



Tres millones para 2005

Informe sobre los progresos realizados

Diciembre de 2004



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

ACNUR • UNICEF • PMA • 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.

Tres millones para 2005 : informe sobre los progresos realizados.

1.Infecciones por VIH 2.SIDA 3.Terapia antiretroviral altamente activa 4.Planificación estratégica
5.Cooperación intersectorial 6.Organización Mundial de la Salud 7.ONUSIDA I.Título II.ONUSIDA

ISBN 92 4 359275 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

Prólogo	5
Resumen de orientación	6
Introducción	9
Avances en cifras	11
Estimación del número de personas que están recibiendo TAR	12
El tratamiento es eficaz.....	13
Las dificultades para garantizar el acceso	14
Avances en los países	17
Botswana: los dirigentes políticos muestran el camino	17
Camboya: coordinación a escala nacional.....	19
Camerún: despliegue del asesoramiento y las pruebas	20
Haití: el Fondo Mundial ayuda a dar un vuelco a la situación	21
Mozambique: primeras medidas en pos de un objetivo ambicioso	22
Tailandia: despliegue en todos los distritos	23
Zambia: un programa en rápida expansión	24
Compartir la tarea	25
Los puntos más reseñables de las alianzas	25
Los elementos fundamentales de la iniciativa “Tres millones para 2005”	29
Asesoramiento y pruebas del VIH	30
Tuberculosis y VIH/SIDA	30
Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas.....	32
Prevención de la infección por el VIH en los lactantes.....	32
La prevención y el tratamiento van unidos.....	33
La preparación para el tratamiento	33
Medicamentos y pruebas diagnósticas para el SIDA	34
Formación de los profesionales sanitarios	36
Garantía de la calidad y acreditación	38
Seguimiento del tratamiento.....	38
Farmacorresistencia	39
Investigación operativa	39
Asistencia domiciliaria	39
Tratar a los niños.....	40
El VIH/SIDA y los sistemas sanitarios.....	42

El camino a seguir: los retos de 2005	45
Anexo 1. Datos por región de la OMS y métodos utilizados para estimar el número de personas que reciben TAR y que lo necesitan	49
Anexo 2. Número estimado de personas que reciben TAR y de personas que lo necesitan, y porcentaje de cobertura, por países en desarrollo y en transición; diciembre de 2004a.....	52
Anexo 3. Avances de los organismos de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA.....	58
Anexo 4. Comparación entre resultados y objetivos de la iniciativa “Tres millones para 2005”	64

Prólogo

El Día Mundial del SIDA 2003, la OMS y el ONUSIDA fijaron una meta ambiciosa: para el año 2005, tres millones de personas de países en desarrollo y en transición infectadas por el VIH/SIDA estarían recibiendo tratamiento antirretroviral. Esta meta de “tres millones para 2005” se recibió con comprensible escepticismo.

Era un riesgo que debíamos correr.

La iniciativa “Tres millones para 2005”, fundada en el derecho al tratamiento y cuya labor se basa en años de trabajo de gobiernos, donantes y la sociedad civil, aspira a infundir esperanza y energía a las comunidades que han quedado en gran medida paralizadas por el devastador tributo de la epidemia. Por otra parte, estábamos convencidos de que todo el sistema de las Naciones Unidas, y en particular la OMS, podría ayuda mucho mayor a los países para la dispensación de tratamiento a las comunidades más pobres y afectadas.

Coincidiendo con la presentación de nuestro segundo informe sobre los progresos realizados estamos siendo testigos de la aparición de una sinergia increíble, fruto de alianzas estratégicas entre diversos sectores. El esfuerzo mundial por lograr la meta de tres millones de personas en tratamiento para 2005 está cobrando impulso y es obvio que la aspiración se ha hecho realidad.

Los avances de la segunda mitad de 2004 han sido espectaculares: en diciembre se alcanzó el hito de 700 000 personas en tratamiento con antirretrovirales. En la actualidad ha ido tomando forma un notable movimiento internacional en torno a la meta de “tres millones para 2005” y, lo que es más importante, muchos países han demostrado su liderazgo con medidas como el incremento de sus propios compromisos políticos y económicos, la movilización de recursos humanos y una eficaz incorporación de asociados para la ampliación masiva del acceso al tratamiento. No cabe duda de que el éxito de la iniciativa “Tres millones para 2005” dependerá en último término de que los gobiernos se mantengan firmes en sus compromisos y continúen su labor.

Las alianzas se han convertido en uno de los principales motores de la ampliación del acceso al tratamiento del VIH/SIDA. A escala nacional se están obteniendo respuestas sin precedentes por parte de los sectores público y privado, de cuidadores, activistas, comunidades confesionales y medios de comunicación. En el plano internacional, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, el Banco Mundial, la Fundación Clinton, Médicos sin Fronteras (if we translate before the acronyms, we should translate all of them) y muchos otros asociados han desempeñado un papel decisivo.

Asimismo, nos complace informar de que, según los datos iniciales, en los países en desarrollo las tasas de observancia terapéutica y de éxito del tratamiento son similares, cuando no superiores, a las de los países industrializados y prósperos. A medida que, gracias al tratamiento, la salud de las personas que viven con el VIH/SIDA va mejorando, empezamos a ver el impacto rejuvenecedor en las familias, las comunidades y las economías. Con el paulatino aumento del acceso al tratamiento surgen más oportunidades de promover la prevención, la cual deberá articularse en servicios eficaces, ya que de ello depende la sostenibilidad del tratamiento.

Como refleja el presente informe, aún quedan por afrontar numerosas dificultades reales, pero no insalvables. Con miles de millones de dólares a su disposición, un rápido incremento de la voluntad política y una oleada de demanda de tratamiento antirretroviral en la población, la meta de la iniciativa “Tres millones para 2005” puede desempeñar un papel decisivo en cuanto a centrar la atención e impulsar la acción. Para alcanzar y superar juntos esta meta es fundamental que exista un firme compromiso con el bienestar de las personas que viven con el VIH/SIDA.



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

Panorama estadístico

En la segunda mitad de 2004, el número de habitantes de países en desarrollo y en transición que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR) aumentó espectacularmente de 440 000 a una cifra estimada en 700 000. Ésta representa el 12% de los aproximadamente 5,8 millones de personas que hoy día necesitan tratamiento en dichos países, y comprende a la población que está recibiendo TAR financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, el Banco Mundial y otros asociados.

En el África subsahariana, el número de personas en tratamiento se duplicó de 150 000 a 310 000 en apenas seis meses. Por países, Botswana, Kenya, Sudáfrica, Uganda y Zambia han visto aumentar esta cifra en más de 10 000 personas cada uno de ellos. Se estima que en Botswana, Namibia y Uganda la cobertura del TAR representa más de la cuarta parte de las personas que lo necesitan, y en 13 países de la región supera el 10%. Esta región tiene ya bastantes más de 700 puntos que pueden dispensar TAR.

En Asia oriental, meridional y sudoriental había 100 000 personas en tratamiento a finales de 2004, el doble de lo notificado seis meses antes. A la cabeza de los avances se sitúa Tailandia, que ha ampliado el acceso al TAR a todos los distritos mediante más de 900 puntos de dispensación de antirretrovirales y cada mes suma a más de 3000 personas a la lista de pacientes en tratamiento.

En América Latina y el Caribe sigue mejorando el acceso al TAR. Aquí, es Brasil el que encabeza los progresos, puesto que ofrece el acceso a toda la población, pero se estima que otros nueve países tienen tasas de cobertura superiores al 50%. En Europa Oriental, Asia Central, Norte de África y Oriente Medio los avances han sido en general mucho más lentos.

Los datos iniciales demuestran que en los países en desarrollo las tasas de éxito del tratamiento son tan buenas como en los países industrializados y prósperos. La observancia de las pautas terapéuticas alcanza el 90% y sus efectos beneficiosos en los individuos son espectaculares, con tasas de supervivencia superiores al 90% después de un año y al 80% después de dos años de TAR.

Logros nacionales

Para lograr esta rápida expansión ha sido decisivo el valiente compromiso público de los gobiernos de los países afectados, que han otorgado prioridad fiscal a las intervenciones en materia de VIH/SIDA y las han convertido en un tema constante de divulgación. Dirigidos por consejos nacionales del SIDA eficaces y dinámicos, muchos países están superando sus metas nacionales y demostrando que la meta mundial de “tres millones para 2005” puede lograrse si los países encabezan la acción, sacan el máximo partido a sus recursos y reclutan eficazmente a nuevos asociados.

En varios países, el aumento del número de puntos de dispensación de antirretrovirales ha ido seguido de una espectacular mejora del acceso al tratamiento. En general, la cifra de mujeres que lo reciben ha aumentado tan rápidamente como la de hombres, pero la cuestión del tratamiento de los niños sigue desatendida.

Estrecha colaboración

En los últimos 12 meses ha ido tomando forma un notable movimiento internacional en torno a la meta de “tres millones para 2005”. Las alianzas, tanto a escala nacional como mundial, se encuentran entre los principales motores de la ampliación masiva del acceso al tratamiento del VIH/SIDA. En los países se ha producido una respuesta sin precedentes de los sectores público y privado. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y el Banco Mundial han tomado como base las labores en curso en muchos países afectados y han desempeñado un papel crucial en la ampliación masiva del acceso al tratamiento. Sus nuevos compromisos económicos de elevada cuantía han facilitado grandemente las actividades en los países, han amplificado las respuestas de otros donantes y, en general, han estimulado las iniciativas de sensibilización.

