



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

Información actualizada sobre Tres millones para 2005

Junio de 2005



ONUSIDA
ACNUR • UNICEF • FMA • PNUD • UNFPA
ONUDS • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización
Mundial de la Salud



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

Información actualizada sobre "Tres millones para 2005"

Junio de 2005



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONUSIDA
ACNUR • UNICEF • FMA • PNUD • UNFPA
ONUDD • OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Progresos mundiales realizados en materia de acceso al tratamiento antirretroviral contra el VIH : información actualizada sobre "Tres millones para 2005".

1. Agentes antirretrovirales - provisión y distribución 2. Infecciones por VIH - quimioterapia 3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - quimioterapia 4. Evaluación de programas 5. Desarrollo de programa I. Título.

ISBN 92 4 359339 0

(Clasificación NLM: WC 503.2)

© Organización Mundial de la Salud, 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, 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. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in

Índice

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Prefacio | 5 |
| Resumen de orientación | 7 |
| Progresos mundiales en la expansión del tratamiento | 11 |
| La evolución de “Tres millones para 2005” | 11 |
| Los progresos en cifras..... | 12 |
| | |
| Cómo salvar los obstáculos | 15 |
| Avanzar en los países más afectados..... | 15 |
| Compromiso político..... | 15 |
| Sostenibilidad financiera..... | 16 |
| Equidad en el acceso..... | 17 |
| Integración de la prevención y el tratamiento..... | 19 |
| Ampliación de la capacidad de recursos humanos | 21 |
| Fortalecimiento de los sistemas de adquisición y gestión de suministros..... | 23 |
| Superar y subsanar las limitaciones de la infraestructura sanitaria | 25 |
| Coordinación de las alianzas técnicas | 26 |
| | |
| Conclusiones y recomendaciones | 28 |
| | |
| Anexos | 30 |
| 1. Estimación del número de personas en tratamiento antirretroviral..... | 30 |
| 2. Países prioritarios de “Tres millones para 2005” | 32 |



Prefacio

Durante los dos últimos decenios, la epidemia del VIH/SIDA ha seguido entorpeciendo el avance del programa mundial de desarrollo. De las ocho esferas fundamentales que abarcan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, seis (reducción de la pobreza y la mortalidad infantil, aumento del acceso a la educación, igualdad de género, mejora de la salud de las madres y lucha contra las principales enfermedades infecciosas) están siendo menoscabadas por las elevadas tasas de prevalencia del VIH en muchos países de bajos y medianos ingresos.

Desde que se identificó la causa del SIDA, a principios de los años ochenta, las pautas de tratamiento y atención han evolucionado considerablemente, sobre todo en los países de mayores ingresos. A pesar de ello, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha propagado a través de barreras políticas, económicas y sociales con mucha mayor rapidez que las respuestas clínicas y de salud pública. Hasta hace muy poco, el tratamiento antirretroviral (TAR) sólo estaba al alcance de unos cuantos afortunados, mientras millones de personas se veían privadas de su derecho básico a beneficiarse de los adelantos de la ciencia.


En los últimos años se ha ido alcanzando un consenso internacional sobre la necesidad de combatir el VIH/SIDA mediante una respuesta global que abarque el tratamiento, la atención, la prevención y la mitigación del impacto. Se ha producido un aumento espectacular de los fondos disponibles para la lucha contra el VIH/SIDA en los países de bajos y medianos ingresos, lo que ha marcado una nueva era en la salud pública internacional, ahora centrada en proporcionar acceso al tratamiento, la atención y la prevención para las personas que más los necesitan, a pesar de la pobreza y otros obstáculos de enorme envergadura. En respuesta a la oportunidad que brindaban esos nuevos recursos, la OMS y el ONUSIDA fijaron una meta urgente para el sistema de las Naciones Unidas y la comunidad mundial en conjunto: la meta "Tres millones para 2005", consistente en proporcionar TAR a tres millones de personas que viven con el VIH/SIDA en países de medianos y bajos ingresos antes de terminar 2005. Ello equivale a tratar a apenas la mitad de las personas que lo necesitan.

Los esfuerzos colectivos de muchos países y de sus asociados internacionales han dado un auténtico impulso a la expansión del tratamiento y la prevención del VIH. "Tres millones para 2005" ha contribuido a mostrar la forma en que las metas pueden modificar los debates: nos ha ayudado a dejar de pensar "si" se puede proporcionar TAR en países con limitaciones de recursos para pensar "cuándo" y, últimamente, "cómo" puede hacerse de la manera más eficaz posible. Tal y como queda documentado en el presente informe, muchos países están enseñando al mundo la manera de hacerlo. Desde metrópolis de millones de habitantes hasta aldeas aisladas, se están poniendo en pie estructuras que permiten a cientos de miles de personas tener acceso a un nivel de atención médica que, hasta hace muy poco, era imposible imaginar.

Comprender los actuales obstáculos que se oponen a la rápida expansión del tratamiento y la prevención del VIH reviste una importancia decisiva, no sólo en los esfuerzos por alcanzar las metas parciales nacionales sino también en el proceso de garantizar el acceso universal a largo plazo. Así pues, en este informe interino sobre los progresos realizados se destaca no sólo lo que se ha avanzado hasta la fecha, sino también los principales obstáculos que aún se oponen a esta labor. A finales de 2005 se publicará un informe detallado en el que se proporcionarán datos más pormenorizados y un análisis profundo de los progresos realizados en el nivel de los países.

La experiencia adquirida hasta ahora confirma que el éxito en la lucha mundial contra el VIH/SIDA no se conseguirá sin un enorme esfuerzo. Tampoco dependerá de un solo país, una sola organización o un solo individuo.

Debemos seguir trabajando todos juntos para conseguirlo.



LEE Jong-wook
Director General
Organización Mundial de la Salud

Peter Piot
Director Ejecutivo
Programa Conjunto de las Naciones Unidas
sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)



Resumen de orientación

Desde finales de 2003, cuando la OMS y el ONUSIDA lanzaron una estrategia para conseguir que se administrara tratamiento a tres millones de personas con VIH/SIDA en los países de bajos y medianos ingresos antes del final de 2005 (la meta "Tres millones para 2005"), la cobertura del tratamiento antirretroviral (TAR) en esos países se ha duplicado con creces, aumentando desde 400 000 hasta aproximadamente un millón de personas en tratamiento a finales de junio de 2005. En estas fechas, 14 países están proporcionando TAR a al menos el 50% de las personas que lo necesitan, de acuerdo con la meta de "Tres millones para 2005".

El impulso que han adquirido actualmente las actividades en el África subsahariana, donde se registra la mayor carga de morbilidad, resulta particularmente alentador. Están recibiendo tratamiento unas 500 000 personas, es decir, tres veces más que hace 12 meses. En conjunto, la expansión de las actividades parece estar acelerándose, con unas 150 000 y luego unas 200 000 personas más en tratamiento en periodos sucesivos de seis meses. La mayoría de los países africanos informan de que la demanda de tratamiento está superando su capacidad para proporcionarlo, y subrayan la necesidad urgente que tienen de recibir más recursos y apoyo técnico para poder mantener el actual ritmo de expansión.

También han sido considerables los progresos realizados en Asia, región que ocupa el segundo lugar en cuanto a necesidades de tratamiento. El número de personas que están siendo tratadas se ha multiplicado casi por tres, desde 55 000 hasta 155 000 en los últimos 12 meses.

En Europa oriental y Asia central, el número de personas tratadas prácticamente se ha duplicado en los últimos 12 meses, desde 11 000 hasta 20 000 personas. La mayoría de los países de esta región tienen el propósito de ofrecer acceso universal antes de que acabe 2005, aunque ello no incluye a los dos países en los que las necesidades de tratamiento no atendidas son más grandes, la Federación de Rusia y Ucrania.

En América Latina y el Caribe, la OMS estima que el número total de personas en tratamiento pasó de 275 000 a 290 000 en los países de bajos y medianos ingresos durante el primer semestre de 2005, lo que indica que aproximadamente dos de cada tres personas que necesitan tratamiento en esta región lo están recibiendo. Los países más poblados de la región, entre ellos la Argentina, el Brasil y México, ya tienen una cobertura relativamente alta, pero hay otros países que se están quedando atrás. En el norte de África y el Oriente Medio, la cobertura sigue siendo de apenas el 5% y casi no ha cambiado el número de personas tratadas, que actualmente se calcula en unas 4000.

El impulso adquirido hasta la fecha en la expansión del acceso al tratamiento contra el VIH ha sido resultado de una amplia gama de actividades locales, nacionales, regionales e internacionales que incluyen, ante todo, las de muchos de los países más afectados. Esos esfuerzos han contado con el apoyo de recursos procedentes del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), del Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, otros donantes bilaterales, el Banco Mundial, organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales y el sector privado, con el apoyo técnico de organismos de las Naciones Unidas y muchas otras organizaciones.

La cifra estimada de alrededor de un millón de personas actualmente en tratamiento no llega al hito de 1,6 millones establecido en la estrategia "Tres millones para 2005" para el mes de junio de 2005. Los datos y las tendencias actuales indican que es poco probable que para finales de 2005 se esté proporcionando TAR a tres millones de personas. A pesar de todo, hay motivos para esperar que el ritmo de crecimiento siga aumentando durante el resto de 2005 y en adelante. Aunque es menos de lo que se necesita, se han facilitado o prometido unos US\$ 27 000 millones de todas las procedencias para combatir el VIH/SIDA a escala mundial durante el trienio 2005-2007. Al mismo tiempo, se observa un claro compromiso político para seguir avanzando en los muchos países que han traducido la meta mundial de "Tres millones para 2005" en metas nacionales de tratamiento que son ambiciosas pero factibles.

Este informe interino sobre las actividades mundiales para aumentar el acceso al TAR intenta sobre todo comprender las razones de los éxitos y los fracasos de la expansión de las intervenciones contra el VIH/SIDA en distintos entornos. En él se formulan recomendaciones en relación con los criterios que es preciso aplicar para salvar los principales obstáculos y con la necesidad de disponer de mecanismos de financiación sostenible y armonizar mejor las actividades de los asociados técnicos y financieros en el nivel de los países. A finales de 2005 se publicará un informe detallado y un análisis por países de los esfuerzos encaminados a aumentar el acceso y de los obstáculos que aún siguen en pie.

Avances y dificultades en los países

La meta “Tres millones para 2005” ha sido un elemento importante en el conjunto de actividades internacionales que pretenden dar el impulso necesario a la expansión del acceso al TAR. Los progresos en el nivel de los países son alentadores. Se ha adquirido una experiencia sumamente valiosa y se ha puesto de manifiesto la necesidad de aumentar la asistencia tanto financiera como técnica para seguir avanzando.

Los gobiernos de muchos de los países más afectados han aceptado el reto de “Tres millones para 2005”. De un total de 49 países que requieren atención especial, 40 han establecido metas nacionales de tratamiento, desde sólo cuatro en diciembre de 2003. Treinta y cuatro de esos países están elaborando, o han completado, planes nacionales de expansión del tratamiento, desde apenas tres países hace 18 meses. Muchos han comprometido recursos propios para la expansión y están aumentando rápidamente el número de centros en los que se realizan pruebas de detección del VIH y se proporcionan atención y tratamiento.

La experiencia de esos países da nuevas muestras de que el acceso en gran escala al tratamiento contra el VIH es factible, eficaz y cada vez más asequible, incluso en los lugares más castigados por la pobreza y las dificultades. De todos modos, los retos que entraña ampliar la cobertura por encima de los niveles actuales y poner en pie sistemas sostenibles que apoyen la expansión siguen siendo importantes. En particular, la necesidad de generar un compromiso político sostenido de alto nivel y el necesario sentido de urgencia aún persiste en algunos de los países donde más falta hacen esas condiciones indispensables para dar una respuesta fructífera.

Incluso en los países donde existe un firme compromiso y ya están en pie los programas de tratamiento, aún se observan ciertos obstáculos a la expansión. Entre ellos cabe citar problemas de sostenibilidad financiera y la necesidad de un apoyo técnico mayor y mejor coordinado; la insuficiente disponibilidad de formulaciones que simplifiquen la pauta de administración, y la falta de medicamentos fáciles de administrar y de gusto agradable para los niños; las deficiencias de los sistemas de adquisición y gestión del suministro de medicamentos y pruebas de diagnóstico; y la necesidad de aplicar modelos de prestación de servicios que normalicen y simplifiquen la prestación de servicios de salud, den lugar a una capacidad sostenible en materia de recursos humanos e integren el tratamiento y la prevención del VIH en los programas de salud reproductiva y otros programas de lucha contra las enfermedades en los distintos niveles del sistema de salud. La aceleración de las actividades de prevención sigue siendo un reto importante para todos los países, incluso en los entornos de baja prevalencia.

La experiencia adquirida hasta la fecha proporciona modelos para mejorar la respuesta en cada una de esas esferas decisivas, muchos de los cuales se detallan en el presente informe.

Los datos recogidos hasta ahora sugieren que el TAR es relativamente equitativo entre hombres y mujeres. A pesar de ello, es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia en todas las regiones para garantizar la equidad en el acceso al tratamiento. Aunque se han hecho algunos progresos, siguen existiendo importantes barreras a la hora de asegurar el acceso al tratamiento y la atención a los grupos marginados, como los usuarios de drogas por vía intravenosa y los trabajadores sexuales.

Este informe, en el que por primera vez se presentan datos sobre el número de niños que necesitan TAR, pone de relieve la urgencia de incrementar el acceso a la atención y el TAR para los niños infectados por el VIH, la mitad de los cuales morirán antes de cumplir dos años si no reciben tratamiento. Se calcula que actualmente necesitan TAR unos 660 000 niños, principalmente en el África subsahariana, y unos cuatro millones necesitan tratamiento profiláctico con cotrimoxazol.

