Menos del 10% de la población del África subsahariana sabe si está infectada por el VIH. Aumentar el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención exigirá que más personas se sometan a las pruebas de detección del VIH para conocer su estado. Desde 2004, la OMS y el ONUSIDA vienen recomendando que se ofrezca sistemáticamente la prueba de detección del VIH a todas las personas que acuden a un centro clínico o comunitario en las zonas donde el VIH sea prevalente y donde se disponga de tratamiento antirretroviral. Las personas siempre deben conservar el derecho a rechazar la prueba, y debe mantenerse la confidencialidad de los resultados. Cada vez son más los países que están adoptando políticas de asesoramiento y pruebas de detección acordes con este modelo.

Hoy existe un amplio consenso sobre la idea de que centrarse exclusivamente en el tratamiento o la prevención no es eficaz; ambos deben expandirse simultáneamente. Los modelos epidemiológicos en los que se utilizan distintas hipótesis de intervención muestran de manera constante que pueden evitarse más muertes con una respuesta integral que incluya tanto el tratamiento como la prevención que con una respuesta que se centre exclusivamente en uno de ellos.

## *Retos futuros*

A pesar de los progresos realizados hasta la fecha, persisten algunos factores que siguen entorpeciendo la expansión del tratamiento antirretroviral y la prevención del VIH. Entre ellos cabe citar la falta de coordinación entre las distintas alianzas, las limitaciones a la adquisición y el suministro de medicamentos, medios de diagnóstico y otro material, la escasa capacidad en materia de recursos humanos y otras deficiencias críticas de los sistemas de salud, la dificultad para garantizar un acceso equitativo, y la falta de sistemas normalizados para la gestión de los programas y el seguimiento de los progresos realizados.

Aunque se han dado pasos importantes para promover relaciones de asociación efectivas entre organismos técnicos y para fomentar la armonización en la expansión de los programas, hay que hacer más esfuerzos para eliminar los obstáculos en el nivel de los países. Las lecciones aprendidas de la labor del Equipo mundial de tareas para mejorar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en materia de SIDA y el Equipo mundial conjunto de apoyo a la resolución de problemas y a la aplicación subrayan la necesidad de que mejore la coordinación entre los organismos de las Naciones Unidas, los principales donantes y los asociados en la ejecución dentro de los países.

A pesar de que el apoyo internacional aumentó considerablemente entre 2003 y 2005, el déficit de financiación para 2005-2007 se elevará hasta un total estimado de US\$ 18 000 millones. Se necesitarán al menos US\$ 22 000 millones anuales de aquí a 2008 para financiar por completo la respuesta mundial. La incertidumbre de la financiación en el futuro hace temer por la sostenibilidad del tratamiento y puede llegar a frenar la expansión del acceso universal. Los mecanismos de financiación innovadores, como el gravamen que se impondrá en Francia a los billetes de avión o la facilidad de Financiación Internacional del Reino Unido, permitirían a los países donantes complementar los esfuerzos tradicionales encaminados a financiar la cooperación para el desarrollo.

También hay que prestar más atención a la liberación de recursos. Las deficiencias en la gestión de las adquisiciones y los suministros han provocado importantes retrasos en la liberación de recursos del Fondo Mundial. Las propuestas de financiación presentadas al Fondo Mundial y preparadas con asistencia técnica de la OMS o el ONUSIDA han tenido más éxito que las que no recibieron esa asistencia. Los países necesitan con urgencia una previsión más eficaz de sus necesidades de apoyo técnico, así como sistemas adecuados de seguimiento y evaluación, y los organismos técnicos deben recibir fondos suficientes para poder mantener esa asistencia. La próxima Ronda propuesta del Fondo Mundial en abril de 2006, la sexta, supone una oportunidad importante para asegurar que se pongan a disposición de los países recursos suficientes para lograr el acceso universal.

El suministro de medicamentos esenciales y otro material médico sigue limitando la expansión del tratamiento antirretroviral. Los principales obstáculos que se oponen a la mejora de la eficacia de los sistemas de adquisición y suministro incluyen la fijación de precios, la financiación, la producción y las deficiencias en la gestión de la cadena de suministro. La falta de fondos asegurados después de 2008 supone un serio obstáculo, y actualmente no existen mecanismos de financiación flexibles ni suficientes reservas de estabilización para hacer frente a las situaciones de desabastecimiento que se producen durante los periodos de renovación de subvenciones, que a menudo son largos.

Los precios de los tratamientos antirretrovirales de primera línea siguen siendo elevados; el costo de los tratamientos de segunda línea resulta prohibitivo para la mayoría de los países. El reciente esfuerzo de la Fundación William J. Clinton por establecer precios de referencia para grupos de países podría mejorar la predecibilidad de la demanda y crear un mercado estable para los medicamentos y el material de segunda línea en los países de ingresos bajos y medianos.

Otras necesidades acuciantes en materia de adquisiciones incluyen una prueba rápida y fiable para diagnosticar la infección por el VIH entre niños menores de 18 meses; la mejora de la adquisición de antibióticos para tratar las infecciones oportunistas, y tratamientos sustitutivos para los programas de reducción de daños destinados a los consumidores de drogas inyectables.