Los elementos fundamentales de la ampliación masiva del acceso al TAR

En muchos lugares se han implantado varios elementos clave de los programas de TAR, como la ampliación del acceso al asesoramiento y las pruebas del VIH; la integración del TAR y los programas de lucha antituberculosa; la mejora del acceso y la integración de los servicios de atención y apoyo; la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño; la dispensación de medicamentos y pruebas diagnósticas; la formación de profesionales, miembros de la comunidad y personas que viven con el VIH/SIDA; el desarrollo de sistemas para el seguimiento y la supervisión de las personas en tratamiento; y la institucionalización de la investigación operativa para materializar una experiencia arduamente adquirida en programas basados en pruebas científicas y adaptados a las condiciones locales. Si se gestiona con inteligencia, la ampliación masiva del TAR puede fortalecer tanto los programas de prevención del VIH como el sistema sanitario en general.

Durante la segunda mitad de 2004, cada mes se incorporaban al tratamiento entre 40 000 y 50 000 personas más en todo el mundo, pero hay enormes obstáculos al logro de la meta en 2005. Muchos de los avances han sido irregulares desde el punto de vista geográfico: todavía quedan demasiadas zonas de los países con alta carga de morbilidad en las que faltan elementos fundamentales.

En último término, el éxito de la iniciativa “Tres millones para 2005” está determinado por las acciones emprendidas a escala nacional por los gobiernos, la sociedad civil, los dispensadores de atención de salud y las organizaciones asociadas. En cada país, la voluntad política al máximo nivel posible será decisiva para determinar si se conseguirá la meta marcada. A los gobiernos también puede animarles la flexibilidad y la creatividad de la que ya han dado prueba donantes destacados para dirigir los fondos adonde más se necesitan, pero sus esfuerzos deben ahora trasladarse al siguiente nivel. Dados los actuales costes del sistema, se necesitará una financiación adicional sostenida de al menos US\$ 2000 millones por parte de los gobiernos nacionales y los financiadores externos para ofrecer acceso al TAR a aproximadamente 2,3 millones de personas.

El déficit de recursos es sólo uno de los muchos obstáculos considerables a los que nos enfrentamos. El coste de los antirretrovirales para los países y los individuos es una cuestión que suscita particular inquietud, al igual que la distribución geográfica de los servicios relacionados con el VIH y los recursos humanos. Persiste la urgente necesidad de mejorar las infraestructuras de dispensación de asistencia y tratamiento. Las organizaciones que trabajan en el ámbito del VIH/SIDA deben velar por que sus iniciativas ofrezcan soluciones reales a los problemas también muy reales con los que se enfrentan los países. Con todo, los avances logrados en 2004 han sentado las bases para un extraordinario impulso en pos de la meta de tres millones de personas en tratamiento para el final de 2005.



Introducción

La OMS y el ONUSIDA se esfuerzan por mantener actualizada la información sobre los rápidos cambios que experimenta el panorama de la pandemia del VIH, para lo cual notifican semestralmente los avances hacia la meta “tres millones para 2005”. La primera puesta al día se presentó en la XV Conferencia sobre el SIDA, celebrada en Bangkok (Tailandia) en julio de 2004.

Este segundo informe cuantifica los progresos logrados por los países y describe el apoyo que les están prestando los asociados internacionales. Resume también cómo se están aplicando los elementos fundamentales de los programas de tratamiento antirretroviral (TAR) y se están abordando otras cuestiones distintas de éste.

Se ofrecen ejemplos de los avances en los países, una estimación del número de personas en tratamiento en el mundo y una evaluación de la eficacia del TAR. Se señalan, asimismo, algunos de los problemas surgidos en entornos de recursos limitados y se describe cómo se están resolviendo mediante la mejora de los sistemas de atención de salud, la vinculación de prevención y tratamiento, y el acceso equitativo a una atención de calidad.

El informe está basado en notificaciones y actualizaciones procedentes de decenas de organizaciones internacionales, nacionales y locales implicadas en la ampliación del acceso al TAR. Damos las gracias a todos los que han contribuido a su elaboración. Los departamentos centrales, regionales y nacionales de la OMS han trabajado con los gobiernos de los países y las organizaciones no gubernamentales para allegar la información más reciente sobre la ampliación. La Secretaría del ONUSIDA y los Copatrocinadores del ONUSIDA han reunido datos sobre la forma en que los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales internacionales están materializando en acciones el compromiso, en rápida expansión, con la iniciativa “Tres millones para 2005”.

Muchos de los asociados en la ampliación del acceso al TAR han compartido sus experiencias sobre el terreno. La OMS, el ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y el Banco Mundial han participado en reuniones especiales en las que han puesto en común datos e informes con objeto de que el presente documento de consenso pueda ofrecer las estimaciones más exactas.

La notificación de los resultados del esfuerzo intensivo por obtener información ocuparía sin duda cientos de páginas. Por ello, en los informes semestrales de evolución de la iniciativa “Tres millones para 2005” hemos optado por centrarnos en los temas más frecuentes e importantes surgidos en las notificaciones y por ilustrarlos con ejemplos aportados por los países y las organizaciones asociadas. Los datos que ofrece este informe proceden íntegramente de los ministerios de salud, salvo que la documentación nacional no recoja todos los proyectos de tratamiento, en cuyo caso se ha completado con cifras aprobadas de programas de ayuda financiados desde el exterior.



Avances en cifras

Los últimos seis meses han sido testigos de espectaculares avances hacia la meta de los tres millones de personas en tratamiento para 2005. Entre junio y diciembre de 2004, el número de habitantes de países en desarrollo y en transición que estaban recibiendo TAR creció hasta 700 000 aproximadamente (estimación baja: 630 000; estimación alta: 780 000) (Fig. 1). La tendencia ascendente la encabezan en particular los países del África subsahariana, en los que el número de personas en tratamiento con antirretrovirales se ha duplicado.

La cifra de 700 000 representa aproximadamente el 12% de los 5,8 millones de adultos que se estima que necesitan TAR en los países en desarrollo y en transición. Comprende a las personas que están recibiendo tratamiento financiado por programas nacionales, organizaciones no gubernamentales, el sector privado, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, el Banco Mundial y otros asociados.

Fig. 1. Número de personas que reciben TAR en países en desarrollo y en transición, por región, 2002-2004

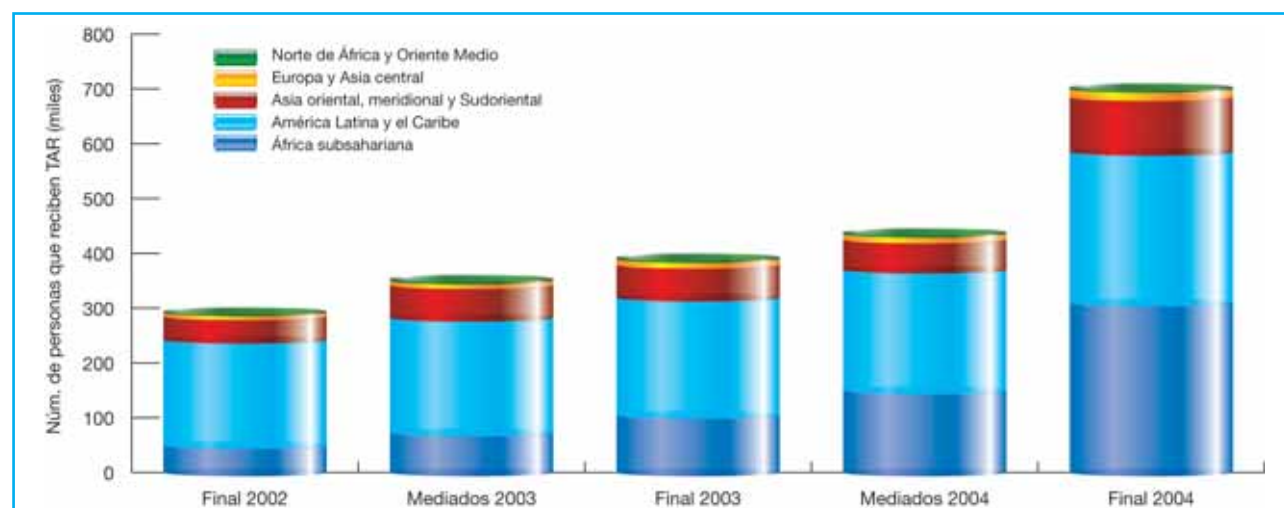


Tabla 1. Número estimado de personas que reciben TAR y que lo necesitan, y porcentaje de cobertura en países en desarrollo y en transición, por regiones; diciembre 2004^{a,b}

Región geográfica	Núm. estimado de personas que reciben TAR, diciembre 2004 (estimación baja-estimación alta) ^c	Núm. estimado de personas de 15-49 años que necesitan TAR, 2004 ^d	Cobertura del TAR, diciembre 2004 (%) ^e	Núm. estimado de personas que reciben TAR, junio 2004
África subsahariana	310 000 [270 000–350 000]	4 000 000	8%	150 000
América Latina y el Caribe	275 000 [260 000–290 000]	425 000	65%	220 000
Asia oriental, meridional y sudoriental	100 000 [85 000–115 000]	1 200 000	8%	55 000
Europa y Asia central	15 000 [13 000–17 000]	150 000	10%	11 000
Norte de África y Oriente Medio ^f	4 000 [2 000–6 000]	55 000	7%	4 000
Total	700 000 [630 000–780 000]	5.8 millones	12%	440 000

Nota: la suma no exacta debido al redondeo

^a En el anexo 1 se explican los métodos utilizados y se incluye una tabla con los mismos datos distribuidos por regiones de la OMS. El anexo 2 presenta los datos por países.

^b Todos los países, excepto los de Europa occidental y Australia, Bahamas, Bahrein, Brunei, Canadá, Chipre, Granada, Israel, Japón, Kuwait, Nueva Zelandia, Qatar, República de Corea, Singapur, Emiratos Árabes Unidos y Estados Unidos de América.