A pesar de la inquietud inicial por que el tratamiento contra el VIH pudiera restar tanto recursos como atención a las actividades de prevención, hoy en día es evidente que la expansión del tratamiento en realidad aumenta las oportunidades de realizar intervenciones preventivas eficaces. Están apareciendo pruebas de que la disponibilidad del TAR lleva a un aumento de la demanda de servicios de asesoramiento y de pruebas del VIH. Cada vez tienen más aceptación los nuevos enfoques en relación con las pruebas de detección y el asesoramiento, como las pruebas y el asesoramiento para familiares y parejas, la fórmula más habitual de las pruebas en medio sanitario, como recomiendan la OMS y el ONUSIDA desde 2004, y las pruebas y el asesoramiento en visitas a domicilio. A medida que más personas saben que son seropositivas y acceden a los servicios de tratamiento y atención, van surgiendo nuevas oportunidades de prestar asesoramiento y servicios de prevención, inclusive para las personas que viven con el VIH/SIDA, como parte fundamental de la continuidad de la atención. Con independencia de las circunstancias, la protección de los derechos humanos de las personas que se someten a la prueba del VIH sigue siendo crucial a medida que se incrementa el acceso a las pruebas.

“Tres millones para 2005” y después

La meta “Tres millones para 2005” surgió junto con la reactivación del compromiso y los nuevos recursos que acompañaron al periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en julio de 2001. Un análisis de las necesidades de recursos realizado en aquel momento indicaba que sería posible alcanzar una meta de cobertura de tres millones de personas con TAR en los países de bajos y medianos ingresos para 2005 si las actividades mundiales encaminadas a aumentar el acceso al tratamiento se viesen respaldadas por un compromiso político pleno y un aumento de los recursos, y si los países emprendiesen con éxito un conjunto de actividades dirigidas a expandir rápidamente los servicios y aumentar la capacidad de los sistemas de salud. La estrategia “Tres millones para 2005” fue publicada en diciembre de 2003 y más adelante recibió el respaldo de los 192 Estados Miembros de la OMS.

Aunque aún no se ha alcanzado la situación ideal imaginada en 2001, el impulso y el compromiso de muchos países están dando sólidos resultados que proporcionan la base para seguir expandiendo el acceso al tratamiento, la atención y la prevención. No obstante, aún quedan varios obstáculos por salvar. Actualmente se está prestando más atención a la mejora de la coordinación entre los asociados técnicos y financieros que trabajan en el nivel de los países, particularmente por medio del mecanismo del Equipo Mundial de Trabajo organizado por el ONUSIDA, que se ocupa de mejorar la coordinación entre instituciones multilaterales y donantes internacionales y de ayudar a asegurar una financiación mundial sostenible para combatir el VIH/SIDA. Se han establecido mecanismos innovadores para atender las necesidades en materia de apoyo técnico, y la rápida armonización de los mecanismos de financiación, vigilancia y evaluación se ha convertido en una cuestión de máxima prioridad.

En el informe se destacan varios de los obstáculos más importantes que se oponen a la expansión del tratamiento antirretroviral y a la aceleración de las actividades de prevención del VIH/SIDA. Sobre la base de su evaluación de los progresos realizados y las dificultades observadas hasta la fecha, la OMS y el ONUSIDA formulan las siguientes recomendaciones:

Compromiso político

- Los países deben seguir aumentando su compromiso político de alto nivel para dar una respuesta completa al VIH/SIDA, incluida la expansión del TAR. En particular, los países prioritarios en relación con la meta “Tres millones para 2005” que no han establecido metas nacionales de tratamiento ni planes de expansión del TAR deben hacerlo lo antes posible.

Sostenibilidad financiera

- El ONUSIDA estima que se necesitan al menos US\$ 20 000 millones más por encima de lo actualmente prometido para las actividades mundiales de lucha contra el VIH/SIDA durante los próximos tres años, incluidos el tratamiento, la atención y la prevención. Los donantes deben seguir aumentando sus compromisos financieros y trabajar con los países para elaborar mecanismos de financiación a largo plazo que aseguren un apoyo sostenido y previsible.
- Los países deben seguir aumentando sus propios compromisos financieros para las actividades de lucha contra el VIH. Los diez países prioritarios de “Tres millones para 2005” y que ya reúnen las condiciones para el alivio de la deuda de acuerdo con la nueva propuesta del G8 al respecto deben reasignar rápidamente los recursos que destinaban al servicio de la deuda para invertirlos en las actividades contra el VIH/SIDA.
- Los países y los donantes deben financiar los programas de TAR de modo que los pacientes más pobres no se vean obligados a pagar cantidad alguna en el punto de prestación de servicios.

Recursos humanos y gestión de suministros

- Los países y los asociados deben utilizar pautas de TAR simplificadas y normalizadas y procedimientos de seguimiento clínico que permitan que el mayor número posible de personas puedan recibir un tratamiento de calidad contra el VIH.
- En muchos países, una de las principales dificultades para la expansión del acceso al tratamiento es la falta de personal médico y de enfermería. Los países y los asociados deben abandonar el modelo de administración de TAR centrado en el médico y aumentar el número de trabajadores sanitarios no médicos que están capacitados en métodos simplificados y normalizados de administración del TAR de forma segura y eficaz.

- Los países y los asociados deben invertir en la mejora de la gestión del suministro de medicamentos, en particular en sistemas que permitan prever de modo fiable las necesidades de medicamentos en cada centro de tratamiento y sistemas para almacenar cantidades suficientes de medicamentos en centros de distribución desde los que puedan transportarse de modo eficiente.

Integración del tratamiento y la prevención

- Siempre que sea posible, el tratamiento contra el VIH debe ampliarse de forma paralela a la prevención, de modo que los trabajadores sanitarios y los centros de prestación de servicios estén equipados para administrar un conjunto básico de intervenciones de tratamiento y prevención del VIH. Entre ellas figuran el tratamiento propiamente dicho, las pruebas de detección y los servicios de asesoramiento en los propios centros, y el adiestramiento de los trabajadores sanitarios para que ofrezcan mensajes e intervenciones tanto de TAR como de prevención.

Acceso equitativo

- Para garantizar un acceso equitativo al TAR entre hombres y mujeres, personas de distintas edades, zonas geográficas u otros factores, los países y los asociados deben mejorar sus sistemas de vigilancia de la cobertura del TAR.
- Para aumentar el número de niños que reciben TAR, se necesitan con urgencia nuevas formulaciones farmacéuticas de uso pediátrico y deben reducirse los costos. En muchos países hay que incrementar la experiencia práctica en la gestión del TAR en niños.
- Los países y los asociados deben trabajar para elaborar y ejecutar programas innovadores de administración del TAR a las poblaciones de difícil acceso, como los usuarios de drogas por vía intravenosa y las trabajadoras sexuales, y los habitantes de zonas afectadas por conflictos importantes o inestabilidad social.

Coordinación del apoyo y la evaluación

- Los donantes y los asociados deben coordinar mejor su apoyo financiero y técnico a los países estableciendo un proceso racional para determinar las necesidades de apoyo país por país, y a continuación creando mecanismos para facilitar la rápida prestación de ese apoyo. Los donantes y los asociados también deben coordinar mejor su labor de vigilancia y evaluación de los programas que apoyan. Uno de los foros para promover la mejora de la coordinación es el Grupo Mundial de Trabajo del ONUSIDA, que ha formulado audaces e innovadoras recomendaciones con objeto de atender esas necesidades.

La OMS, el ONUSIDA y otros organismos de las Naciones Unidas están inmersos en un proceso de asignación de nuevos recursos financieros y humanos para dar a los países y otros asociados mayor asistencia técnica en cada una de las esferas prioritarias antes enumeradas. La OMS se está centrando particularmente en ayudar a poner en práctica métodos simplificados y normalizados de tratamiento y prevención, capacitar a trabajadores de salud, asegurar un acceso equitativo al tratamiento, expandir los servicios de pruebas y asesoramiento, mejorar la gestión de las adquisiciones y el abastecimiento en los niveles mundial y de los países, y mejorar la vigilancia del acceso al TAR y otros servicios sanitarios básicos.

La lucha contra el SIDA, lejos de ser un combate aislado, se encuentra en el centro mismo de las prioridades de desarrollo. La iniciativa “Tres millones para 2005” ha de ser considerada no como un fin en sí misma sino como un importante hito en el esfuerzo mundial a largo plazo por alcanzar la meta colectiva del acceso universal a un conjunto completo de intervenciones básicas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En última instancia, la respuesta al VIH/SIDA también debe seguir impulsando un conjunto de prioridades mundiales que sostengan y aceleren el avance hacia el logro de los objetivos de salud y de desarrollo más amplios establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Progresos mundiales en la expansión del tratamiento

La evolución de "Tres millones para 2005"

El movimiento encaminado a expandir el acceso al tratamiento antirretroviral en los países de bajos y medianos ingresos no comenzó, ni terminará, con "Tres millones para 2005". El Brasil lleva proporcionando TAR triple combinado en el sector público desde 1996, y Tailandia desde 2000. La Iniciativa del ONUSIDA para el Acceso a los Medicamentos sirvió como experiencia para explorar el concepto de proporcionar TAR en el sector público en cuatro países de bajos y medianos ingresos a finales de los años noventa. Asociados en la Salud comenzó a proporcionar tratamiento contra el VIH basado en la comunidad en 1998, y Médecins sans Frontières estableció en 2001 su primer programa de tratamiento en Camerún. Estos y otros pioneros han demostrado que tratar a las personas que padecen VIH/SIDA es posible en esos entornos. Sin embargo, hasta hace muy poco, lo limitado de los recursos y del compromiso político han obstaculizado la duplicación y la expansión de esos programas a escala mundial.

En la Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en Durban en 2000, los activistas exigieron que se prestase mucha más atención a las necesidades de tratamiento contra el VIH que tienen los países de bajos y medianos ingresos. La atención, el compromiso político y los nuevos recursos comenzaron a materializarse cuando se celebró el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en julio de 2001. Tras un análisis de las necesidades de recursos para alcanzar los objetivos establecidos en esa ocasión, se calculó que mediante una inyección importante de nuevos recursos podría financiarse una respuesta mundial ampliada a la epidemia del VIH/SIDA que incluyera intervenciones básicas de prevención, atención y apoyo, y podría aumentarse la cobertura del TAR hasta llegar a unos 3 millones de personas en todo el mundo para 2005.¹ Este escenario ideal se basaba en el supuesto de que, además de los recursos, para entonces existirían otras condiciones indispensables para dar esa respuesta ampliada, entre ellas voluntad política, protocolos de tratamiento, personal sanitario adiestrado y comunidades movilizadas.

"Tres millones para 2005", la meta de proporcionar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas en países de bajos y medianos ingresos antes de 2005, ha ido evolucionando después hasta convertirse en fuerza impulsora de las actividades internacionales encaminadas a aumentar el acceso al tratamiento, gracias a la energía combinada de muchos asociados que trabajan en los niveles internacional, regional y local para poner en pie esos elementos necesarios. En diciembre de 2003, la OMS y el ONUSIDA publicaron la estrategia "Tres millones para 2005" para definir claramente sus propias aportaciones al logro de esa meta, centrándose en las siguientes: 1) liderazgo, relaciones de asociación y labor de promoción; 2) apoyo a los países con carácter urgente y sostenido; 3) instrumentos simplificados y normalizados para la administración de TAR; 4) un abastecimiento eficaz y fiable de fármacos y medios de diagnóstico; y 5) mecanismos para identificar y aplicar rápidamente los nuevos conocimientos y los éxitos conseguidos. La estrategia no tardó en ser respaldada por los 192 Estados Miembros de la OMS.

Durante los últimos 18 meses, unas 180 organizaciones asociadas han trabajado con la OMS y el ONUSIDA en esos cinco ámbitos. Entre las principales nuevas herramientas y directrices elaboradas durante ese periodo cabe citar directrices para un tratamiento simplificado normalizado, sistemas de seguimiento de los pacientes y módulos de capacitación para trabajadores sanitarios. Los principales asociados han acordado indicadores comunes para la vigilancia y la evaluación de los programas nacionales de TAR.² Se están fortaleciendo los sistemas de adquisición y gestión de los suministros en los países con la asistencia de los asociados del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS)³, y se está creando una red mundial encargada de vigilar la resistencia a los medicamentos antirretrovirales. Importa señalar que la capacidad de la OMS para dar orientación y prestar apoyo técnico rápido en el nivel de los países se ha visto incrementada en gran medida gracias a la contratación de funcionarios o equipos encargados de la expansión de la prevención y el tratamiento en 34 países, con la consiguiente redistribución de recursos para reforzar las oficinas regionales y en los países.

¹ Resource Needs for AIDS, Schwärtlander B. et al, Science, Vol. 292, N° 5526, 2434-2436, 29 de junio de 2001.

² OMS, ONUSIDA, Fondo Mundial, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Family Health International y proyecto "Evaluación de indicadores".

³ Entre los asociados de AMDS figuran la Fundación Clinton, la Asociación Farmacéutica del Commonwealth, Crown Agents, Ecumenical Pharmaceutical Network, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ESTHER, la Federación Internacional Farmacéutica, la Asociación Internacional de Dispensarios, John Show Incorporated, Management Sciences for Health, el ONUSIDA, el PNUD, el UNICEF, el FNUAP y la OMS. Puede obtenerse más información sobre AMDS en <http://www.who.int/3by5/amds/en>.

El esfuerzo mundial por expandir el acceso al tratamiento

La meta “Tres millones para 2005” ha sido ampliamente adoptada por la comunidad internacional; son muchos los gobiernos, organismos, organizaciones y particulares que están contribuyendo a los esfuerzos mundiales por expandir el acceso al TAR y ampliar la prevención del VIH/SIDA.