El fortalecimiento de los sistemas de salud es una tarea urgente. En el África subsahariana, el déficit de agentes de salud llega al millón y cada año emigran otros 20 000 agentes sanitarios. El Banco Mundial estima además que en un país que tenga una tasa de prevalencia del 15% cabe prever una pérdida anual del 1,6% al 3,3% del personal sanitario a causa del SIDA. Aparte de delegar tareas ordinarias en agentes de salud capacitados, no profesionales, otras necesidades críticas son contratar y capacitar a gran número de

agentes sanitarios adicionales, mejorar la retención del personal existente y proteger a los agentes de salud del impacto del VIH/SIDA proporcionándoles acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención.

La planificación y la ejecución de programas deben abordar de forma más completa las barreras que entorpecen el acceso equitativo a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las mujeres, los niños, los habitantes de zonas rurales y los miembros de grupos marginados. La estigmatización y la discriminación siguen suponiendo enormes obstáculos; es necesario aplicar políticas que den poder efectivo a las mujeres y las niñas y combatan la violencia doméstica, así como suprimir el cobro de tarifas al usuario y aplicar un enfoque de salud pública.

Los sistemas que vigilan la expansión del tratamiento antirretroviral y otras intervenciones están mejorando poco a poco. No obstante, aún son escasos los países que disponen de un sistema normalizado de vigilancia de los resultados que proporcione datos sobre la supervivencia, el estado de salud y la calidad de vida de las personas que reciben tratamiento. La vigilancia de la toxicidad medicamentosa y la farmacorresistencia con instrumentos como la Red Mundial de Vigilancia de la Farmacorresistencia del VIH (HIVResNet), organizada por la OMS, también irán cobrando cada vez más importancia a medida que más pacientes inicien un tratamiento de por vida. Es preciso mejorar la colaboración y la coordinación del apoyo técnico y prestar mayor atención a la vigilancia de la salud de la población y el impacto de la expansión del tratamiento antirretroviral en los sistemas de salud. Es indispensable intensificar las investigaciones operativas para difundir las mejores prácticas y ampliar las investigaciones básicas y clínicas para dar acceso a medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y microbicidas simplificados.

### *Impulsar los planes para lograr el acceso universal*

Durante el primer trimestre de 2006, el ONUSIDA está facilitando la formulación de planes de operaciones acordados en el plano nacional para trabajar hacia el logro del acceso universal a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH/SIDA, con hitos intermedios y metas para 2010 específicos de cada país. En febrero de 2006, más de 30 países habían convocado consultas nacionales sobre el acceso universal, y casi 100 países más habían iniciado el proceso de planificación.

Cuando sea posible, las metas de expansión y los marcos de aplicación del acceso universal se basarán en los planes nacionales existentes sobre desarrollo y VIH/SIDA, y utilizarán los procesos existentes para actualizar los planes. Esos marcos deberán incluir aportaciones de una amplia gama de interesados, entre ellos ministerios, el sector privado, organizaciones confesionales, la sociedad civil, personas que viven con el VIH/SIDA y asociados multilaterales. El Comité directivo mundial sobre el acceso universal, formado por múltiples interlocutores y coordinado por el ONUSIDA, está supervisando este proceso y formulará recomendaciones para el examen de alto nivel sobre el SIDA por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006.

La OMS seguirá dando prioridad a la expansión del tratamiento antirretroviral y la prestación de orientación para ayudar a los países a alcanzar las actuales metas de tratamiento. El logro del acceso universal, no obstante, también requerirá una decidida respuesta del sector sanitario que incluya un conjunto amplio de intervenciones prioritarias contra el VIH/SIDA, incluida la prevención. En octubre de 2005, la OMS celebró una reunión consultiva para asegurar que los países cuenten con la orientación y el apoyo técnico necesarios para ofrecer un “paquete básico” de servicios sanitarios. En esa reunión se buscó una definición común del acceso universal y un acuerdo sobre una propuesta de marco técnico para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo de los afectados por el VIH, que formará la base de las recomendaciones técnicas y estratégicas de la OMS en materia de acceso universal que se presentarán en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2006.

Aunque la meta de tratar a tres millones de personas antes del final de 2005 no se ha alcanzado, la declaración por la OMS y el ONUSIDA de una emergencia sanitaria mundial en materia de acceso al tratamiento y el lanzamiento de la estrategia “Tres millones para 2005” han contribuido a movilizar a países, comunidades y personas para hacer frente a la extraordinaria y urgente necesidad de proporcionar tratamiento antirretroviral. Las lecciones aprendidas en la expansión del acceso al tratamiento han modificado profundamente el paisaje de la salud pública y seguirán influyendo en la elección de enfoques y medidas estratégicos a medida que mientras el mundo avanza hacia la meta del acceso universal de aquí a 2010.





Se puede obtener mayor  
información en:

Organización Mundial de la Salud  
Departamento de VIH/SIDA  
20, avenue Appia  
CH-1211 Ginebra 27  
Suiza

Dirección electrónica: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)  
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 159413 6