^c Algunos países notifican el número de menores de 15 años que están recibiendo TAR y se han incluido en esta tabla. Los datos preliminares muestran que, en conjunto, menos del 5% de las personas que están recibiendo TAR son menores de 15 años.

^d La cifra es el punto medio entre la estimación baja y la alta del número de defunciones por SIDA y el número de casos de SIDA. Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en el anexo 1. Las estimaciones de los países pueden diferir en función de los métodos utilizados en cada uno de ellos.

^e Estimación óptima de la cobertura basada en el punto medio entre el número de personas que están recibiendo TAR y el de las que se estima que lo necesitan.

^f Con la excepción de Turquía, no se han recibido actualizaciones de esta región desde junio de 2004.

Varios países africanos han logrado enormes avances durante la segunda mitad de 2004. El número de puntos de dispensación de TAR ha sobrepasado ampliamente los 700, y ello ha disparado la cifra de personas que han empezado a recibirlo. Botswana, Kenya, Sudáfrica, Uganda y Zambia la han visto crecer, cada uno de ellos, en más de 10 000 personas. Se estima que en Botswana, Namibia y Uganda la cobertura del TAR abarca a más de la cuarta parte de las personas que lo necesitan, y en 13 países de la región supera el 10%. Aun así, la cobertura general sigue siendo baja en el África subsahariana, en torno al 8% (tabla 1; en el anexo 1 se presentan los resultados por regiones de la OMS).

También en Asia oriental, meridional y sudoriental ha aumentado rápidamente el número de personas en tratamiento, desde unas 50 000 en junio de 2004 a 100 000 en diciembre de ese mismo año (tabla 1). La mayor parte de este aumento corresponde a Tailandia. Las cifras de personas en tratamiento en América Latina y el Caribe han seguido aumentando de forma constante, hasta 275 000, lo que se estima que corresponde a dos terceras partes de todas las personas que lo necesitan. El Brasil, por sí solo, tenía a 154 000 personas en tratamiento en diciembre de 2004.

Los países de Europa y Asia Central han notificado aumentos modestos, cifrados en 15 000 personas en tratamiento. Los países del Norte de África y Oriente Medio han ofrecido poca información nueva (tabla 1), lo que explica que, en los totales mundiales, sus cifras se mantengan en los niveles de junio de 2004, aunque se están haciendo nuevos esfuerzos por ampliar el acceso al tratamiento.

Estimación del número de personas que están recibiendo TAR

Las cifras mundiales son unos indicadores poderosos y tranquilizadores de los avances. Confiamos en que las actuales sean de mucha mayor calidad que cualquiera de los datos anteriores sobre el TAR, pero deben interpretarse a la luz de unos sistemas de seguimiento de las personas tratadas que, en muchos lugares, todavía se están adaptando a las condiciones locales. Las cifras se basan en datos notificados por los países en informes escritos o comunicaciones personales de informantes clave. Los datos se han cotejado con otras fuentes, como informes de donantes u organizaciones no gubernamentales, y se ha intentado por todos los medios evitar la duplicación de recuentos.

En condiciones ideales, los informes de los países deberían distinguir entre las personas que empiezan el tratamiento con antirretrovirales, las que no lo cumplen y las que han muerto. Por ejemplo, Botswana notificó que 21 267 personas habían empezado a recibir el tratamiento en consultorios públicos entre enero de 2002 y septiembre de 2004, pero de ellas murieron 1761 (8%). Este grado de detalle ha sido difícil de lograr en algunos países cuyos sistemas de seguimiento todavía están en construcción.

Es difícil cuantificar el TAR dispensado en el sector privado. Muchas personas reciben los medicamentos a través de farmacias locales y consultorios privados que rara vez notifican sus actividades a la administración pública, y numerosas empresas privadas disponen de programas de financiación del TAR para los trabajadores con infección avanzada por el VIH que no se incluyen en las estimaciones. También en este aspecto Botswana es un ejemplo de buena práctica, puesto que ha notificado que casi una cuarta parte de las personas que reciben TAR lo obtienen a través del sector privado. Sin embargo, en muchos casos las personas que acuden a servicios de salud ajenos al sector público no quedan reflejadas en las estadísticas oficiales.

Se produce, además, un desfase temporal entre la notificación mundial, que corresponde al final de 2004, y la notificación nacional, referida generalmente a un momento anterior. Dado el rápido aumento que están experimentando las cifras, es preciso estimar y proyectar las tendencias con respecto a un periodo uniforme. Así, las estimaciones para el final de 2004 se basan en proyecciones lineales simples de las cifras notificadas, tomando la tendencia actual como indicador del crecimiento y teniendo en cuenta la mortalidad.

Por consiguiente, es probable que la estimación mundial sea inferior a la cifra real de personas en tratamiento, porque todos los datos apuntan a un aumento muy rápido tanto del número de centros como del de personas en tratamiento. Dada la incertidumbre de las estimaciones globales por países, en los anexos 1 y 2 se ofrecen estimaciones bajas y altas. Se calcula que el número de personas en tratamiento con antirretrovirales está comprendido entre 630 000 y 780 000. Los anexos explican también en detalle cómo se obtuvieron las cifras de personas en tratamiento y las de personas que lo necesitan.

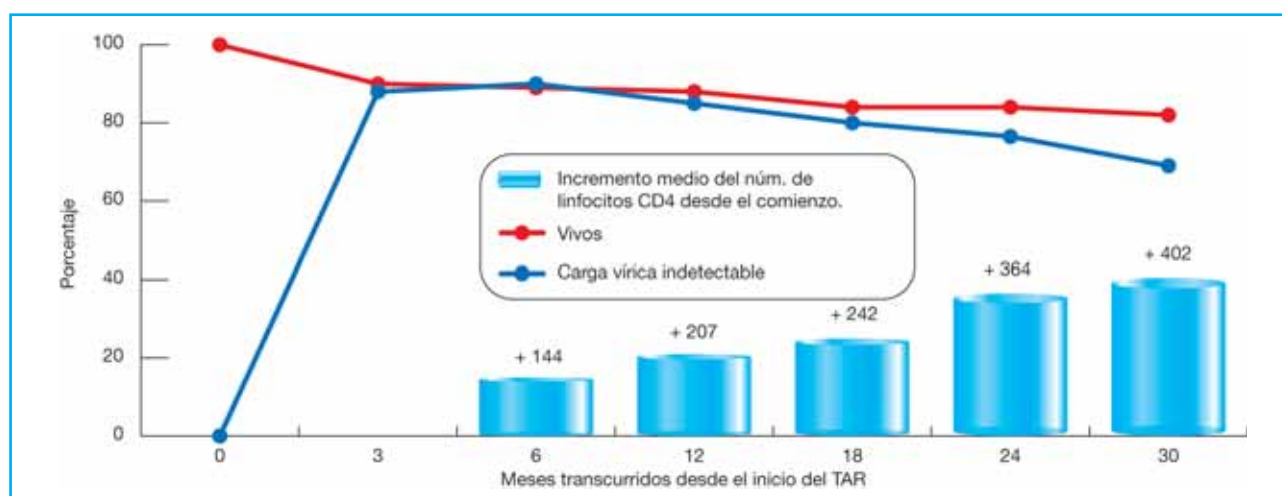
El tratamiento es eficaz

Varios programas nacionales y centros de tratamiento han proporcionado pruebas científicas abrumadoras de que es posible dispensar eficazmente una triterapia antirretroviral de gran actividad en el VIH/SIDA. Durante años, la mayoría de los ejemplos de programas de tratamiento eficaces procedían de países industrializados. Brasil ha demostrado claramente que un país de ingresos medios puede también dispensar TAR a través del sector público y lograr así el acceso universal al tratamiento con excelentes resultados.¹ Estos precedentes animan al mundo a confiar en que la voluntad política puede hacer realidad el acceso al tratamiento en los países en desarrollo y en transición.

Son muchos los que han cuestionado que se pueda lograr una eficacia terapéutica semejante en regiones con recursos limitados y una carga de VIH/SIDA mucho mayor, las cuales requieren un enfoque de salud pública menos orientado al médico y más uniforme. Sin embargo, nuevos datos han demostrado que en el caso del TAR dicho enfoque puede lograr resultados excepcionales en muchos países en desarrollo.

Las tasas de observancia terapéutica han sido altas en la inmensa mayoría de los proyectos de demostración y los servicios que están empezando a funcionar. Por ejemplo, en un programa de TAR de base comunitaria emprendido por Médicos sin Fronteras (MSF) en el municipio de Khayelitsha (Ciudad de Cabo, Sudáfrica), las autonotificaciones de observancia revelaron que el 90% de las personas en tratamiento tomaban más del 95% de la medicación prescrita² (Fig. 2). Una iniciativa patrocinada por el Gobierno de Senegal ha mantenido buenas tasas de observancia (80-90%) durante un periodo de entre dos y tres años.³

Fig. 2. Éxito del TAR en Khayelitsha (Cabo Oriental, Sudáfrica), 2002-2004



Aún más importante es el hecho de que, según datos empíricos, la eficacia del tratamiento sea similar a la registrada en Europa y los Estados Unidos cuando se empezó a utilizar la triterapia. En Entebbe (Uganda), más del 90% de las personas con cifras de linfocitos CD4 inferiores a 200 siguen vivas después de 15 meses de TAR.⁴ Sólo el 50% de un grupo de adultos con niveles similares de inmunodepresión y sin acceso al TAR estaban vivos después de 15 meses (Recuadro 1). Botswana ha notificado tasas de supervivencia similares (91%) después de 15 meses de tratamiento.