El Canadá, la Unión Europea, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, el Japón, los Países Bajos, Noruega, España, Suecia, el Reino Unido y los Estados Unidos están proporcionando cuantiosos recursos adicionales para iniciativas bilaterales y multilaterales contra el VIH/SIDA. Los países de bajos y medianos ingresos también están aumentando su propio gasto interno para combatir el VIH/SIDA, además de las aportaciones financieras que hacen a iniciativas multilaterales como el Fondo Mundial. El Fondo Mundial ha comprometido ahora más de US\$ 3000 millones para proyectos contra el VIH/SIDA en 28 países, y actualmente se están planificando nuevos proyectos para diez países más. Los Estados Unidos son el mayor contribuyente al esfuerzo mundial contra el SIDA: han prometido más de US\$ 15 000 millones en cinco años a 15 países de África, Asia y el Caribe, además de otros programas, por conducto del Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA. El UNICEF ha hecho una contribución decisiva para la adquisición de medicamentos antirretrovirales en el nivel de los países.

Gran número de organismos técnicos están trabajando para apoyar la utilización de esos nuevos recursos, entre ellos los diez organismos copatrocinadores del ONUSIDA, que actualmente colaboran con los principales donantes para coordinar con mayor eficacia el apoyo técnico que prestan a las actividades de “Tres millones para 2005” en los países. Son numerosas las organizaciones comunitarias, confesionales, no gubernamentales internacionales y filantrópicas que participan en la labor de expansión del tratamiento y la prevención mediante actividades de promoción, educación, movilización comunitaria y prestación directa de servicios.

La cifra estimada de cerca de un millón de personas actualmente en tratamiento está por debajo del hito de 1,6 millones de personas establecido para junio de 2005 en la estrategia “Tres millones para 2005” de la OMS y el ONUSIDA. A medida que se van obteniendo más datos y que las tendencias de la expansión se ven con mayor claridad, resulta evidente que la tarea de proporcionar TAR a tres millones de personas antes de que termine 2005 será difícil. Sin embargo, hay motivos para esperar que las tasas de crecimiento sigan aumentando en lo que queda de 2005 y más adelante. Se están recibiendo recursos de los principales donantes y el compromiso político es evidente en los muchos países que han establecido metas nacionales de tratamiento ambiciosas pero factibles.

Los progresos en cifras

Desde una cifra inicial de aproximadamente 400 000 personas sometidas a tratamiento antirretroviral en países de bajos y medianos ingresos cuando se lanzó la estrategia “Tres millones para 2005” en diciembre de 2003, la OMS calcula que a finales de junio de 2005 alrededor de un millón de personas están recibiendo TAR en países de bajos y medianos ingresos (intervalo 840 000-1 100 000)⁴. En estas fechas, 14 de esos países están tratando a la mitad o más de las personas con VIH/SIDA que lo necesitan, de conformidad con la meta de “Tres millones para 2005”⁵.

⁴ Los métodos de recopilación de datos se describen con detalle en el anexo 1.

⁵ Argentina, Barbados, Botswana, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá, Polonia, Tailandia, Uruguay y Venezuela.

Cuadro 1. Número estimado de personas que están recibiendo TAR, personas que necesitan TAR, y porcentaje de cobertura en países de bajos y medianos ingresos por regiones, junio de 2005^a

| Región geográfica | Número estimado de personas que están recibiendo TAR, junio de 2005 (valores máximo y mínimo de la estimación) ^b | Número estimado de personas de 0 a 49 años de edad que necesitan TAR, 2005 ^c | Cobertura del TAR, junio de 2005 (%) ^d | Número estimado de personas que reciben TAR, diciembre de 2004 (valores máximo y mínimo de la estimación) ^b |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| África subsahariana | 500 000 [425 000–575 000] | 4 700 000 | 11% | 310 000 [270 000–350 000] |
| América Latina y el Caribe | 290 000 [270 000–310 000] | 465 000 | 62% | 275 000 [260 000–290 000] |
| Asia oriental, meridional y sudoriental | 155 000 [125 000–185 000] | 1 100 000 | 14% | 100 000 [85 000–115 000] |
| Europa y Asia central | 20 000 [18 000–22 000] | 160 000 | 13% | 15 000 [13 000–17 000] |
| África septentrional y Oriente Medio | 4 000 [2 000–6 000] | 75 000 | 5% | 4 000 [2 000–6 000] |
| Total | 970 000 [840 000–1 100 000] | 6,5 millions | 15% | 700 000 [630 000–780 000] |

Nota: algunos totales no coinciden con la suma de las cantidades parciales por haberse redondeado las cifras.

^a En anexo 1 se explican los métodos utilizados.

^b Algunos países informan sobre el número de menores de 15 años que reciben TAR y han sido incluidos en el presente cuadro.

^c La cifra presentada es el punto medio entre las estimaciones máxima y mínima del número de personas que necesitan TAR.

^d Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en anexo 1.

^e Esta es una estimación óptima de la cobertura, calculada a partir de los valores medios del número de personas que están recibiendo TAR y la estimación de la necesidad de TAR.

El actual impulso con que cuenta la expansión del acceso al tratamiento en el África subsahariana, donde la carga de morbilidad es particularmente elevada, resulta muy alentador. Aproximadamente 500 000 personas de la región están recibiendo tratamiento, lo que supone una triplicación de las cifras a lo largo de los últimos 12 meses. En conjunto, la expansión parece estar acelerándose, con unas 150 000 y luego unas 200 000 personas más en tratamiento en periodos sucesivos de seis meses. La mayoría de los países africanos informan de que la demanda de tratamiento está superando su capacidad para proporcionarlo, y destacan la urgente necesidad que tienen de recibir más recursos y apoyo técnico para mantener el impulso de la expansión.

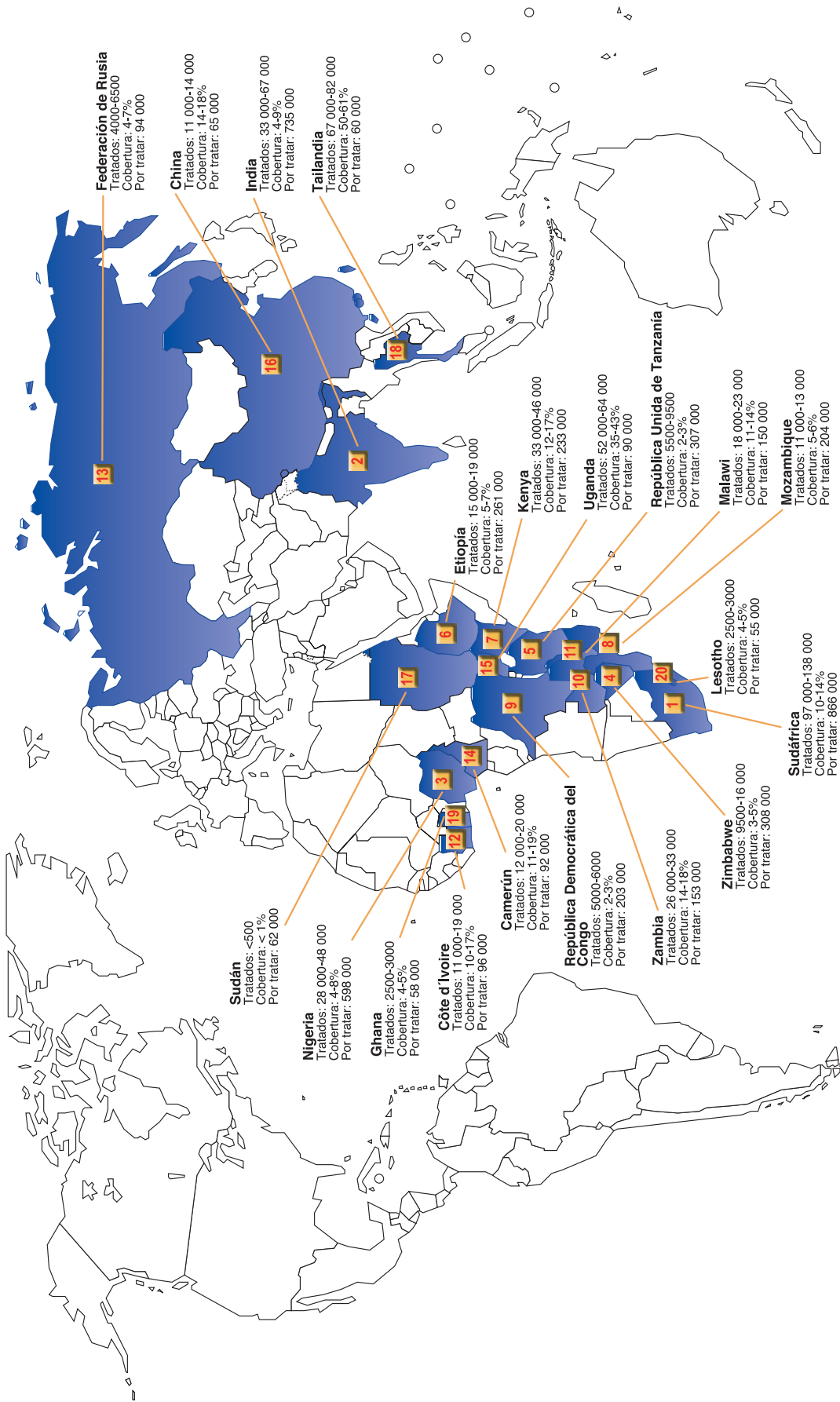
Los progresos en Asia, región que ocupa el segundo lugar en cuanto a necesidades de tratamiento, también han sido importantes; el número de personas que reciben TAR ha aumentado casi tres veces, desde 55 000 a 155 000, en los 12 meses transcurridos hasta junio de 2005. En los últimos seis meses, el número de personas tratadas ha aumentado en más del 50% (desde 100 000) y la cobertura global ha llegado al 14% de las personas que lo necesitan.

En Europa oriental y Asia central el número de personas tratadas prácticamente se ha duplicado en los últimos 12 meses, desde 11 000 hasta 20 000 personas. La mayoría de los países de esta región se proponen proporcionar acceso universal antes de que termine 2005, aunque esto no incluye los países donde las necesidades no atendidas son mayores, la Federación de Rusia y Ucrania.

En América Latina y el Caribe, la OMS estima que el número total de personas en tratamiento pasó de 275 000 a 290 000 en los países de bajos y medianos ingresos durante la primera mitad de 2005, lo que indica que aproximadamente dos de cada tres personas que necesitan tratamiento en esta región lo están recibiendo. Los países más poblados de la región, entre ellos la Argentina, el Brasil y México, ya tienen una cobertura relativamente elevada, pero otros países se están quedando atrás. En África septentrional y Oriente Medio, la cobertura se mantiene en apenas el 5% y prácticamente no ha cambiado el número de personas tratadas, que actualmente se estima en unas 4000.

En muchos de los países más afectados, los gobiernos han aceptado el reto de "Tres millones para 2005". De un total de 49 países prioritarios (véase el anexo 2), 40 han formulado metas nacionales de tratamiento, frente a sólo cuatro en diciembre de 2003. Treinta y cuatro de esos países también han terminado o están elaborando planes nacionales de expansión del tratamiento, desde solamente tres en diciembre de 2003. Otros países han comprometido recursos propios para la expansión y están ampliando rápidamente el número de centros en los que se realizan pruebas de detección del VIH y se prestan servicios de tratamiento y atención.

Figura 1. Número estimado de personas que están recibiendo TAR y porcentaje de cobertura en los 20 países con mayor número de personas por tratar, junio de 2005^a



^a El número de personas por tratar es el total de personas de edades comprendidas entre los 0 y los 49 años que necesitan tratamiento antirretroviral (TAR) en 2005 menos el número estimado de personas que estaban recibiendo tratamiento en junio de 2005.

Cómo salvar los obstáculos

Avanzar en los países más afectados

La meta "Tres millones para 2005" se basó en la viabilidad de proporcionar TAR en países de bajos y medianos ingresos a tres millones de personas, es decir, sólo la mitad de las que necesitan tratamiento en esos países. Habida cuenta de que a finales de junio de 2005 se está administrando TAR a casi un millón de personas, para alcanzar la meta fijada aún quedan otros 2 millones de personas que necesitan iniciar el tratamiento y seguirlo.

Se calcula que, de las necesidades de TAR que quedan por atender en el mundo, el 76% corresponden al África subsahariana y el 17% a Asia. Además, la OMS estima que solamente 20 países representan el 85% de la necesidad no atendida de TAR. Esos 20 países no son en modo alguno homogéneos: varían enormemente en tamaño, población, infraestructura y capacidad. También difieren las características de sus epidemias y poblaciones afectadas respectivas. Sin embargo, los obstáculos a los que actualmente se enfrentan son en muchos casos análogos a los que ya se han salvado en varios países gracias a una combinación de voluntad política, recursos suficientes y apoyo técnico eficaz de los asociados que están colaborando. En el resto de esta sección se destacan los esfuerzos recientes encaminados a aumentar el apoyo político, técnico y financiero a los países de modo que los escollos con que aún tropieza la expansión puedan salvarse con la mayor rapidez y eficacia posibles.

Compromiso político

En los años transcurridos desde que el VIH/SIDA se alzara como crisis sanitaria mundial, se ha demostrado repetidas veces que el compromiso político de alto nivel es condición indispensable para la eficacia de las respuestas nacionales. La movilización de los recursos necesarios para hacer frente a la epidemia, aumentar la concienciación social y reducir el estigma y la discriminación que impiden acceder a los servicios a muchas de las personas expuestas al VIH o que viven con el virus exige un firme compromiso y liderazgo de políticos, autoridades y miembros destacados de la comunidad.

Varios países están dando ejemplo al aplicar respuestas amplias que incluyen el tratamiento, la atención y la prevención. Botswana, Camboya, Malawi, Uganda y Zambia han demostrado que la fijación de metas nacionales ambiciosas y el compromiso de recursos locales han dinamizado las actuaciones, han atraído recursos y asociados externos y han permitido una rápida introducción del TAR en los servicios de salud sin necesidad de infraestructuras complicadas. En Burundi y Etiopía, el Presidente y el Primer Ministro respectivos lanzaron el plan de expansión del TAR, en reconocimiento de la gravedad de la epidemia en sus países y de su firme decisión de combatirla. El Primer Ministro de Lesotho y los parlamentarios de Zimbabwe se han sometido a pruebas de detección del VIH en público para alentar a sus conciudadanos a hacer lo propio. Los parlamentarios del Brasil siguen promoviendo activamente el acceso a medicamentos antirretrovirales asequibles en su país. Esas medidas, de mayor o menor alcance, seguirán siendo indispensables para movilizar los esfuerzos nacionales contra el VIH/SIDA, sostener las actividades de prevención a largo plazo, incluso en lugares de baja prevalencia, y mejorar el acceso a los servicios de pruebas de detección y tratamiento y el grado de utilización de éstos.