En Khayelitsha y en Senegal, el 80% de las personas que reciben TAR siguen vivas después de 30 meses de seguimiento.⁵ La probabilidad global de supervivencia de las cerca de 7000 personas que estaban recibiendo TAR en consultorios financiados por MSF en varios países era del 85% después de 24 meses

¹ Marins JRP et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675-1682.

² Coetzee D et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS*, 2004, 18:887-895. Goemaere E et al. Evolving experience after three years of ART in Khayelitsha. *MedGenMed*, 2004, 6(3) [eJIAS, 2004, 11(1): ThPeB7249] (http://www.iasociety.org/ejias/show.asp?abstract_id=2169310, consultado el 31 de diciembre de 2004).

³ Laurent C et al. Long-term benefits of highly active antiretroviral therapy in Senegalese HIV-1 infected adults. *Journal of AIDS*, 2005, 38:14-17.

⁴ Datos suministrados por el equipo de Development of Antiretroviral Therapy in Africa (DART) de Uganda.

⁵ Véase las notas 2 y 3.

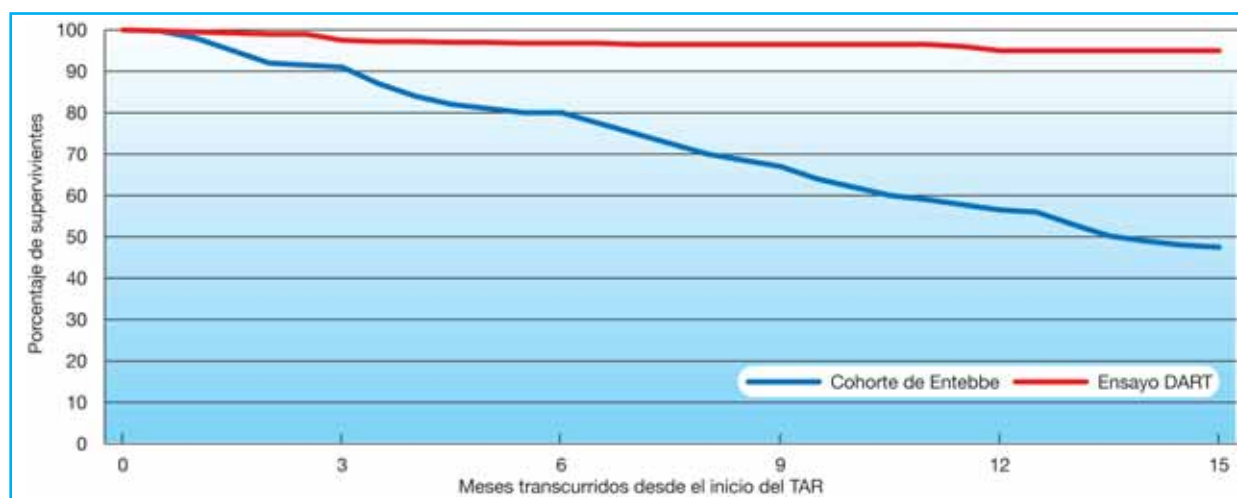
de tratamiento.⁶ Los efectos del tratamiento sobre la inmunidad y la carga vírica eran similares a los de los programas de tratamiento en los países industrializados. Botswana, por ejemplo, notificó que el 85% de las personas en tratamiento con antirretrovirales mostraban una completa supresión de la carga vírica a los seis meses. A los 15 meses, el peso medio de estas personas había aumentado 10 kg y la cifra media de linfocitos CD4 había aumentado en 220.⁷

Recuadro 1. Éxito del tratamiento en Entebbe (Uganda)

En Entebbe (Uganda), muchos adultos con infección por el VIH/SIDA han dado su consentimiento para participar en ensayos clínicos de intervenciones orientadas a reducir la morbilidad. Algunas de ellas, como la profilaxis con isoniazida y la combinación de trimetoprim y sulfametoxazol, resultaron eficaces. No así otras, como la vacuna contra *Pneumococcus* spp., principales responsables de las neumonías bacterianas. La supervivencia global de los integrantes de la cohorte de Entebbe con cifras de linfocitos CD4 inferiores a 200 era corta y similar a la observada en los primeros tiempos de la epidemia de VIH/SIDA en los Estados Unidos de América.

Desde enero de 2003 se tiene acceso al TAR a través del ensayo DART (Development of Antiretroviral Therapy in Africa), y más de 1050 personas con cifras de linfocitos CD4 inferiores a 200 han empezado a recibir triterapia. La supervivencia ha mejorado espectacularmente: en lugar de una mortalidad del 50%, después de 15 meses de seguimiento, más del 90% de los participantes en el ensayo siguen vivos y la mayoría han reanudado sus actividades habituales (Fig. 3).

Fig. 3. Supervivencia de las personas que reciben TAR a través del ensayo DART en comparación con las de la cohorte de Entebbe que reciben otras intervenciones, Entebbe (Uganda), 2004^a



^a DART: Development of Antiretroviral Therapy in Africa.

Las dificultades para garantizar el acceso

Garantizar el acceso a la atención y el tratamiento es la piedra angular de la iniciativa “Tres millones para 2005”. La tarea plantea enormes dificultades, y una de las primeras medidas para encararlas consiste en desarrollar sistemas de información que lleven a cabo un seguimiento satisfactorio de la equidad entre los sexos y de los recursos para atender a las personas pobres y marginadas.

El informe *Situación de la epidemia de SIDA 2004* del ONUSIDA y la OMS⁸ destaca la necesidad de abordar cuestiones relacionadas con las mujeres y los niños desde el punto de vista de la prevención y el tratamiento. En los países en desarrollo, viven con el VIH/SIDA 17,2 millones de mujeres, que representan el 48% de la población adulta infectada, y llegan al 57% en el África subsahariana. Las necesidades en materia de

⁶ Datos suministrados por la oficina de MSF en Ginebra (Suiza); resultan de combinar los datos correspondientes a centros de 27 países.

⁷ De Korte D et al. *Introducing ARV therapy in the public sector in Botswana. Case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/botswana/en, consultado el 31 de diciembre de 2004).

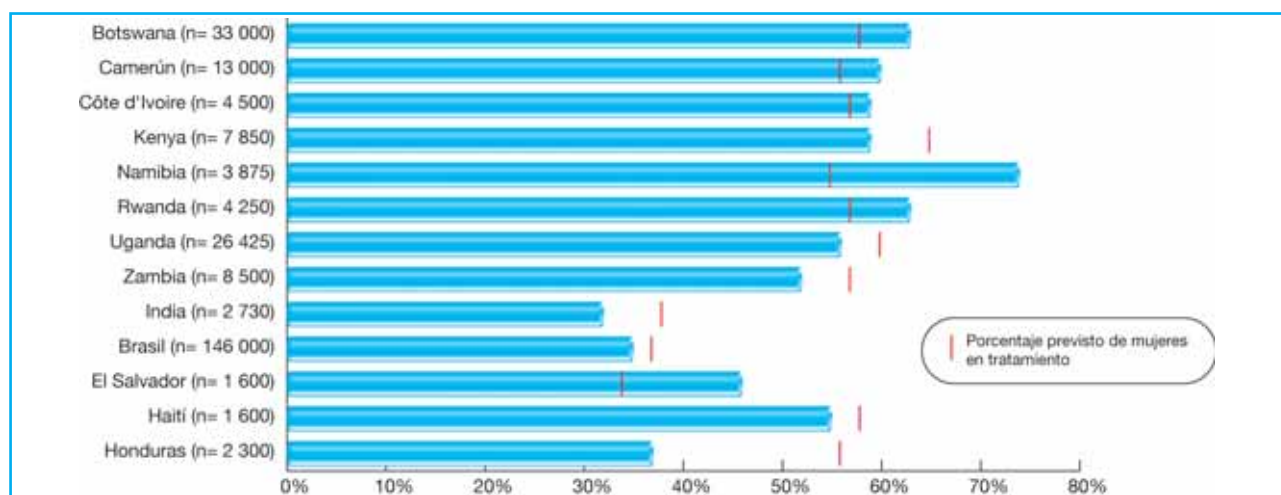
⁸ ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud. *AIDS epidemic update 2004*. Ginebra, ONUSIDA, 2004 (<http://www.unaids.org/wad2004/report.html>, consultado el 31 de diciembre de 2004).

tratamiento pueden diferir según el estadio y la evolución de la epidemia, pero en último término el número de personas tratadas debería reflejar estas mismas proporciones.

Aunque muchos países no notifican las cifras de tratamiento por sexos, disponemos de datos de diversos países o lugares de América Latina, el Caribe y el África subsahariana. En la figura 4 se compara la proporción de adultos en tratamiento que son mujeres con la proporción prevista de acuerdo con la prevalencia del VIH.

Las cifras indican que, en la mayoría de los países, la proporción de mujeres en tratamiento es aproximadamente igual a la de hombres. Sin embargo, en Namibia predominan sobre los varones, y en Honduras y, en menor grado, en la India se da la situación inversa. Es fundamental impulsar el seguimiento por sexos del acceso a los programas de TAR y de su utilización.

Fig. 4. Porcentaje de adultos que reciben TAR y son mujeres, comparado con el porcentaje previsto; informes de países o de centros, 2004^a



^a El porcentaje previsto de mujeres en tratamiento con antirretrovirales se basa en el porcentaje de personas que viven con el VIH/SIDA que son mujeres.

También deben supervisarse otras facetas de la equidad; en particular, preocupa el acceso de los pobres al tratamiento. Se empezará por desplegar nuevos programas de tratamiento en áreas urbanas en las que ya existen recursos humanos e infraestructuras. Es importante garantizar que las poblaciones de zonas rurales tengan acceso a la atención durante el tiempo en que en sus comunidades se estén desarrollando y poniendo en marcha los sistemas de tratamiento. La expansión de los programas de TAR a dichas zonas planteará especiales dificultades, pero hay ejemplos de programas rurales eficaces en los que los agentes de salud comunitarios desempeñan un papel decisivo, como en Haití.

Entretanto, incluso allí donde existen servicios, éstos deben estar al alcance de todos los miembros de la comunidad. En Zambia, la utilización del TAR aumentó rápidamente cuando se abolieron las tasas de usuario, sobre todo entre las mujeres, lo que pone de relieve la importancia de reducir las barreras económicas al acceso.

También preocupa el acceso al tratamiento de los grupos marginales, como los trabajadores sexuales y los consumidores de drogas inyectables, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, la población penitenciaria y, en algunos entornos, los inmigrantes o grupos de minorías étnicas. Brasil y los "consultorios triangulares" de Kermanshah (República Islámica del Irán)⁹ ofrecen buenos ejemplos de cómo encarar las necesidades especiales de los consumidores de drogas inyectables. Aun así, queda mucho por hacer para atender a esta población.

⁹ Oppenheimer E, Hernandez Aceijas C, Stimson G. *Treatment and care for drug users living with HIV/AIDS*. Londres, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Imperial College, 2003 (http://www.ahrn.net/img/document/Treatment_care_for_DUs.pdf, consultado el 31 de diciembre de 2004).



Avances en los países

La respuesta de los países muy afectados a la emergencia mundial de salud ha sido fruto de un proyecto conjunto de los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado. En varios casos, los valerosos esfuerzos han dado paso a avances notables, a menudo en circunstancias fiscales, políticas y sociales muy difíciles. Una proporción considerable de los fondos para la ampliación del acceso ha llegado de los propios países, y ello pese a la competencia de muchas otras prioridades urgentes. En los últimos meses han surgido rápidamente consejos nacionales del SIDA y otros organismos coordinadores, a veces casi de la nada. Muchos países se han fijado metas numéricas concretas de personas en tratamiento con antirretrovirales para el final de 2005.

Botswana: los dirigentes políticos muestran el camino

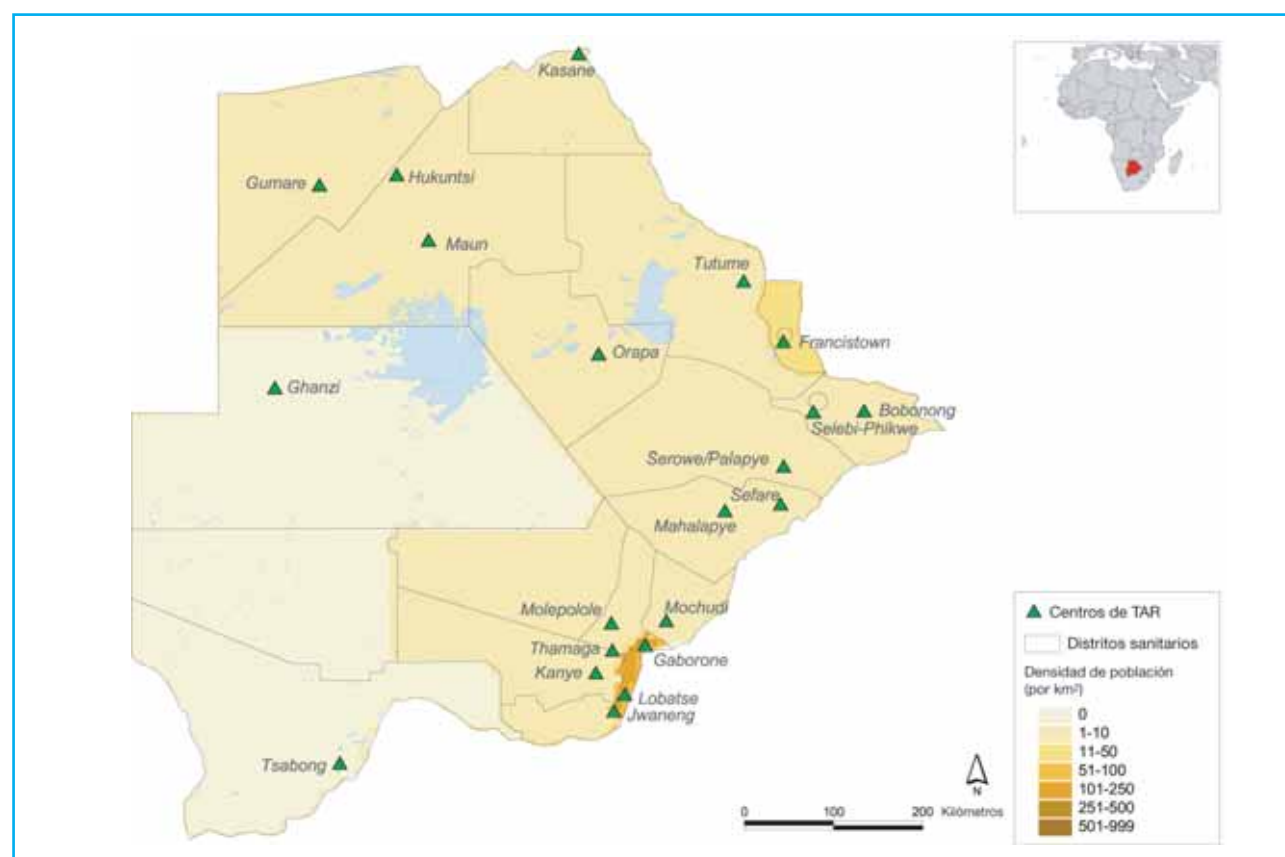
En Botswana, donde una de cada tres embarazadas es seropositiva para el VIH, el liderazgo y las alianzas público-privadas están mejorando considerablemente la situación.

Enfrentado a la segunda tasa mundial de prevalencia del VIH, el Gobierno ha dado prioridad al VIH/SIDA y se ha planteado la atractiva aspiración, a largo plazo, de no tener nuevas infecciones por el VIH en 2016, cuando el país celebre el cincuentenario de su independencia.

Uno de los primeros pasos fue crear una alianza público-privada, la African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships, con la Fundación Bill y Melinda Gates, The Merck Company Foundation y el laboratorio farmacéutico Merck & Co., Inc.

Los programas de dispensación de TAR se iniciaron en enero de 2002, empezando por el hospital de referencia Princess Marina de la capital, Gaborone. En 2003 eran ya 12 los centros que ofrecían tratamiento, y en 2004 ascendían a 23 y cubrían todos los distritos, excepto dos (Fig. 5). El programa se está extendiendo también de los hospitales a los consultorios de atención primaria.

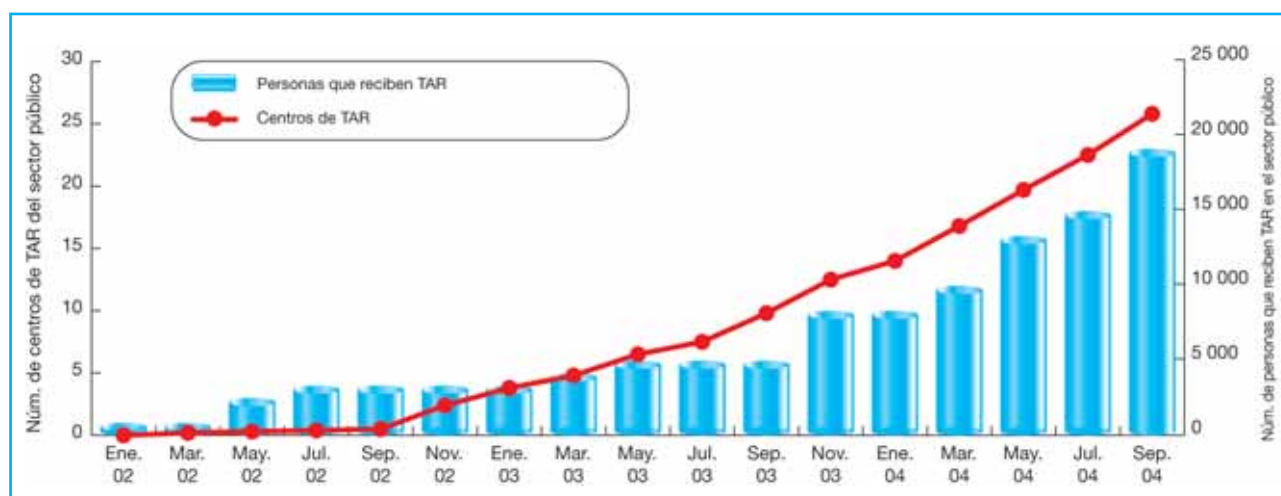
Fig. 5. Ubicación de los centros que dispensan TAR en Botswana; septiembre 2004.



Para marzo de 2004 se había formado a 2212 profesionales sanitarios, entre médicos, enfermeras, farmacéuticos, asesores y otros agentes de salud. De ellos, 536 se reclutaron específicamente para dar apoyo al TAR y aplicar los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

El número de adultos en tratamiento en Botswana aumentó gradualmente durante los primeros años de la alianza público privada y mucho más rápidamente en 2004. Aproximadamente una cuarta parte de ellos reciben tratamiento en servicios privados. En el sector público (Fig. 6) el TAR es gratuito. La adherencia, evaluada a partir de las autonotificaciones, los recuentos de pastillas y la asistencia a las visitas concertadas, es satisfactoria (85%), y se confirma cada seis meses con la constatación de la supresión completa de la carga vírica.

Fig. 6. Número de centros de TAR del sector público y número de personas tratadas en éste; Botswana, 2002-2004.