Movilización de recursos nacionales

Zambia se enfrenta a una epidemia generalizada: aproximadamente el 16% de la población vive con el VIH/SIDA. Las mujeres representan el 54% de la población afectada y, según las estimaciones oficiales, actualmente hay unos 600 000 niños que han quedado huérfanos por la muerte prematura de sus padres. La gravedad de la epidemia ha dado lugar a un firme empeño político de poner en marcha programas de prevención y atención del VIH/SIDA. El Gobierno dio ya en 2002 los primeros pasos para proporcionar acceso al TAR por conducto del sistema sanitario público a 10 000 personas que lo necesitaban. El programa de tratamiento de Zambia, que al principio se financió con US\$ 3 millones del presupuesto nacional y se inició en dos centros piloto, se ha ampliado desde entonces a 33 distritos.

Zambia fue uno de los primeros países en solicitar apoyo de la OMS por conducto de la iniciativa “Tres millones para 2005” y rápidamente se fijó la meta nacional de proporcionar tratamiento a 100 000 personas antes de que terminase 2005. Aunque aún no se ha firmado, se aprobó una donación a dos años de la Ronda 4 del Fondo Mundial con un presupuesto de US\$ 26,7 millones. El 50% del proyecto de presupuesto se dedica a la adquisición de medicamentos antirretrovirales.

De conformidad con los principios de “Tres millones para 2005”, el Presidente de Zambia anunció en octubre 2004 que la política gubernamental consistía en proporcionar antirretrovirales con carácter gratuito en los centros públicos de administración de tratamiento. Esa política ha contribuido sustancialmente a aumentar el acceso de la población al tratamiento y a la observancia de éste. Según los datos del Gobierno, en marzo de 2005 22 000 personas estaban recibiendo TAR, lo que supone un aumento medio de 1000 personas al mes desde diciembre. La OMS estima que en junio de 2005 hay entre 26 000 y 33 000 personas en tratamiento.

Sostenibilidad financiera

Las grandes sumas dedicadas a la lucha contra el VIH/SIDA en el nivel internacional en los últimos años han generado una oportunidad sin precedentes. Las estimaciones de recursos más recientes realizadas por el ONUSIDA reconocen que 2005 es un año de extraordinario interés para el avance respecto de las metas establecidas en el periodo extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la reducción de la pobreza, especialmente en África. Según las previsiones, a lo largo de los próximos tres años, de 2005 a 2007, se prometerán o se facilitarán US\$ 27 000 millones de todas las procedencias para luchar contra el VIH/SIDA a escala mundial y dar respuestas amplias al VIH/SIDA en países de bajos y medianos ingresos. A pesar de todo, esa suma sigue siendo insuficiente para satisfacer todas las necesidades que se han determinado. La necesidad total prevista para ese periodo se eleva a US\$ 47 000 millones, lo que deja un déficit de al menos US\$ 20 000 millones en esos tres años. Esta cifra incluye la financiación del aumento de la capacidad para garantizar una utilización eficiente y eficaz de los fondos.

Una novedad alentadora de los últimos años ha sido el empeño creciente que han mostrado los países en el uso de sus propios recursos. Por ejemplo, en 2001 Bahamas se comprometió a proporcionar acceso gratuito y universal al tratamiento por conducto del sector sanitario público, utilizando recursos propios. Botswana hizo lo mismo en 2002. El Día Mundial del SIDA 2003, cuando se estaba lanzando la estrategia “Tres millones para 2005”, China anunció su política de lucha contra el VIH/SIDA, cuyo propósito es expandir rápidamente el acceso en los distritos rurales y las zonas urbanas pobres proporcionando tratamiento, servicios de asesoramiento y pruebas, medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos y escolaridad gratuita para los huérfanos del SIDA. Sudáfrica ha comprometido US\$ 1000 millones para la expansión del TAR durante los próximos tres años; se trata, con diferencia, de la mayor asignación presupuestaria del grupo de países de bajos y medianos ingresos. La reciente iniciativa del G8 de cancelar la deuda que tienen contraída algunos países con el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Africano de Desarrollo supone una oportunidad más, especialmente para los diez países prioritarios de “Tres millones para 2005” que reúnen las condiciones necesarias para el alivio inmediato de la deuda, para destinar los recursos que antes se dedicaban al servicio de la deuda a las actividades de lucha contra el VIH/SIDA.

Para la mayoría de los países donde la carga de morbilidad es mayor, no obstante, la administración de TAR en gran escala sólo será sostenible a medio plazo si se reciben cantidades importantes de recursos externos. Así pues, la meta del acceso sostenible y universal exigirá mecanismos que garanticen una financiación periódica de fuentes tanto internas como externas, mientras se vela por que las personas con menos capacidad para pagar el tratamiento puedan tener acceso a él.

En el nivel de los países, la sostenibilidad puede mejorarse mediante estrategias que garanticen una financiación más previsible y mejoren la planificación para asegurarse de que los sistemas financieros y sanitarios puedan hacer frente a los grandes costos que entraña la expansión y otros gastos fijos, y mediante el aumento de la capacidad nacional para estimar las necesidades financieras, hacer un seguimiento de la procedencia y la utilización de los fondos, y aprovechar los fondos de forma más eficaz y eficiente. La OMS actualmente está aumentando su apoyo técnico en esas esferas.

Enfoque sectorial de la expansión del TAR

Mozambique se enfrenta a una grave y generalizada epidemia de VIH/SIDA, con elevadas tasas de infección en zonas y grupos de población particulares. Según las estimaciones del Gobierno, en 2003 había más de 1,1 millones de personas con VIH/SIDA, lo que equivale a cerca del 12,2% de la población adulta. Sin embargo, se han encontrado tasas de infección mucho mayores entre adultos en las provincias centrales a lo largo de las vías de comunicación y en la provincia de Gaza meridional. Si no se invierten las tendencias actuales, el Gobierno ha calculado que el número de personas que viven con el VIH/SIDA crecerá hasta 1,8 millones de aquí a 2007.

La expansión del TAR en Mozambique se está produciendo en un entorno de debilidad de las infraestructuras sanitarias, causada por largos años de conflicto civil, y con la participación de muy diversos asociados internacionales y bilaterales y ONG. A fin de mejorar la coordinación y garantizar que la financiación de la respuesta contra el VIH/SIDA refleje las prioridades nacionales, el Gobierno ha modificado su sistema de gestión de la ayuda internacional, pasando de un sistema basado en proyectos a un enfoque sectorial. Según esta estrategia, los gobiernos y los asociados en el desarrollo han de llegar a acuerdos sobre las esferas que deben abordarse con carácter prioritario en el sector de la salud, aunar recursos en una "cesta" común para acometer esas prioridades y elaborar un mecanismo común para examinar los progresos realizados.

La formulación de los acuerdos específicos del enfoque sectorial entre el Gobierno de Mozambique y los asociados que proporcionan financiación y participan en la expansión del TAR hará preciso adoptar nuevos criterios. Recientemente, el Fondo Mundial llegó a un acuerdo con Mozambique para que el país sirviera como caso de prueba para la ejecución de programas apoyados por el Fondo por medio de enfoques sectoriales. El Programa de Aceleración del Tratamiento del Banco Mundial en Mozambique también ha adoptado el enfoque sectorial. La vigilancia y evaluación de la experiencia que se adquiera con este enfoque de la financiación en Mozambique será importante para determinar en qué medida esa iniciativa sirve para aumentar la autonomía nacional y la flexibilidad en la financiación de la respuesta al VIH/SIDA.

Equidad en el acceso

Incluso cuando el tratamiento, la atención y el apoyo en relación con el VIH/SIDA están disponibles, una de las preocupaciones más extendidas es que las mujeres no tengan las mismas oportunidades de acceso al tratamiento a causa de actitudes culturales predominantes que a veces hacen que las necesidades de los varones en materia de salud reciban prioridad sobre las de las mujeres. Los desequilibrios de poder entre los sexos también hacen que las mujeres y las adolescentes a menudo sean no sólo las que tienen más dificultades para acceder a la atención sanitaria, sino también las más expuestas a la infección por el VIH.

Los datos desglosados por sexos que actualmente comunican algunos países resultan alentadores pues no sugieren que haya grandes disparidades entre hombres y mujeres en el acceso al tratamiento. En la Región de Europa de la OMS, por ejemplo, se considera que el acceso es equitativo: el número de casos registrados entre mujeres es del 28%, y un 32% de las personas que reciben TAR son mujeres. En el África subsahariana, los datos disponibles siguen confirmando el análisis general que se presentaba en el informe sobre los progresos realizados en diciembre de 2004. Casi seis de cada diez adultos que reciben tratamiento son mujeres, lo que refleja una distribución equitativa ya que hay más mujeres infectadas que hombres.

Sin embargo, en muchos países es preciso seguir fortaleciendo los sistemas de acopio de información con el fin de poder vigilar y evaluar los programas de TAR sobre la base de datos desglosados por sexos y edades y determinar a quién se está llegando y a quién no. En un proyecto conjunto establecido en los últimos meses por la OMS, Equinet y la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo se analizarán los obstáculos a la equidad en el acceso a la atención contra el VIH en la región, se elaborarán respuestas de política y se pondrán en marcha ejemplos prácticos de equidad y vigilancia de los sistemas de salud.

A escala mundial, el acceso a la atención y al TAR no se ha extendido de forma generalizada a los niños, a pesar de que el 50% de los niños infectados por el VIH mueren antes de cumplir dos años si no reciben tratamiento.⁶ En Malawi y Mozambique, por ejemplo, el 5% y el 7% de las personas en tratamiento son niños, cuando un acceso equitativo requeriría una cobertura de alrededor del 13%. En un estudio realizado en Zambia se ha demostrado que la administración de cotrimoxazol como tratamiento preventivo reduce la mortalidad entre los niños infectados por el VIH en nada menos que el 43%.⁷ Es evidente que esta intervención capaz de salvar vidas debe estar disponible de forma más extendida⁸.

La OMS, el UNICEF y el ONUSIDA acaban de publicar estimaciones regionales preliminares del número de niños que necesitan TAR y cotrimoxazol⁹. Esas estimaciones proporcionan una base sobre la que los países pueden fijar metas de tratamiento específicas para los niños. Las estimaciones sugieren que, en 2005, en todo el mundo hay 660 000 niños que necesitan tener acceso al TAR. Hay cuatro millones de niños que necesitan profilaxis con cotrimoxazol; el diagnóstico precoz de la infección por el VIH podría reducir esa cifra a 2,1 millones, pues con ello se evitaría el tratamiento presuntivo de niños no infectados. La mayor necesidad de tratamiento y profilaxis para los niños corresponde al África subsahariana, donde 370 000 niños necesitan TAR y 3,5 millones de niños necesitan cotrimoxazol.

Recientemente se han producido varias novedades técnicas que favorecerán la expansión del tratamiento para los niños. Entre ellas cabe citar nuevas recomendaciones técnicas que ayudan a simplificar la gestión clínica del VIH pediátrico, la elaboración de indicadores de la atención pediátrica contra el VIH que permitirán a los programas nacionales vigilar y seguir mejor los progresos realizados, y la validación de tablas posológicas simplificadas para optimizar el uso de las actuales formulaciones pediátricas.

Además, debe insistirse mucho más en garantizar que estén en marcha todos los elementos de programación necesarios para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, incluidos los vínculos entre esos programas y el tratamiento y la atención posteriores tanto para los niños como para sus madres. En los esfuerzos mundiales por alcanzar los objetivos establecidos en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es importante velar por que las mujeres y los niños que se han quedado atrás en anteriores actividades de prevención reciban ahora la atención que tanto ellos como sus familias necesitan.

Cada vez hay más pruebas de que el cobro de una cantidad por la administración del TAR en el punto de prestación de servicios obstaculiza sobremanera el acceso de las personas pobres al tratamiento en muchos países y puede frenar las tasas de inicio y continuación del tratamiento. Conscientes de las barreras que supone ese sistema, varios países, como el Senegal y Zambia, han tomado medidas recientemente para proporcionar el tratamiento con carácter gratuito en el punto de prestación de servicios. Otros países, preocupados por la sostenibilidad a largo plazo de los programas de tratamiento, se resisten a hacer lo mismo. Hay un creciente consenso internacional respecto de la necesidad de ayudar a los países a introducir los necesarios cambios de política que permitan el acceso gratuito al TAR en el punto de prestación de servicios; para ello habrá que insistir especialmente en la elaboración de estrategias de financiación sanitaria que sean sostenibles a largo plazo.

Garantizar el acceso al TAR a las poblaciones más vulnerables y marginadas sigue siendo un reto enorme. La expansión del TAR ha sido particularmente lenta en muchos de los países donde el VIH se concentra entre los usuarios de drogas por vía intravenosa y los trabajadores sexuales, así como donde hay grandes conflictos, inestabilidad política o desplazamientos de población. En contra de las pruebas disponibles, persisten mitos como el de que los usuarios de drogas son incapaces de seguir el TAR o actitudes como la de que los trabajadores sexuales no merecen recibir tratamiento. En otros casos puede suceder que la continuidad del tratamiento no esté garantizada para los presos cuando se reintegran en la comunidad, o que los refugiados o personas desplazadas no tengan reconocido el derecho de acceso a los servicios de salud locales existentes.

⁶ Fassinou, P., Elenga, N., Rouet F., Laguide R., Kouakoussui KA, Timite M. et al. Highly active antiretroviral therapies among HIV-1 infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire, AIDS 2004, 18 (14): 1905-1913.