Una campaña de movilización social ideada para que la población conozca mejor la disponibilidad y los resultados del TAR ha contribuido a reducir el estigma y ha alentado a las personas que viven con el VIH/SIDA a participar en el fomento de entornos que brinden apoyo. Un enfoque integral dirigido a toda la familia de la persona que ha recibido inicialmente el diagnóstico incrementa en grado considerable el conocimiento público del programa y el apoyo que recibe. En enero de 2004 se empezaron a ofrecer de forma sistemática pruebas del VIH en los hospitales.¹⁰ A las embarazadas se les dice que son determinaciones habituales y se les pregunta si quieren renunciar a ellas, procedimiento utilizado a menudo con otras pruebas médicas sistemáticas. Durante los cuatro primeros meses, 18 hospitales ofrecieron pruebas de detección a 6384 personas; una de cada siete optó por no someterse a ellas.

¹⁰ Seipone K et al. Introduction of routine HIV testing in prenatal care, Botswana 2004. *MMWR*, 2004, 53:1083–1086.

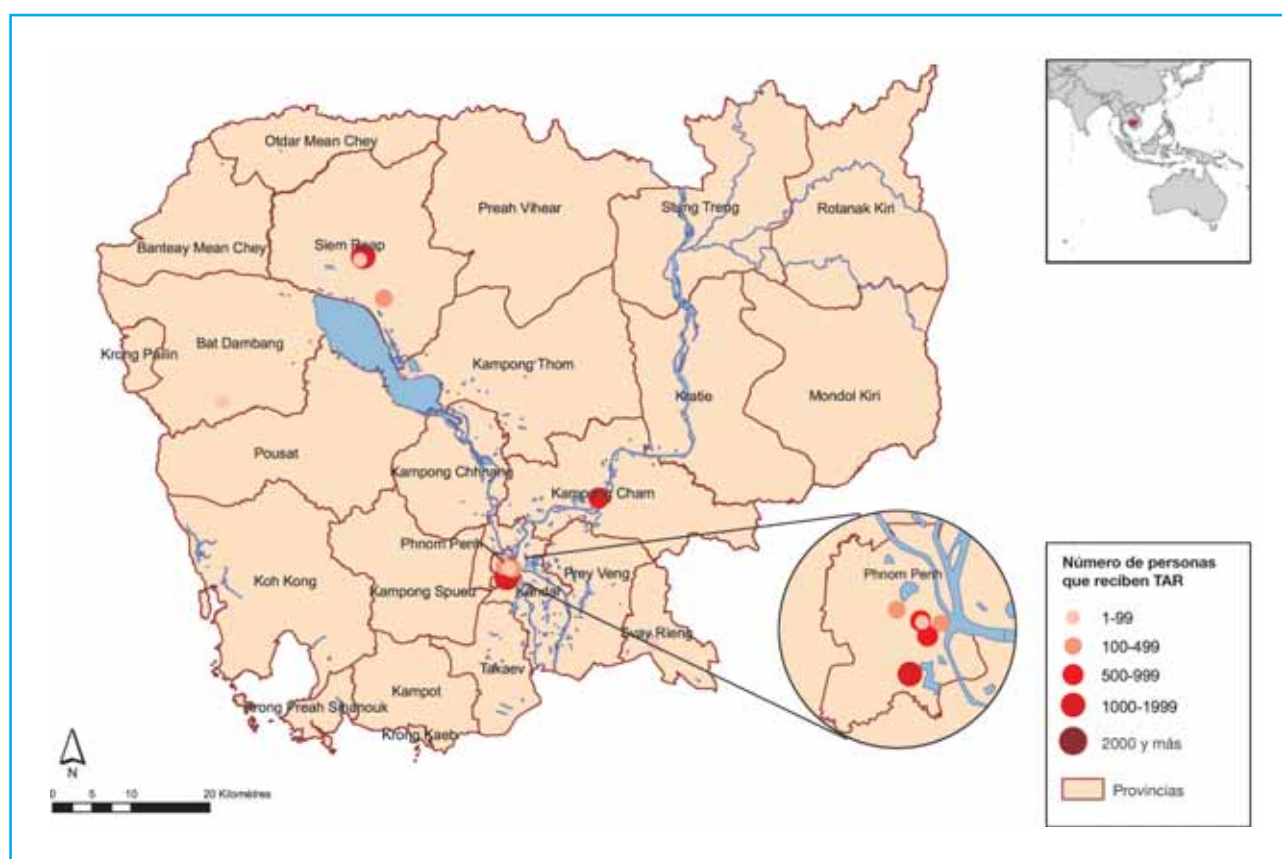
Camboya: coordinación a escala nacional

A fines de 2002, el acceso a la atención integral del VIH/SIDA y a los servicios de apoyo conexos era limitado, se concentraba en las zonas urbanas y estaba financiado casi en su totalidad por organizaciones no gubernamentales internacionales. Sólo se ofrecía tratamiento antirretroviral y de las infecciones oportunistas en tres hospitales de la capital, Phnom Penh, y en otra ciudad importante, Siem Reap.

En los dos últimos años se han logrado avances notables. El Centro Nacional de VIH/SIDA, Dermatología e Infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud ha creado una amplia alianza en torno a un marco nacional de prevención y asistencia que contempla un mayor acceso al TAR y persigue descentralizar los servicios transfiriéndolos los distritos, más allá de las principales ciudades.

A finales de 2004, 75 centros acreditados estaban ofreciendo servicios de asesoramiento y pruebas: 61 centros financiados directamente por el gobierno, 13 financiados por organizaciones no gubernamentales y un centro privado establecido en Phnom Penh. En la actualidad se están ampliando los servicios asistenciales, incluido el acceso al TAR, a siete centros de Phnom Penh y a siete de otros distritos. Al final de octubre de 2004, 4527 personas estaban recibiendo TAR (Fig. 7), cifra que equivale aproximadamente a una quinta parte de los adultos que lo necesitan. Alrededor del 7% de las personas tratadas eran niños.

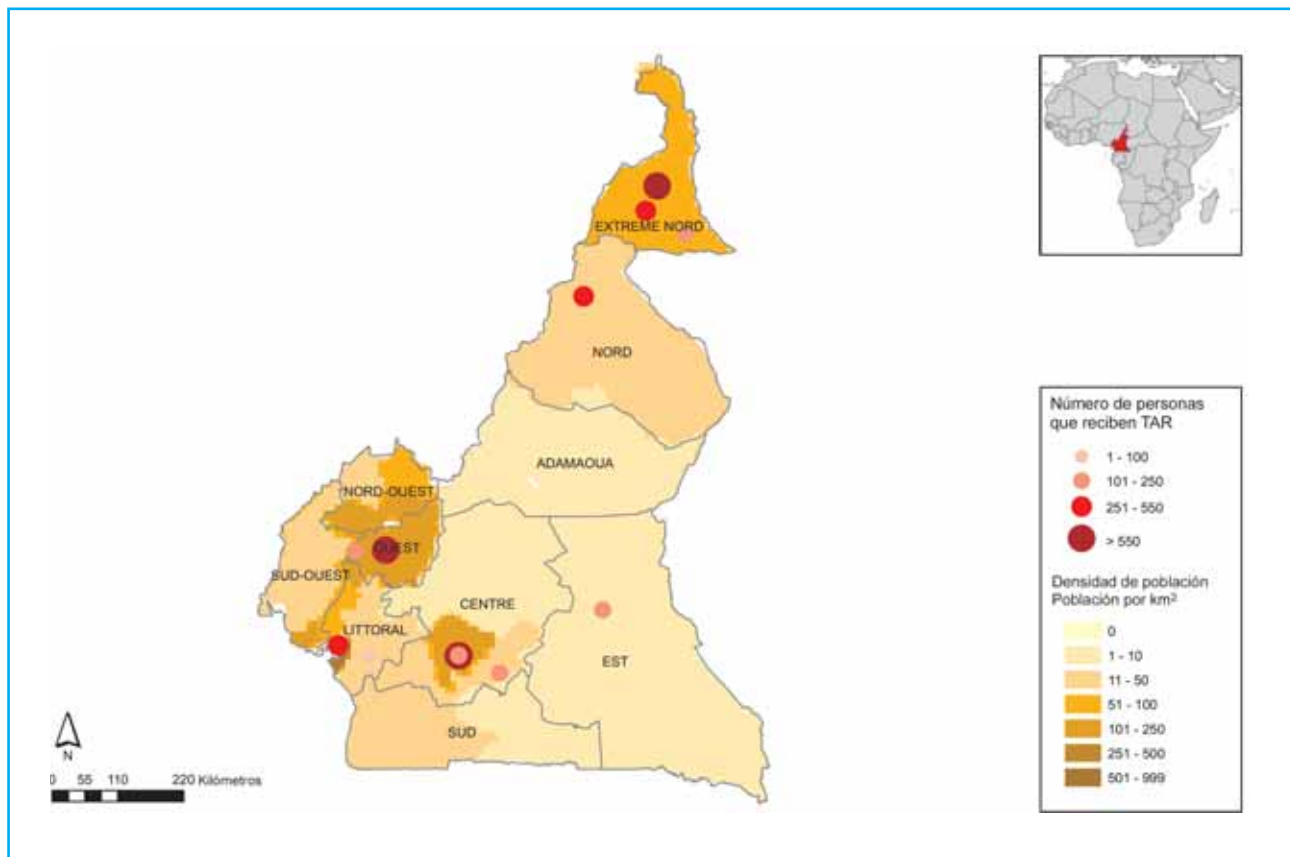
Fig. 7. Número de personas que reciben TAR en 14 centros de Camboya; diciembre 2004.



Camerún: despliegue del asesoramiento y las pruebas

El ONUSIDA y la OMS han estimado que, en 2003, vivían en Camerún 560 000 personas con infección por el VIH/SIDA, que causa unas 49 000 defunciones anuales. Este país se ha fijado la meta de dispensar TAR a 36 000 personas antes del final de 2005. En noviembre de 2004, más de 12 000 personas estaban recibiendo tratamiento (Fig. 8). El firme compromiso político de los cinco últimos años y el espectacular descenso del coste del tratamiento, de US\$ 600 a US\$ 30 mensuales en cuatro años, han sido decisivos para lograr la ampliación del acceso al TAR. También el asesoramiento se ha hecho menos costoso, y hay más personas que solicitan las pruebas de detección. Los centros provinciales evalúan ahora la elegibilidad para el tratamiento en los puntos de acceso, como los 14 centros de asesoramiento voluntario y prevención, los 160 centros para la prevención de la trasmisión del VIH de la madre al niño, los 21 centros de tratamiento autorizados y los 140 consultorios de diagnóstico de la tuberculosis.

Fig. 8. Número de personas que reciben TAR en 21 centros de Camerún; octubre 2004



Haití: el Fondo Mundial ayuda a dar un vuelco a la situación

Haití es el país más pobre de las Américas y también, y no por casualidad, el más afectado por el VIH. Además, los disturbios políticos y las catástrofes naturales han dificultado en grado sumo el trabajo en el país durante 2004. Aun así, se han logrado avances notables en la lucha contra el SIDA, y una de las razones es que Haití fue uno de los primeros países que recibió financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Pudo responder rápidamente a la primera ronda de financiación gracias a un mecanismo nacional de coordinación de amplia base dirigido por la antigua primera dama Mildred Trouillot Aristide, que también había encabezado la delegación haitiana en el Sesión extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001. Numerosas y diversas misiones que estaban trabajando para mejorar la salud en Haití prestaron asistencia técnica. Un conjunto de organizaciones no gubernamentales centradas en el SIDA colaboró con funcionarios del Ministerio de Salud y grupos de personas que vivían con el VIH/SIDA para proponer un modelo de prevención y asistencia integrado en el que también se subrayaba la importancia de las labores de base comunitaria tanto en el medio rural como en el urbano.

Las bajas tasas de alfabetización y competencia numérica elemental son uno de los principales obstáculos con los que topan los responsables de llevar adelante los proyectos, sobre todo en las zonas rurales. El Fondo Mundial supo dar respuesta a las peticiones de que se simplificara la notificación, y sus agentes locales prestaron asistencia técnica para los recuentos y las notificaciones. Proporcionó, asimismo, las primeras subvenciones de gran cuantía que recibieron muchas de las organizaciones más reducidas. Gracias a la amplia asistencia técnica y a la esforzada labor de las personas que estaban en primera línea de la prevención y la asistencia, Haití se situó entre los países que cumplieron o superaron todos los objetivos de la propuesta inicial.

El Fondo Mundial fue también el primero en dotar a Haití de recursos financieros considerables para la atención a pacientes con enfermedad avanzada por el VIH. Decenas de miles de personas solicitaron servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. Gracias al apoyo adicional del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, que colaboró estrechamente con el Fondo Mundial, entre febrero y septiembre de 2004 se dispensó TAR a 2800 personas de zonas urbanas y de Haití central. El hecho de que los afectados por el SIDA hayan empezado a recibir una atención adecuada ha suscitado un firme interés por el asesoramiento y las pruebas voluntarias, lo que ha brindado también nuevas oportunidades para la prevención, tanto primaria como secundaria. Ha mejorado la seguridad de las transfusiones y se ha creado al menos un nuevo banco de sangre en el centro del país bajo los auspicios de la Cruz Roja haitiana.

Estos logros se deben en gran parte a la capacidad del Fondo Mundial de responder de forma rápida y flexible a las grandes necesidades de los países pobres, que son también los que a menudo carecen de infraestructuras suficientes para la gestión y la notificación. La experiencia del Fondo Mundial en Haití indica que mejorar dicha capacidad debería ser uno de los componentes de los proyectos, y no una razón para no financiar a organizaciones pequeñas y administrativamente débiles en zonas carentes de electricidad, carreteras en condiciones o líneas telefónicas terrestres.

Mozambique: primeras medidas en pos de un objetivo ambicioso

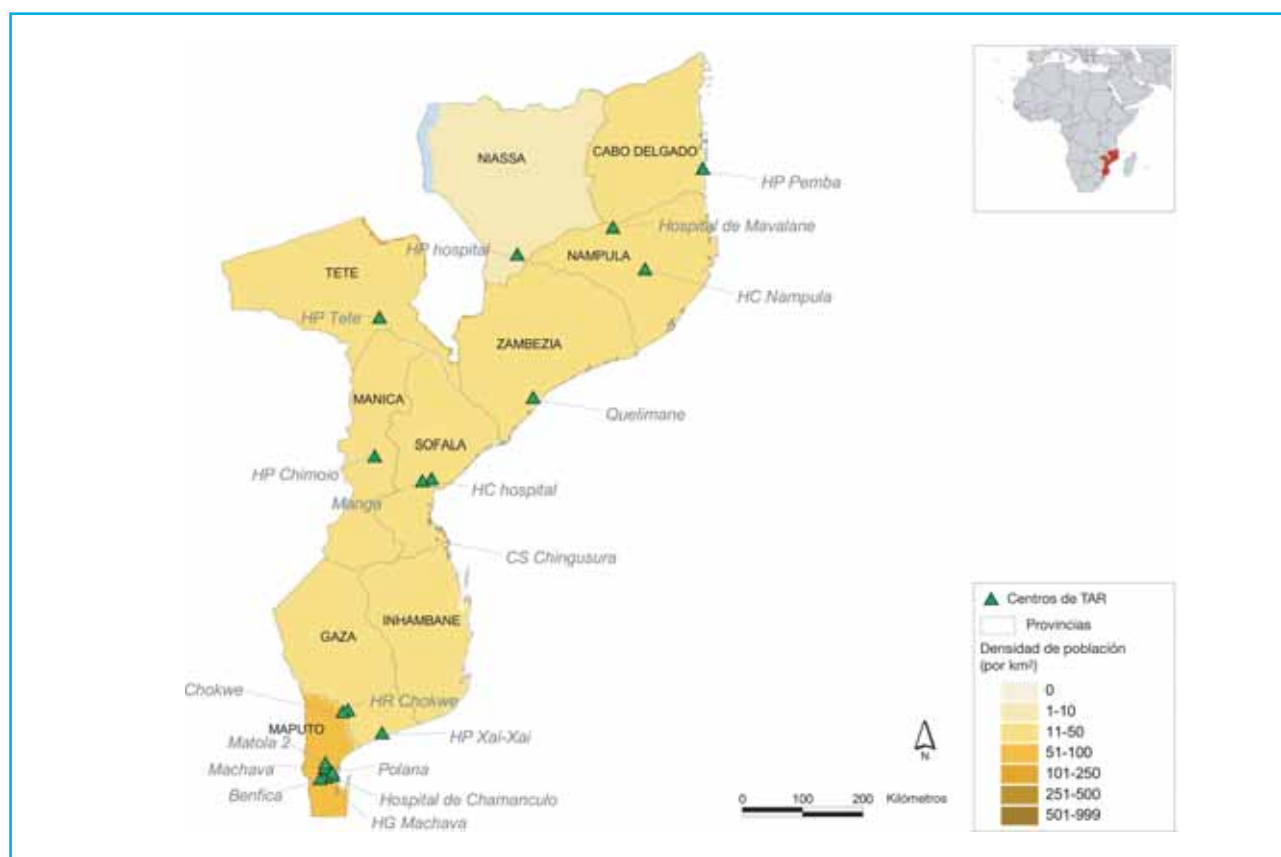
Mozambique, devastado por decenios de guerra civil y ahora en fase de lenta recuperación, es otro ejemplo de lo que puede lograrse en circunstancias sumamente difíciles.

Las principales dificultades con las que se enfrenta el país, en el que viven unos 200 000 adultos necesitados de TAR, son la escasez de recursos, la falta de agentes de atención de salud cualificados y la deficiente coordinación entre los diversos asociados que trabajan en él. Sin embargo, existe un firme compromiso político, y el Plan Estratégico Nacional del Sector Sanitario para Combatir las Infecciones de Trasmisión Sexual y el VIH/SIDA se propone ampliar el acceso al TAR a 132 000 personas para el final del 2008.

Mozambique cuenta con un plan específico para capacitar a 2000 profesionales sanitarios de nivel intermedio, y se está desarrollando un nuevo sistema de gestión y logística de medicamentos para anticiparse a un incremento masivo de la cobertura del TAR.

Dada la magnitud de las dificultades, es alentador el incremento del acceso al TAR durante 2004: el Ministerio de Salud notificó que casi 6300 personas recibieron tratamiento en noviembre de ese año, frente a las 2800 de junio. Veintitrés centros ofrecen TAR en el sector público gracias a la colaboración entre el gobierno y organizaciones no gubernamentales, como la Comunidad de Sant'Egidio, MSF y Health Alliance International (Fig. 9).