⁷ Chintu C., Bhat G.J., Walker A.S., Mulenga V., Sinyinza F., Lishimpi K. et al., Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. Lancet 2004; 364: 1865-71.

⁸ El cotrimoxazol es un antibiótico sumamente eficaz en el tratamiento de la neumonía neumocística. En los niños infectados por el VIH también ofrece protección contra otras infecciones. Su papel sigue siendo importante aunque aumente el acceso al TAR, pues puede mejorar la supervivencia infantil con independencia de éste. Actualmente se recomienda utilizarlo antes de que los niños necesiten TAR, ya que puede retrasar el momento en que éste se hace necesario.

⁹ Las previsiones sobre la profilaxis con cotrimoxazol se basan en dos hipótesis relacionadas entre sí: 1) en ausencia de un diagnóstico precoz de la infección por el VIH mediante la reacción en cadena de la polimerasa, requieren cotrimoxazol todos los niños menores de 18 meses nacidos de madres seropositivas, más todos los niños infectados por el VIH de edades comprendidas entre los 18 meses y los 14 años; y 2) cuando se dispone de un diagnóstico precoz de la infección por el VIH, esa cifra puede reducirse al administrar cotrimoxazol sólo a los niños infectados por el VIH (hasta los 14 años). Se supuso que la supervivencia de los niños en tratamiento al año de edad era del 90% para el TAR, el 91% para el cotrimoxazol y el 94% para la combinación de ambos.

Estas diferentes situaciones plantean dificultades críticas para muchos países. Entre los países de bajos y medianos ingresos que tienen mayores necesidades en relación con el TAR, muchos padecen epidemias concentradas en poblaciones vulnerables como los usuarios de drogas por vía intravenosa (incluidos el Brasil, China, la India, Tailandia y la Federación de Rusia) y los trabajadores sexuales (como Camboya, la India y Tailandia), o padecen emergencias complejas relacionadas con conflictos (como Côte d'Ivoire, la República Democrática del Congo y el Sudán). Es preciso prestar especial atención al establecimiento de servicios completos de prevención y tratamiento que lleguen a esas poblaciones y atiendan sus necesidades específicas.

Medida de los progresos de la expansión

La cartografía de la disponibilidad real de servicios de tratamiento y prevención, productos básicos e información en un entorno concreto es un método que sirve para conformar las respuestas en el nivel del país de modo que se garantice la equidad en el acceso.

La OMS ha elaborado un instrumento que permite a los países vigilar la capacidad de los sistemas de salud midiendo la disponibilidad de servicios en los países hasta los niveles de distrito y de comunidad. La Cartografía de la Disponibilidad de Servicios es una herramienta basada en el programa informático HealthMapper, elaborado por la OMS para simplificar el uso de los sistemas computadorizados de información geográfica para la salud pública. Proporciona una clara representación geográfica de la gama y la cobertura de los servicios de salud disponibles (incluidos los que proporcionan TAR y servicios voluntarios de asesoramiento y pruebas) por distritos, así como la disponibilidad de trabajadores sanitarios, laboratorios y otras infraestructuras. Al mostrar conjuntamente los puntos de prestación de servicios de salud y la distribución de la población, el sistema puede utilizarse para ayudar a identificar rápidamente las poblaciones insuficientemente atendidas a las que es difícil llegar.

Recientemente la OMS ha prestado asistencia a cuatro países con alta prevalencia de VIH para llevar a cabo ejercicios de Cartografía de la Disponibilidad de Servicios. Durante los próximos meses, también se llevará a cabo en al menos otros diez países de alta prevalencia, con la meta a largo plazo de institucionalizar la cartografía de los servicios de salud de distrito, incluidos los centros que proporcionan TAR, en gran número de países de bajos y medianos ingresos. También se está elaborando un nuevo módulo sobre la disponibilidad de servicios de prevención del VIH en estrecha colaboración con una selección de países.

Ya ha quedado claro el valor de las metas para dar mayor definición a las actividades e imprimirles urgencia. La cartografía de la disponibilidad de servicios puede ser la herramienta que dé esa misma definición y urgencia a los esfuerzos por alcanzar la meta colectiva del acceso universal a los servicios de prevención y tratamiento del VIH.

Integración de la prevención y el tratamiento

En un principio, había cierta preocupación por que la expansión del acceso al tratamiento contra el VIH pudiera restar recursos y atención a las actividades de prevención. A medida que ha avanzado la expansión del tratamiento, no obstante, esas reservas han dado paso al reconocimiento de que el acceso al tratamiento proporciona nuevas oportunidades y posiblemente nuevos modelos para la expansión de la prevención. El ONUSIDA ha liderado recientemente una iniciativa encaminada a intensificar los esfuerzos mundiales de prevención y está preparando un documento de posición en el que se ponen de relieve esas oportunidades.¹⁰ La reciente elaboración de modelos epidemiológicos también demuestra que la expansión de las actividades de atención junto con la prevención de forma integrada puede reducir espectacularmente las necesidades de recursos para tratamiento a largo plazo. El tratamiento hace que la prevención sea más eficaz, al tiempo que la prevención hace que el tratamiento sea más asequible.¹¹

Hoy por hoy la mayoría de los países reconocen que la prevención y el tratamiento se refuerzan mutuamente y que ambos han de ser expandidos de forma simultánea. Sin embargo, muchos han tenido dificultades para establecer prioridades ante la variedad de potenciales modelos e intervenciones. Por esa razón, la OMS está preparando actualmente "paquetes básicos" de intervenciones terapéuticas y preventivas específicamente dirigidos al sector sanitario. El enfoque también comprende el fortalecimiento y la ampliación de la capacidad, las actividades de extensión y la capacitación con el fin de fomentar el uso más eficiente posible de los recursos humanos disponibles.

¹⁰ Intensifying HIV Prevention. Documento de posición de política del ONUSIDA, junio de 2005.

¹¹ Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact, J.A. Salomon, D.R. Hogan, J. Stover, K.A. Stanecki, N. Walker, P.D. Ghys y B. Schwartländer, PLoS Medicine, Vol.1 N° 2, enero de 2005.

Además del tratamiento y la atención, los paquetes básicos de intervención incluyen aquellos componentes de la prevención del VIH que pueden resultar más útiles para frenar la transmisión. Entre ellos figuran la reducción de riesgos, la prevención para las personas que viven con el VIH/SIDA, la prevención de la transmisión maternoinfantil, la lucha contra las infecciones de transmisión sexual y servicios especiales para los grupos más expuestos. Si bien es cierto que los esfuerzos multisectoriales siguen siendo indispensables, esas intervenciones son fundamentales en una respuesta integrada del sector de la salud, y en general pueden ampliarse para conseguir una amplia cobertura en entornos sanitarios. Capacitar a los proveedores de asistencia sanitaria para que acompañen el tratamiento y la atención con actividades de prevención forma parte importante de este enfoque. Sin embargo, habida cuenta de que hasta las mejores intervenciones resultan inútiles si las personas no tienen acceso a ellas, es preciso realizar mayores esfuerzos en el nivel comunitario para incrementar la sensibilización y la utilización de los servicios de salud.

Están surgiendo nuevas oportunidades de prevención. Durante la reunión consultiva OMS/ONUSIDA sobre pruebas de detección y asesoramiento sobre el VIH en la región de África, celebrada a finales de 2004, los países destacaron que la disponibilidad de tratamiento está resultando ser un fuerte incentivo para someterse a las pruebas de detección del VIH. En un estudio realizado en un distrito de Uganda se ha observado que la introducción del TAR ha incrementado en 27 veces el número de personas que tienen acceso a servicios de pruebas de detección y asesoramiento¹². Urge llevar a cabo más estudios sobre esta cuestión que sirvan para orientar la programación.

Muchos países han ampliado el acceso a las pruebas y los servicios de asesoramiento mediante una utilización eficaz de los puntos de entrada en los servicios de salud ya existentes, en particular los de tuberculosis, transmisión maternoinfantil y salud de la madre y el niño. En el Brasil se observó un aumento del 369% en la utilización de los servicios de pruebas y asesoramiento entre 2001 y 2003 cuando las pruebas se descentralizaron y los centros de atención primaria comenzaron a prestar servicios de asesoramiento y pruebas como parte ordinaria de la atención de salud. Otro caso es el de Kenya, que ha informado de un aumento espectacular del número de personas que se han sometido a la prueba de detección y han recibido asesoramiento entre 2000 y 2004, debido a una importante expansión de los lugares en que se realizan pruebas, tanto en dispensarios como en entornos comunitarios.

Para que los servicios de pruebas puedan ampliarse rápidamente, hará falta aplicar diversos enfoques innovadores en distintos lugares y para distintas poblaciones. En los lugares donde se han adoptado, los modelos de asesoramiento y pruebas para parejas y familiares está siendo eficaces. Los resultados iniciales sugieren elevadas tasas de aceptación de los métodos que pretenden llegar a la comunidad ofreciendo servicios de pruebas y asesoramiento a domicilio. Botswana, Burkina Faso, la República Dominicana, Haití, Malawi, Rwanda, Tailandia y Uganda informan de que están aumentando la oferta ordinaria de servicios de pruebas y asesoramiento en una amplia variedad de entornos clínicos,¹³ mientras que Botswana, Lesotho, Zimbabwe y otros países están promoviendo las ventajas de las pruebas de detección mediante campañas que incitan a la población a conocer el estado de infección por el virus. Las nuevas tecnologías también son fundamentales para aumentar la demanda, como se ha demostrado en Malawi, donde la utilización de los servicios de pruebas se duplicó con creces tras la introducción de las pruebas de detección rápida. En todos los casos, especialmente en los países donde las pruebas se están realizando en gran escala, se necesita prestar mucha atención para garantizar que la calidad del asesoramiento sea suficiente y que se protejan los derechos humanos de las personas que se someten a las pruebas de detección.

La intensificación de las pruebas ofrece nuevas oportunidades para poner en contacto a las personas con los servicios de prevención y tratamiento, para suministrar artículos básicos como preservativos y material de inyección higiénico, y para proporcionar el debido apoyo de prevención a las personas que viven con el VIH/SIDA como parte de la continuidad de la atención.

Los usuarios de drogas por vía intravenosa tienen necesidades particulares en materia de prevención y tratamiento, incluidas pruebas de detección y asesoramiento, programas de suministro de jeringuillas y agujas, terapia de sustitución de drogas y TAR. Mientras que la necesidad de prestar e integrar esos servicios para esa población está quedando cada vez más clara en la era del TAR, el compromiso político aún brilla por su ausencia en muchos de los países en los que más se necesitan esos servicios.

¹² Increased demand for VCT services driven introduction of HAART in Masaka district, S. Mpiima, S. Wangalawa, K. Mugisha, D. Namusoke, I. Dambya, B. Onkongo, XV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Resumen ThPeE7940.

¹³ Informe de la Reunión Consultiva sobre pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH en la Región de África, Johannesburgo, Sudáfrica, OMS/ONUSIDA, 2005.

Integración del TAR y los programas de tratamiento para personas drogodependientes

En los últimos cinco años, Indonesia ha sido testigo de una vertiginosa epidemia de VIH entre los usuarios de drogas por vía intravenosa. La prevalencia del VIH en esa población ha llegado al 53% en Bali y el 48% en Yakarta. A finales de 2003 se estimaba que en total 110 000 personas vivían con el VIH/SIDA.

El Gobierno se ha comprometido a expandir los programas de prevención y de tratamiento del VIH. En 2004, se estimaba que 11 500 personas necesitaban TAR. El Gobierno ha fijado una meta nacional para el TAR de 10 000 personas en tratamiento para finales de 2005. En julio de 2004 el Presidente se comprometió a subvencionar la administración de TAR a todos los pacientes que lo necesitasen, con apoyo suplementario de los gobiernos provinciales. Ello se vio seguido por la promulgación en octubre de 2004 de una licencia obligatoria para dos medicamentos antirretrovirales destinados al uso en centros públicos. En vista de la gran dispersión geográfica que caracteriza al país, se han abierto 25 centros de envío de casos para TAR en 13 provincias, prestando particular atención a las seis que soportan mayor carga. Se trata de hospitales que también actúan como centros de orientación/referencia para otros hospitales periféricos de sus provincias que se ocupan de pacientes de SIDA.

La epidemia de VIH ha tenido mucho que ver en la decisión del país de establecer programas piloto de administración de metadona en Yakarta y Bali, inclusive en los centros penitenciarios de ambas provincias. Reconociendo la necesidad de proporcionar un acceso equitativo al TAR a todos aquellos que lo necesitan, se han situado los servicios de TAR en las proximidades de determinados servicios de tratamiento de drogodependencias, incluidos los programas de mantenimiento a base de metadona. Las primeras experiencias de los servicios que gestionan conjuntamente el VIH y la drogodependencia, incluida la administración de TAR a los que reciben metadona, han sido positivas, con buenas tasas de observancia del TAR y mejoras considerables en el estado de salud de los pacientes.

Como parte de su plan de expansión, el Ministerio de Salud ya se está preparando para aumentar la capacidad de atención, apoyo y tratamiento en otros 50 hospitales. Al mismo tiempo, las medidas se están planificando como un método en varios frentes: expansión del tratamiento de sustitución (metadona) a diez centros más, dentro de las provincias y en determinados hospitales durante 2005; aumento de la capacidad de los proveedores de servicios de salud en relación con necesidades de atención y tratamiento relacionadas entre sí como TAR y metadona; y ampliación de la atención con TAR, el apoyo y el seguimiento por parte de los grandes hospitales a los hospitales de distrito y el nivel de atención primaria durante los dos próximos años. Se han movilizado recursos por conducto del Fondo Mundial (US\$ 65 millones) y del Fondo de Cooperación de Indonesia, al que el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido ha asignado 25 millones de libras esterlinas (US\$ 65 millones) para la intensificación del programa de prevención, atención, apoyo y tratamiento del VIH/SIDA.

Dado que Indonesia está geográficamente dispersa en miles de islas, uno de los grandes retos del futuro será aumentar la cobertura con servicios para los usuarios de drogas y reforzar las alianzas entre los servicios terapéuticos y las organizaciones de base comunitaria, incluidos los servicios de reducción del daño, para velar por que se establezcan redes eficaces de envío de casos y que los usuarios de drogas reciban el necesario apoyo de la comunidad para mejorar tanto su observancia del TAR como la gestión de su drogodependencia.

Expansión de la capacidad de recursos humanos

La eficacia de las respuestas al VIH/SIDA en los países de bajos y medianos ingresos se ha visto sumamente perjudicada por deficiencias concretas en la esfera de los recursos humanos. La falta de capacidad de los sistemas educativos ha llevado a una escasez generalizada de personal de salud calificado. Además, la pérdida de personal médico y de enfermería por su paso al sector privado, a las zonas urbanas o a los países desarrollados y por la propia epidemia ha privado al sector público del personal del que depende la administración del TAR. La distribución de los agentes de salud se centra excesivamente en unas cuantas zonas urbanas clave, lo que limita la cobertura y dificulta la integración del tratamiento y la prevención.

La adopción de un criterio normalizado e integrado en la prestación de servicios significa en parte hacer un mejor uso de los recursos humanos disponibles existentes. La simplificación de los regímenes de tratamiento y la vigilancia clínica permite pasar de un modelo centrado en el médico a otro que se apoya en un equipo clínico ampliado compuesto además por

personal de enfermería, funcionarios clínicos y personas con VIH/SIDA empleadas y capacitadas para prestar servicios de extensión comunitaria y apoyo al tratamiento. La expansión del modelo del equipo clínico permite distribuir de forma más eficiente las tareas de administración de tratamiento, gestión clínica y envío de casos entre el servicio de salud y otros ámbitos comunitarios. Para que los programas puedan ser ampliados rápidamente con el fin de atender a los millones de personas que necesitan tratamiento, esa evolución de la gestión de los recursos humanos es crítica y urgente.

Junto con numerosos asociados, la OMS está ayudando actualmente a poner en práctica un modelo de capacitación y prestación de servicios que facilita ese cambio en los criterios de tratamiento y prevención del VIH/SIDA en el sector sanitario. Ensayado en primer lugar en Uganda y Sudáfrica, el modelo se encuentra actualmente en distintas fases de adaptación y ejecución en Burkina Faso, Camboya, China, Eritrea, Etiopía, la India, Lesotho, Mozambique, Papua Nueva Guinea, el Senegal, el Sudán, Swazilandia, Tanzania, Zambia y Zimbabwe. La meta es aplicarlo en 30 países antes de finales de 2005.

Modelo integrado de prestación de servicios y capacitación para apoyar la expansión del TAR

La capacitación de los proveedores de atención de salud para administrar TAR es una tarea fundamental que hoy por hoy requiere un esfuerzo intensivo. La iniciativa de capacitación en módulos que han puesto en marcha la OMS y numerosos asociados, entre ellos Family Health International, el Instituto de Medicina Tropical de Amberes, la Organización de Servicios contra el SIDA de Uganda, el Centro Internacional de Educación y Capacitación sobre el VIH y otros, consta de directrices simplificadas, material docente y material auxiliar para la educación del paciente que tratan sobre la atención clínica, el asesoramiento, la vigilancia del paciente y la coordinación del TAR entre distritos. Esas herramientas siguen las recomendaciones de las directrices de la OMS en relación con el TAR, dando un enfoque sindrómico a la atención del paciente pero incorporando un número reducido de pruebas de laboratorio. En cursos cortos pero bien aprovechados se imparte a los trabajadores de salud los conocimientos básicos, teóricos y prácticos necesarios para administrar el TAR y para apoyar los cambios de tareas que se precisan, no sólo para la expansión del TAR sino para la atención de afecciones crónicas en general. Las herramientas de capacitación pueden adaptarse fácilmente a distintos contextos. Por ejemplo, ahora están comenzando a incorporarse módulos de tratamiento y atención para usuarios de drogas por vía intravenosa.

Además de las herramientas de capacitación, la iniciativa incluye un modelo de prestación de servicios para utilizarlo en los servicios de salud de países de bajos ingresos. En él se adopta un enfoque de atención primaria de salud adecuado para instalaciones de primer nivel y hospitales de distrito. Ese modelo pretende contribuir directamente al fortalecimiento de los servicios de salud aunando la gestión de casos múltiples, las intervenciones de prevención y la vigilancia de los pacientes de forma factible tanto para el trabajador de salud como para el director del centro y del distrito. Integra la gestión de la tuberculosis y del VIH y ayuda a mitigar las limitaciones de recursos humanos encomendando tareas como el apoyo al tratamiento, las reposiciones de medicamentos y actividades sencillas de vigilancia a agentes comunitarios adiestrados. También alienta y apoya la participación de personas que viven con el VIH/SIDA no sólo en calidad de adiestrados experimentados de pacientes sino como miembros del equipo clínico, cambios de tareas que cada vez están más respaldados por pruebas científicas.

Además de las nuevas herramientas de prestación de servicios y de capacitación, se necesita un apoyo técnico pluriinstitucional que ayude a los países a hacer frente a las dificultades en materia de recursos de personal sanitario. Con apoyo de la OMS, varios países han emprendido avanzadas iniciativas para gestionar mejor los recursos humanos y estimar las necesidades de mano de obra en el sector sanitario. Botswana, Burundi, Etiopía, Guinea, Malawi, Mozambique, Myanmar, Nigeria, Swazilandia y Tanzania han elaborado planes detallados de recursos humanos para el sector de la salud. Burkina Faso y Uganda también están elaborando esos planes como parte de sus solicitudes de financiación en la Ronda 5 del Fondo Mundial. Los “centros de conocimiento” sobre el VIH/SIDA establecidos en Europa oriental y que se están creando en África están ayudando a coordinar el aumento de la capacidad, la capacitación y la asistencia técnica en los planos regional y subregional.

Es evidente que se necesitan medidas nuevas y excepcionales en muchos frentes para paliar las actuales deficiencias de recursos humanos en los países de bajos y medianos ingresos. Entre ellas han de figurar medidas urgentes para hacer frente a las repercusiones de los marcos de desarrollo macroeconómicos en las políticas de contratación del sector público.

Iniciativa mundial de apoyo a las respuestas comunitarias

Preparar a las comunidades para el TAR es fundamental para conseguir que las personas se sometan a las pruebas del VIH, reciban la información y el apoyo que necesitan para seguir debidamente el tratamiento a largo plazo y aporten su experiencia y su capacidad a la expansión del tratamiento. Sin embargo, hasta la fecha las respuestas orientadas por la comunidad apenas han recibido recursos. Habida cuenta de ello, más de 19 organizaciones están ahora prestando apoyo financiero al Fondo de Colaboración en la preparación para el tratamiento contra el VIH, singular alianza mundial entre la Fundación Tides y la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento. El Fondo proporciona apoyo para el tratamiento, la labor de promoción y la educación sobre el VIH en África, Asia, América Latina, el Caribe, Europa oriental y Asia central mediante la distribución de pequeñas donaciones, el fortalecimiento de las redes regionales de promoción del tratamiento, la asistencia técnica a organizaciones que llevan a cabo actividades de promoción y educación sobre el tratamiento y la evaluación de programas. Los Grupos Comunitarios de Examen, formados por promotores del tratamiento contra el VIH, educadores y personas que viven con el VIH/SIDA, establecen todas las prioridades de financiación y adoptan todas las decisiones acerca de la forma en que se desembolsan los fondos.

El Fondo de Colaboración ensayó por primera vez sus actividades en materia de donaciones en la ex Unión Soviética en 2003. Actualmente están en marcha procesos de desarrollo y ejecución de actividades de preparación para el tratamiento en ocho regiones de financiación, y está previsto que para finales de 2005 cada una de las ocho regiones de financiación del Fondo distribuya entre US\$ 150 000 y US\$ 200 000 en donaciones a grupos de personas que viven con el VIH/SIDA y otras ONG para que inicien actividades de preparación para el tratamiento. El Fondo también está estableciendo una novena región de financiación en China y elaborando un proceso para financiar las actividades de preparación para el tratamiento dirigidas específicamente a atender las necesidades de las mujeres y las familias en el África subsahariana.

En enero de 2005, la OMS aumentó su compromiso inicial de US\$ 1 millón con el Fondo de Colaboración aportando US\$ 500 000 más por conducto de su Programa de Preparación para el Tratamiento, y ha comprometido otros US\$ 250 000 para actividades de vigilancia y evaluación.

Fortalecimiento de los sistemas de adquisición y gestión de suministros

Para muchos países siguen siendo motivo de preocupación algunas cuestiones importantes relacionadas con el precio de los medicamentos, la adquisición y la gestión de los suministros. Entre ellas figuran la necesidad de disponer de medicamentos de precio más asequible, especialmente antirretrovirales de uso pediátrico y de segunda línea, mayor apoyo para desarrollar la capacidad de adquisición y de gestión de la cadena de suministro dentro de los países, y mayor acceso a nuevos medicamentos utilizando las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC. Se están adoptando medidas para resolver los numerosos aspectos técnicos que rodean a la elección de tratamientos de segunda línea tanto para adultos como para niños. También se están invirtiendo más recursos en el proceso de precalificación de la OMS, que está siendo ampliado para incluir material de laboratorio y de diagnóstico. Al mismo tiempo, a medida que se va adquiriendo experiencia con el tratamiento, lo importante para muchos países es pasar de la adopción de decisiones en materia de adquisición a hacer frente a las dificultades a largo plazo que entraña la gestión de suministros. Así sucede especialmente en los países del África subsahariana, donde la expansión exige necesariamente la descentralización de los lugares de tratamiento. Para los países va cobrando cada vez más importancia no sólo fortalecer la planificación nacional, la previsión de la demanda, la elaboración de presupuestos y la garantía de la calidad en las compras de antirretrovirales a granel, sino también aumentar la capacidad en los niveles inferiores del sistema sanitario para actividades como el control de almacenes e inventarios, la presentación de informes y la cuantificación, y la garantía de la seguridad de los productos.

El aumento del acceso a los antirretrovirales trae consigo un aumento de la demanda de otros artículos relacionados con el tratamiento contra el VIH, incluidos medicamentos para tratar las enfermedades oportunistas, antibióticos, medicamentos tópicos y de atención paliativa, pruebas y reactivos para el diagnóstico y la vigilancia en el laboratorio, guantes, material de inyección y preservativos. La necesidad de evitar un "canal de distribución vertical" y de integrar los antirretrovirales en la cadena principal de suministro de medicamentos esenciales y material sanitario es por consiguiente cada vez más obvia.

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS), establecido como alianza mundial de organismos técnicos y de adquisiciones para apoyar la ejecución de "Tres millones para 2005", está haciendo hincapié en la elaboración y aplicación de sistemas de información sobre la gestión de los suministros, y numerosos asociados internacionales y en el nivel de los países están formando al personal de los establecimientos de

salud de distrito y de primer nivel en gestión de suministros. Esa capacitación sirve para apoyar las actividades de aumento de la capacidad para la vigilancia de los pacientes, con el objetivo a largo plazo de poner a punto sistemas integrados de información sobre la gestión sanitaria que también proporcionen datos sobre logística y suministro de medicamentos. Los asociados de AMDS también han celebrado talleres para ayudar a los países que reciben recursos del Fondo Mundial a elaborar planes de adquisición y gestión de los suministros, incluidas estrategias para la reducción de los precios de los antirretrovirales.

Recientemente se ha manifestado cierta inquietud acerca de la capacidad de los fabricantes para atender la creciente demanda mundial de tratamiento, lo que pone de relieve la necesidad de mejorar las estimaciones de la demanda y la expansión a más largo plazo de las instalaciones de producción.

Respuesta a las deficiencias en la gestión de suministros

Malawi ha hecho grandes progresos en la expansión del acceso al TAR. Desde enero de 2003, la cobertura ha aumentado desde 1200 pacientes en tres centros hasta más de 17.500 en 34 instalaciones en marzo de 2005. El informe de una misión técnica de la OMS que documentó la experiencia de Malawi en el acceso a recursos de donaciones del Fondo Mundial resultó decisivo para liberar otros US\$ 14 millones en mayo-junio de 2005 destinados a incluir a los 25 centros restantes seleccionados para la prestación de servicios de TAR. Con todo, la cifra estimada de 170 000 personas seropositivas que necesitan TAR y las más de 84 000 defunciones anuales indican que sigue habiendo una enorme necesidad no atendida de tratamiento en el país.

Al estudiar las posibilidades de expansión, el Gobierno de Malawi sabía que habría que distribuir inmediatamente regímenes simplificados y normalizados de antirretrovirales utilizando un mecanismo “de empuje”, al no existir sistemas bien desarrollados de “atracción” para manejar un formulario más complejo en el nivel de los establecimientos sanitarios. El Gobierno respondió rápidamente a la situación de emergencia asociándose al UNICEF para la distribución de kits de antirretrovirales. Se trata de paquetes de antirretrovirales previamente envasados, clasificados como de inicio y de continuación, diseñados para proporcionar tratamiento triple a base de combinaciones de dosis fijas de d4T, 3TC y nevirapina, incluida la dosis de nevirapina para el periodo inicial de 15 días en el paquete de inicio. Los paquetes de continuación contienen medicamentos antirretrovirales para un mes. Los establecimientos sanitarios se clasificaron, de acuerdo con criterios epidemiológicos y consideraciones de infraestructura, como de carga alta, media o baja. Con ello se determinaba exactamente el número de pacientes a los que podría administrarse tratamiento al mes (alta = 150 al mes; media = 50 al mes, baja = 25 al mes).

Mientras que el sistema “de empuje” ha funcionado razonablemente bien hasta la fecha y en gran medida se han evitado situaciones de desabastecimiento de antirretrovirales, han surgido problemas en el caso de los medicamentos contra enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA (particularmente infecciones oportunistas). Esos fármacos se utilizan en lugares más periféricos que dependen por completo del sistema de distribución de los Almacenes Médicos Centrales y de sistemas de distribución que o no existen o son demasiado débiles para permitir la distribución de medicamentos de acuerdo con las necesidades determinadas mediante datos de consumo anteriores.

Actualmente se están explorando oportunidades para reforzar la capacidad global de adquisición en Malawi de antirretrovirales y material de diagnóstico del VIH en los Almacenes Médicos Centrales y la unidad de Apoyo de Servicios Técnicos del Ministerio de Salud.

Las visitas de vigilancia trimestrales, iniciadas recientemente, están ayudando a determinar disparidades particulares de cada centro en las reservas de medicamentos. Una de las cuestiones que actualmente se consideran prioritarias es la constitución de una reserva de antirretrovirales destinada a cubrir potenciales situaciones de desabastecimiento a corto plazo; otra es el establecimiento de mecanismos y protocolos entre dispensarios para dar respuesta rápida a las necesidades urgentes de medicamentos.

Superar y mejorar las limitaciones de la infraestructura sanitaria

El SIDA ha puesto de manifiesto las deficiencias de los sistemas sanitarios en muchos países. Todos los elementos que deben estar presentes en una respuesta adecuada del sector de la salud a la epidemia de VIH/SIDA (sistemas de envío de casos, recursos humanos, capacidad de los laboratorios, cadenas de adquisición y suministro de medicamentos, cobertura de los servicios, vínculos con el sector comunitario) se ven debilitados cuando las instituciones de los niveles nacional, de distrito y local tienen deficiencias y están insuficientemente financiadas. Uno de los retos fundamentales para la expansión del tratamiento contra el VIH/SIDA es no sólo determinar cómo pueden superarse las principales limitaciones de los sistemas de salud a corto plazo sino también garantizar que la rápida expansión de los programas contra el VIH/SIDA no reste esfuerzos y recursos a otras prioridades sanitarias.

Al mismo tiempo, las intervenciones contra el SIDA proporcionan una oportunidad crucial para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la prestación de servicios para otras enfermedades crónicas. Los sistemas de adquisición de antirretrovirales, por ejemplo, pueden diseñarse de tal modo que fortalezcan otros sistemas vitales de suministro de medicamentos, mientras que la capacitación de agentes de salud para proporcionar TAR puede contribuir a mejorar la capacidad de los recursos humanos en conjunto. Los nuevos recursos para combatir el VIH/SIDA han puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer la gestión financiera global en el sector sanitario, así como los sistemas de vigilancia y evaluación del tratamiento (incluida información como cifras sobre tratamiento, género y otros factores demográficos, tasas de supervivencia y costos de los medicamentos a lo largo del tiempo).

La mejora de la prestación de servicios depende no sólo de que estén disponibles los recursos fundamentales sino también de las formas en que se gestionan esos recursos y servicios. Las nuevas herramientas de capacitación para ayudar a los gestores del nivel de distrito a aplicar programas de TAR y la nueva página web de la OMS destinada especialmente a los gestores sanitarios¹⁴ están ayudando a aumentar la capacidad de gestión en el sector.

La armonización de los programas de lucha contra las enfermedades es decisiva para que los sistemas de salud funcionen con eficacia en condiciones de escasez de recursos. Los esfuerzos encaminados a promover la colaboración entre los programas contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo y su integración en el nivel de prestación de servicios están haciendo sólidos progresos en varios países donde las tres enfermedades son prevalentes. Las respuestas eficaces han entrañado abordar los obstáculos comunes a que se enfrentan los programas de lucha contra las tres enfermedades, como la baja detección de casos, las dificultades con la observancia del tratamiento y la movilización comunitaria. Muy recientemente se ha elaborado un plan para acelerar los esfuerzos encaminados a centrar la atención mundial en el impacto devastador que tienen la tuberculosis y el VIH/SIDA en África. Entre otras cosas, ese plan recomienda que se fortalezca la participación de la comunidad en la atención de los casos de tuberculosis y VIH, que se intensifique la participación de las ONG y el sector privado en las actividades de colaboración contra la tuberculosis y el VIH, y que los organismos técnicos mejoren la coordinación de sus actividades de apoyo a los países.

Hasta la fecha, los proveedores y los lugares de prestación de servicios que forman el sector no público han tenido gran importancia en la ejecución del TAR. Ese sector comprende a las ONG, la atención sanitaria prestada por empresas internacionales y nacionales, las organizaciones profesionales, médicos y farmacias y otras personas ajenas al sector sanitario estatal. Aunque está previsto que, particularmente a medida que los centros públicos vayan proporcionando TAR subvencionado o gratuito, los pacientes irán cambiando el lugar al que acuden en busca de atención, la participación de los agentes no públicos seguirá siendo decisiva en varios entornos nacionales. Los datos sobre pacientes tratados en el sector no estatal a menudo no se transmiten a las autoridades públicas. A este respecto, cada vez es más importante encontrar nuevas formas de vincular los sectores público y no público a otros sistemas de envío de casos, intercambiar datos y mantener los niveles de calidad de la atención para toda la población. El innovador criterio adoptado en Malawi, donde el TAR está fuertemente subvencionado en el sector no público en el caso de los proveedores que participan en la vigilancia y la garantía de la calidad a nivel nacional, puede servir de modelo.

¹⁴ www.who.int/management

Investigaciones operacionales para mejorar las estrategias de expansión

La falta de datos científicos completos no debería limitar los esfuerzos por subsanar las deficiencias en materia de tratamiento y prevención. En esta idea se basa el concepto de “aprender haciendo” implícito en “Tres millones para 2005”. La OMS y el Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) están trabajando con cinco de los países prioritarios de “Tres millones para 2005” (Burkina Faso, Malawi, Tanzania, Uganda y Zambia) para ayudar a salvar las persistentes dificultades que entraña vincular las investigaciones operacionales a las políticas y proporcionar rápidamente datos que apoyen la expansión y mejoren los programas.

Una vez definidas las prioridades de las investigaciones operacionales, se celebró una consulta amplia con los interesados directos en cada país para elaborar un programa de investigaciones operacionales propio del país. La mayoría de los proyectos consta de dos fases: un análisis de situación para determinar las limitaciones que se oponen a la expansión, y una segunda fase en la que se ensayarán y evaluarán estrategias para superar esas limitaciones.

- Burkina Faso preparó un proyecto de investigación participativa sobre prácticas de tratamiento y atención, con el fin de mejorar la coordinación entre las ONG y los establecimientos sanitarios públicos que proporcionan tratamiento, atención y apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA.
- El objetivo de Malawi es incrementar la utilización de los servicios de asesoramiento voluntario, pruebas y tratamiento por profesionales de la salud en un país en el que la escasez de recursos humanos supone un obstáculo a la expansión.
- Las actividades en materia de investigaciones operacionales de Tanzania se centrarán en la observancia del TAR, con el objetivo de elaborar una herramienta nacional que permita vigilar sistemáticamente la observancia y evaluar los factores que la determinan.
- En Uganda se estudiarán las medidas de apoyo a la observancia y la prevención en relación con los distintos métodos de prestación de tratamiento disponibles en el país, con miras a identificar las mejores prácticas y difundirlas.
- En Zambia se intentará determinar las limitaciones a la utilización del TAR en los centros de tratamiento de la tuberculosis y de atención prenatal, con el fin de facilitar el acceso en esos lugares.

La experiencia acumulada en los cinco países permitirá extraer conclusiones sobre la integración de las investigaciones operacionales en los sistemas de salud, lo que resultará de interés para otros países, los principales donantes y los organismos técnicos.

Coordinación de las alianzas técnicas

El aumento de las necesidades de recursos y de apoyo técnico ha hecho que gran número de organizaciones estén participando actualmente en las actividades de expansión en los países. En Tanzania, por ejemplo, entre los grandes asociados técnicos y financieros que contribuyen a la expansión del TAR figuran la OMS, el ONUSIDA, el Programa Multinacional contra el SIDA del Banco Mundial, el Fondo Mundial, los diversos asociados del Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, la Fundación Clinton, Family Health International, la Comisión Europea y los Gobiernos del Canadá, Dinamarca, Alemania, Noruega, Suecia y el Reino Unido. En conjunto, también están participando más interesados directos en la elaboración de programas y la prestación de servicios en los niveles mundial y de los países, incluidos grupos de la sociedad civil, organizaciones confesionales y el sector privado.

Mientras que esas alianzas están impulsando la rápida expansión de los programas de TAR en el nivel de los países, también plantean un problema sostenido de coordinación. Armonizar los esfuerzos de los donantes externos, los consultores y los organismos internacionales es una de las metas centrales del enfoque “tres unos”¹⁵. Desde que su articulación, el apoyo político con que cuenta ese enfoque ha crecido considerablemente, en particular con el respaldo por 45 Jefes de Estado de la Unión Africana en enero de 2005.

¹⁵ “Tres unos” se refiere a lo siguiente: un marco acordado de acción contra el VIH/SIDA que proporciona la base para coordinar la labor de todos los asociados; una autoridad nacional de coordinación con un mandato multisectorial de base amplia, y un sistema acordado de vigilancia y evaluación en el nivel del país.

A pesar del compromiso respecto de la aplicación del enfoque "tres unos", en muchos países la responsabilidad respecto de las actividades de expansión sigue estando fragmentada entre órganos normativos, como las comisiones nacionales del SIDA, y los encargados de ejecutarlas, como las autoridades sanitarias nacionales y regionales. En los lugares donde existen órganos de coordinación de las actividades contra el SIDA, éstos a menudo carecen de la autoridad necesaria para adoptar decisiones en materia de asignación de recursos para grandes programas de lucha contra la enfermedad. La consolidación de la vigilancia y la evaluación en el nivel de los países también sigue siendo problemática, pues los donantes siguen imponiendo numerosos requisitos en materia de presentación de informes.

A fin de mejorar la coordinación y promover alianzas eficaces en los países, el ONUSIDA está coordinando un Equipo Mundial de Trabajo, una de cuyas responsabilidades es elaborar metas e indicadores medibles y con plazos determinados para seguir aplicando los "tres unos" en varios países durante los próximos 18 meses.

El apoyo técnico coordinado es un determinante clave para que los países consigan obtener financiación del Fondo Mundial. Un reciente análisis de propuestas al Fondo Mundial realizado por el ONUSIDA/OMS reveló que, respecto de los componentes que recibían apoyo técnico de la OMS o del ONUSIDA después de que una propuesta se hubiera rechazado previamente, la tasa de éxito era un 60% superior que la de aquellos que no recibían apoyo. Aún más revelador es el hecho de que tres de cada cuatro propuestas en las que ambos organismos coordinaban la asistencia técnica tenían éxito, lo que supone un 50% más que cuando uno u otro organismo actuaba por sí solo.

Una de las tendencias más alentadoras de los últimos años ha sido la aparición de colaboraciones técnicas entre países de bajos y medianos ingresos. Buen ejemplo de esa colaboración "sur-sur" es la Red Tecnológica sobre el VIH/SIDA, iniciativa conjunta del Brasil, China, Nigeria, la Federación de Rusia y Ucrania para cooperar en la investigación, el desarrollo y la producción de medicamentos, medios de diagnóstico y otros elementos básicos contra el VIH. El ONUSIDA está liderando actividades encaminadas a establecer "centros regionales de apoyo técnico" que contribuirán al fortalecimiento y la mejor coordinación de la prestación de apoyo técnico aprovechando las sinergias regionales.

Conclusiones y recomendaciones

Durante los últimos 18 meses se han realizado sólidos progresos en la expansión del acceso al tratamiento, y en la primera mitad de 2005 se ha observado una aceleración del crecimiento del número de personas que reciben TAR en las regiones de África y Asia, donde viven casi nueve de cada diez personas que aún están sin tratar. A pesar de esos esfuerzos, es poco probable que pueda alcanzarse la meta de tratar a tres millones de personas en países de bajos y medianos ingresos antes de que termine 2005.

En el presente informe se han puesto de relieve varios de los principales obstáculos que se oponen a la expansión del tratamiento antirretroviral y la aceleración de los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA. Basándose en la evaluación que han hecho de los progresos y los obstáculos observados hasta la fecha, la OMS y el ONUSIDA formulan las recomendaciones siguientes:

Compromiso político

- Los países deben seguir aumentando su compromiso político de alto nivel para dar una respuesta completa al VIH/SIDA, incluida la expansión del TAR. En particular, los países prioritarios en relación con la meta “Tres millones para 2005” que no han establecido metas nacionales de tratamiento ni planes de expansión del TAR deben hacerlo lo antes posible.

Sostenibilidad financiera

- El ONUSIDA estima que se necesitan al menos US\$ 20 000 millones más por encima de lo actualmente prometido para las actividades mundiales de lucha contra el VIH/SIDA durante los próximos tres años, incluidos el tratamiento, la atención y la prevención. Los donantes deben seguir aumentando sus compromisos financieros y trabajar con los países para elaborar mecanismos de financiación a largo plazo que aseguren un apoyo sostenido y previsible.
- Los países deben seguir aumentando sus propios compromisos financieros para las actividades de lucha contra el VIH. Los diez países que reciben atención especial de “Tres millones para 2005” y que ya reúnen las condiciones para el alivio de la deuda de acuerdo con la nueva propuesta del G8 al respecto deben reasignar rápidamente los recursos que destinaban al servicio de la deuda para invertirlos en las actividades contra el VIH/SIDA.
- Los países y los donantes deben financiar los programas de TAR de modo que los pacientes más pobres no se vean obligados a pagar cantidad alguna en el punto de prestación de servicios.

Recursos humanos y gestión de suministros

- Los países y los asociados deben utilizar pautas de TAR simplificadas y normalizadas y procedimientos de seguimiento clínico que permitan que el mayor número posible de personas puedan recibir un tratamiento de calidad contra el VIH.
- En muchos países, una de las principales dificultades para la expansión del acceso al tratamiento es la falta de personal médico y de enfermería. Los países y los asociados deben abandonar el modelo de administración de TAR centrado en el médico y aumentar el número de trabajadores sanitarios no médicos que están capacitados en métodos simplificados y normalizados de administración del TAR de forma segura y eficaz.
- Los países y los asociados deben invertir en la mejora de la gestión del suministro de medicamentos, en particular en sistemas que permitan prever de modo fiable las necesidades de medicamentos en cada centro de tratamiento y sistemas para almacenar cantidades suficientes de medicamentos en centros de distribución desde los que puedan transportarse de modo eficiente.

Integración del tratamiento y la prevención

- Siempre que sea posible, el tratamiento contra el VIH debe ampliarse de forma paralela a la prevención, de modo que los trabajadores sanitarios y los centros de prestación de servicios estén equipados para administrar un conjunto básico de intervenciones de tratamiento y prevención del VIH. Entre ellas figuran el tratamiento propiamente dicho, las pruebas de detección y los servicios de asesoramiento en los propios centros, y el adiestramiento de los trabajadores sanitarios para que ofrezcan mensajes e intervenciones tanto de TAR como de prevención.

Acceso equitativo

- Para garantizar un acceso equitativo al TAR entre hombres y mujeres, personas de distintas edades, zonas geográficas u otros factores, los países y los asociados deben mejorar sus sistemas de vigilancia de la cobertura del TAR.
- Para aumentar el número de niños que reciben TAR, se necesitan con urgencia nuevas formulaciones farmacéuticas de uso pediátrico y deben reducirse los costos. En muchos países hay que incrementar la experiencia práctica en la gestión del TAR en niños.
- Los países y los asociados deben trabajar para elaborar y ejecutar programas innovadores de administración del TAR a las poblaciones de difícil acceso, como los usuarios de drogas por vía intravenosa y los trabajadores sexuales, y los habitantes de zonas afectadas por conflictos importantes o inestabilidad social.

Coordinación del apoyo y la evaluación

- Los donantes y los asociados deben coordinar mejor su apoyo financiero y técnico a los países estableciendo un proceso racional para determinar las necesidades de apoyo país por país, y a continuación creando mecanismos para facilitar la rápida prestación de ese apoyo. Los donantes y los asociados también deben coordinar mejor su labor de vigilancia y evaluación de los programas que apoyan. Uno de los foros para promover la mejora de la coordinación es el Equipo Mundial de Trabajo del ONUSIDA, que ha formulado audaces e innovadoras recomendaciones con objeto de atender esas necesidades.

La OMS, el ONUSIDA y otros organismos de las Naciones Unidas están inmersos en un proceso de asignación de nuevos recursos financieros y humanos para prestar a los países y otros asociados mayor asistencia técnica en cada una de las esferas prioritarias antes enumeradas. La OMS se está centrando particularmente en ayudar a poner en práctica métodos simplificados y normalizados de tratamiento y prevención, capacitar a trabajadores de salud, asegurar un acceso equitativo al tratamiento, expandir los servicios de pruebas y asesoramiento, mejorar la gestión de las adquisiciones y el abastecimiento en los niveles mundial y de los países, y mejorar la vigilancia del acceso al TAR y otros servicios sanitarios básicos.

"Tres millones para 2005" comenzó como un llamamiento urgente para que se adoptaran medidas inmediatas. Aunque los progresos realizados han sido más lentos de lo previsto, muchos países se encuentran ahora en un momento histórico. Por consiguiente, la meta debe verse no como un fin en sí misma sino como un hito importante en el esfuerzo mundial a largo plazo para lograr la meta colectiva del acceso universal a un conjunto de intervenciones básicas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En última instancia, la respuesta al VIH/SIDA también debe seguir impulsando un programa mundial de prioridades que mantenga y aumente el impulso encaminado a conseguir las metas de salud y desarrollo más amplias recogidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ANEXO 1

Estimación del número de personas en tratamiento antirretroviral¹⁶

La estimación actual del número de personas que están recibiendo tratamiento antirretroviral se basa en el informe más reciente transmitido por el Ministerio de Salud, la oficina de la OMS o del ONUSIDA en el país u otra fuente fiable del país. Las cifras estimadas entrañan cierta incertidumbre respecto de los países que aún no han establecido sistemas para la comunicación periódica de cifras sobre nuevas personas que reciben tratamiento, tasas de observancia, personas que abandonan el tratamiento, personas a las que se ha perdido en el seguimiento y defunciones. Una fuente particular de incertidumbre es que los datos comunicados por los países a menudo no distinguen entre las personas que han comenzado el TAR alguna vez y aquellas que aún siguen en tratamiento (es decir, que siguen recogiendo sus medicamentos). La diferencia entre ambas cifras representa las pérdidas por abandono del tratamiento o por defunción.

Otra fuente de incertidumbre es la dificultad de medir el alcance de la prestación de tratamiento en el sector no estatal. A muchas personas se les proporcionan medicamentos en farmacias locales y dispensarios privados que no informan por medio de los canales habituales. Algunas empresas privadas pueden disponer de programas que apoyan el tratamiento para sus trabajadores con enfermedad avanzada por el VIH, pero en algunos casos los datos no son de fácil acceso.

Una tercera fuente de incertidumbre se debe al tiempo que transcurre entre el informe mundial, que corresponde a junio de 2005, y los informes de los países, que por lo general se refieren a un periodo anterior. Habida cuenta de la rapidez con que aumentan las cifras actualmente en muchos países, es necesario hacer una estimación de los incrementos mensuales y proyectarlos en junio de 2005. Así, las estimaciones a medio año se basan en proyecciones lineales simples de las cifras comunicadas utilizando la tendencia actual como indicador del crecimiento.

Debido a la incertidumbre que entraña realizar las estimaciones globales por países, en el cuadro 1 se indican los intervalos de incertidumbre para la estimación del número de personas en tratamiento correspondiente a junio de 2005. Respecto de los datos comunicados por los países, sean del sector público solamente o de los sectores público y privado combinados, se han utilizado intervalos de incertidumbre del 5% al 25% según la fortaleza del sistema de vigilancia. Para las cifras correspondientes al sector no estatal, que en un número reducido de países se comunicaron por separado, se utilizaron intervalos de incertidumbre del 10% al 40%.

El Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria son los principales financiadores de programas de TAR en los países en desarrollo. El primero se centra en 15 países de alta intensidad y proporciona cada seis meses estimaciones independientes del número de personas que reciben tratamiento. Esas cifras y las que proporciona el Fondo Mundial se utilizan para validar de forma cruzada las cifras comunicadas por los países. El Plan de Urgencia del Presidente de los Estados Unidos y el Fondo Mundial también colaboran para evitar el “doble recuento” de las personas en tratamiento. En diciembre de 2004, se calculaba que 63 000 personas estaban beneficiándose de ambas iniciativas. Algunas publicaciones han interpretado erróneamente que se había contado a 63 000 pacientes dos veces en la cifra estimada por la OMS/ONUSIDA de 700 000 personas en tratamiento con TAR a finales de 2004. Las estimaciones de la OMS/ONUSIDA se basan en informes de los países, no se obtienen añadiendo y contando dos veces los datos de otras procedencias.

Las estimaciones del número de personas que actualmente reciben TAR se validaron con informes de la industria farmacéutica sobre la cantidad de medicamentos antirretrovirales enviados a países en desarrollo. Los datos de la industria basada en la investigación, que colabora con arreglo a la Iniciativa para Acelerar el Acceso, y los informes de los fabricantes de genéricos indican que en el primer semestre de 2005 se distribuyeron alrededor de un millón de dosis-equivalentes a un paciente de tratamiento triple combinado. Además, los datos sobre tendencias procedentes de la industria farmacéutica basada en la investigación confirmaron la rápida y sostenida expansión del mercado de antirretrovirales en los países en desarrollo, a los que habían enviado medicamentos suficientes para 427 000 dosis-equivalentes a un paciente de TAR triple combinado para finales del primer trimestre de 2005.

¹⁶ Los detalles sobre la metodología pueden encontrarse en Boerma TJ, Stanecki K, Newell MK, Monitoring progress toward “3 by 5”: methods and update, presentado para su publicación.

Estimación de las necesidades de tratamiento

El ONUSIDA y la OMS han puesto a punto una metodología normalizada para estimar el alcance y el curso de la epidemia de SIDA que también genera estimaciones del número de nuevas infecciones por el VIH, casos de SIDA y defunciones debidas a la enfermedad.¹⁷ Esas cifras sirven para estimar el número de adultos que necesitan tratamiento teniendo en cuenta la madurez de la epidemia. En una epidemia joven y en crecimiento, será menor la proporción de personas infectadas por el VIH que necesiten iniciar el tratamiento que en una epidemia madura o en declive.

Dado que un número reducido pero cada vez mayor de países van siendo capaces de proporcionar cifras de tratamiento sobre niños menores de 15 años, en el presente informe se han incluido por primera vez las necesidades de tratamiento correspondientes al grupo de edad de 0 a 49 años. Esas estimaciones se realizaron en colaboración con el UNICEF.

La OMS recomienda que, cuando los recursos sean limitados, los adultos y los adolescentes infectados por el VIH comiencen el TAR cuando la infección haya quedado confirmada y existan signos de enfermedad clínica avanzada.¹⁸ Algunos estudios han demostrado que, en situaciones de escasez de recursos, la mediana del periodo de supervivencia para las personas con SIDA que no reciben TAR es de algo menos de un año. En condiciones ideales, las personas deben empezar a recibir tratamiento antes de que se manifieste el SIDA, una vez que presenten infección avanzada por el VIH. El número de personas con infección avanzada que necesitan iniciar el tratamiento se estima como el número de casos de SIDA durante el año en curso multiplicado por dos.

El número total de personas que necesitan TAR se calcula sumando el número de personas nuevas que necesitan TAR al número de personas que recibían tratamiento el año anterior y consiguieron sobrevivir hasta el año en curso. Como es posible que algunas de las personas que, según las proyecciones, van a presentar el SIDA en esos dos años ya hayan iniciado el tratamiento durante el año anterior, la cifra de personas que necesitan iniciar el TAR se ajusta restando aquellas que comenzaron el tratamiento el año anterior. Actualmente se supone que el 80-90% de las personas en tratamiento sobrevivirán hasta el año siguiente, dependiendo de cuándo hayan iniciado el tratamiento, la observancia de éste por el paciente, las pautas de fármaco resistencia, la calidad de la gestión clínica y otros factores.

Cobertura del TAR

El grado de cobertura es una medida del número de personas que están recibiendo TAR en junio de 2005 dividido por el número total de personas que se considera que necesitan tratamiento. Con este método se subestima ligeramente la cobertura, ya que el número estimado de personas que necesitan TAR incluye tanto a los niños como a los adultos y sólo una pequeña parte de los países proporciona datos de tratamiento correspondientes a los niños. Con todo, los niños sólo constituyen una pequeña proporción del número total de personas que reciben tratamiento, probablemente menos del 5%.

¹⁷ Walker N., Stanecki K.A., Brown T. et al., Methods and procedures for estimating HIV/AIDS and its impact: the UNAIDS/WHO estimates for the end of 2001, AIDS 2003, 17:2215-25.

¹⁸ Fase IV de la enfermedad por el VIH, con independencia del recuento de células CD4; fase III con recuento de células CD4 inferior a 350 células por mm³ o inmunodepresión grave demostrada en el laboratorio (recuento de células CD4 inferior a 200 por mm³) o, si no se dispone de esos datos, recuento de linfocitos inferior a 1200 por mm³ con enfermedad sintomática. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach, OMS, Ginebra, 2004.

ANEXO 2

Países prioritarios de “Tres millones para 2005”

A continuación se enumeran los 49 países que en diciembre 2003 fueron designados países prioritarios de la iniciativa “Tres millones para 2005” debido a su necesidad de apoyo técnico intensificado y recursos especialmente dedicados para la expansión del tratamiento antirretroviral y la aceleración de la prevención del VIH. En conjunto, esos 49 países representan una mezcla de prioridades mundiales y regionales. Los países prioritarios a escala mundial son los 34 que inicialmente fueron designados por la OMS como los que tenían la mayor necesidad no atendida de tratamiento; en conjunto representan el 93% de la necesidad no atendida de tratamiento en los países de bajos y medianos ingresos. Las oficinas regionales de la OMS designaron 15 países prioritarios más debido a su especial importancia estratégica debida a factores como el tamaño, la situación y las características de la epidemia (por ejemplo, epidemia en rápida expansión).

En junio de 2005, los 49 países representaban el 87% del total de niños y adultos que viven con VIH/SIDA en el mundo, el 78% de la mortalidad debida al SIDA en el mundo y el 89% de las personas que necesitan tratamiento en países de bajos y medianos ingresos. Seis países comprenden más del 50% de las necesidades de tratamiento en países de bajos y medianos ingresos: Etiopía, la India, Nigeria, Sudáfrica, Tanzania y Zimbabwe.

Países con carga elevada

1. Angola
2. Botswana
3. Burkina Faso
4. Burundi
5. Camboya
6. Camerún
7. República Centroafricana
8. China
9. Côte d'Ivoire
10. República Democrática del Congo
11. Etiopía
12. Ghana
13. Guatemala
14. Guinea
15. Haití
16. India
17. Kenya
18. Lesotho
19. Malawi
20. Mozambique
21. Myanmar
22. Namibia
23. Nigeria
24. Federación de Rusia
25. Rwanda
26. Sudáfrica
27. Sudán
28. Swazilandia
29. Uganda
30. Ucrania
31. República Unida de Tanzania
32. Viet Nam
33. Zambia
34. Zimbabwe

Países estratégicos en el plano regional

35. Belize
36. Costa Rica
37. Djibouti
38. El Salvador
39. Guyana
40. Honduras
41. Indonesia
42. Kazajstán
43. Kirguistán
44. Nicaragua
45. Panamá
46. Somalia
47. Tayikistán
48. Uzbekistán
49. Yemen

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
<http://www.who.int/3by5>

ISBN 92 4 359339 0



9 789243 593395