Fig. 9. Ubicación de los centros de dispensación de TAR en Mozambique; octubre 2004



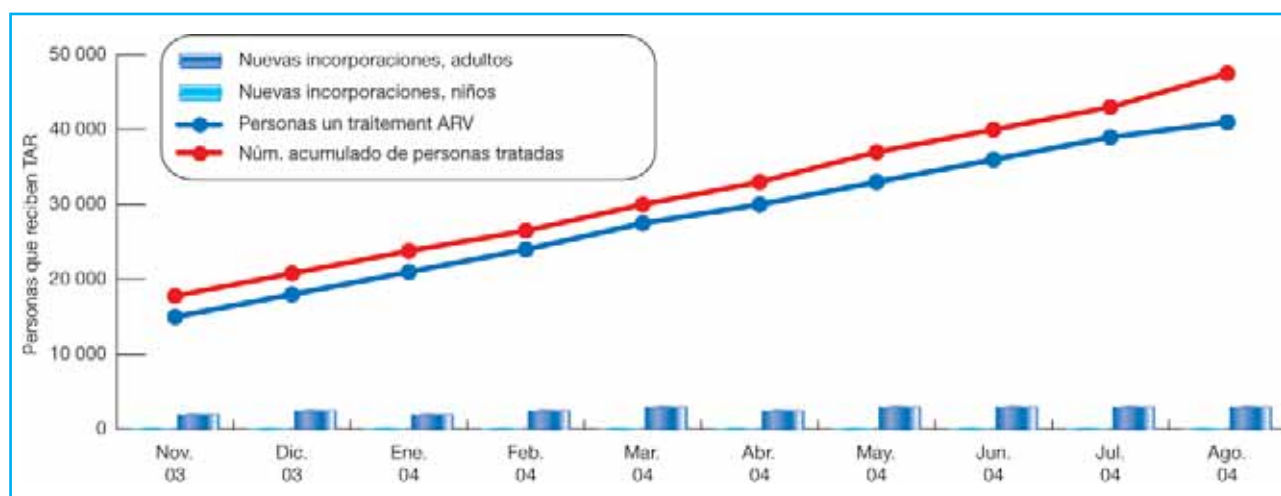
Tailandia: despliegue en todos los distritos

En 2003, el ONUSIDA y la OMS estimaron que en Tailandia había 570 000 personas con infección por el VIH/SIDA y que 58 000 defunciones guardaban relación con el SIDA. El programa nacional de TAR contempla una amplia formación del personal sanitario, un protocolo nacional uniforme de dispensación del TAR, un sistema de adquisición y suministro centralizado, informatizado y dotado de centros regionales, la creación de una red de laboratorios, y un dispositivo eficiente de seguimiento y evaluación. Se está implantando un sistema electrónico para la transmisión de datos. El Gobierno de Tailandia elevó su presupuesto para el TAR de 300 millones de bahts (US\$ 7,7 millones) en 2003 a 800 millones de bahts (US\$ 20,5 millones) en 2004.

El programa inició su despliegue en centros de especialidades y llegó en tres años a 914 hospitales. Grupos de pacientes y organizaciones no gubernamentales han trabajado para dotar a las personas que viven con el VIH/SIDA de los conocimientos que les permitan tomar decisiones fundadas sobre el tratamiento y desempeñar un papel clave como asociados en la dispensación de asistencia.¹¹ El número de personas que reciben TAR ha aumentado de forma lineal, con la incorporación mensual de más de 3000 nuevos adultos y 200-300 niños entre enero y agosto de 2004 (Fig. 10). Dado que en este último mes había 40 000 personas en tratamiento, se preveía que Tailandia alcanzara una cifra superior a 50 000 para finales de 2004.

El país ha realizado también un importante esfuerzo para mejorar la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas por medio de intervenciones como la profilaxis con trimetoprim y sulfametoxazol, el tratamiento de la tuberculosis y la profilaxis secundaria de la meningitis criptocócica entre las personas que viven con el VIH/SIDA.

Fig. 10. Incorporación a los programas de TAR en Tailandia; noviembre 2003-agosto 2004



¹¹ Kumphitak A et al. *Involvement of people living with HIV/AIDS in treatment preparedness in Thailand*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/thailand/en, consultado el 31 de diciembre de 2004).

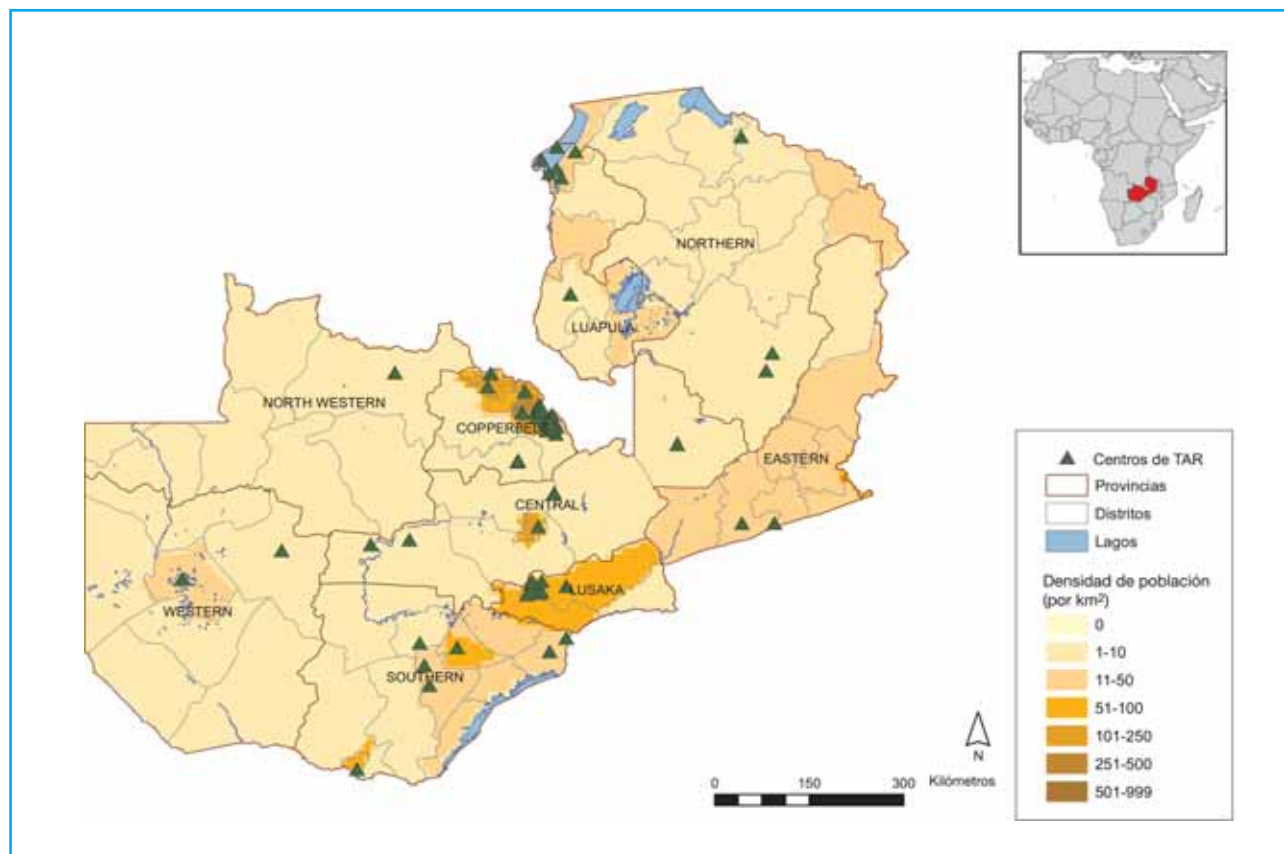
Zambia: un programa en rápida expansión

Con una prevalencia nacional del VIH del 15% y cifras cada vez mayores de personas con infección avanzada por el VIH, en Zambia la demanda de tratamiento y atención creció rápidamente durante los años noventa. Hasta noviembre de 2002, el único tratamiento disponible era un fármaco que proporcionaba el sector privado. En enero de 2003, el gobierno decidió adquirir medicamentos suficientes para tratar a 10 000 personas, pero en un año la meta se ha ampliado a 100 000, que es bastante más que el 50% de la cifra estimada de personas que necesitan TAR.

El sector público empezó a dispensar TAR en dos centros piloto, situados en el Hospital Docente Universitario de Lusaka y el Hospital Central de Ndola. En una segunda fase, la red se amplió a los siete hospitales provinciales restantes, más el Hospital Central de Kitwe, y en la fase final se desplegó en los distritos. A finales de 2004, 53 centros ofrecían TAR (Fig. 11). Veinticuatro de los 72 distritos disponían al menos de un centro que lo ofrecía y 11 contaban con dos o más. La distribución de centros refleja fielmente la de la población de Zambia: la mayoría se concentran en Lusaka y el “cinturón del cobre”.

En septiembre de 2004, más de 11 000 personas estaban recibiendo TAR a través del sector público, frente a poco más de 7000 en julio, lo que equivale a un aumento del 57% en menos de tres meses. Es muy probable que la decisión gubernamental de dispensar el TAR gratuitamente haya desempeñado un papel decisivo en este rápido incremento. Otras 2400 personas reciben TAR a través del sector privado, fundamentalmente en la minería. Con igual rapidez ha crecido la dispensación de TAR a los niños, aunque éstos todavía representan apenas el 2,6% de la población en tratamiento.

Fig. 11. Ubicación de los centros que dispensan TAR en Zambia; noviembre 2004



Compartir la tarea

Durante 2004, la movilización en torno a la meta de tres millones de personas en tratamiento para 2005 progresó hacia una alianza madura. Al menos 136 asociados participan oficialmente en calidad de promotores, donantes, asesores, colaboradores y proveedores de financiación y de servicios técnicos o de otro tipo (tabla 2). A medida que las relaciones evolucionan, aparecen nuevas sinergias, y cada nuevo asociado aporta conocimientos prácticos y redes que amplían mucho el alcance de la iniciativa “Tres millones para 2005”. Además, estos asociados amplían sus relaciones y profundizan en ellas más allá de los debates iniciales. Aunque la alianza se centra sobre todo en ampliar masivamente el acceso al tratamiento, aborda también cuestiones fundamentales como la equidad, la prevención y los sistemas de salud.

Tabla 2. Naturaleza de la alianza y objetivos preferentes de los 136 asociados de la iniciativa “Tres millones para 2005”

Naturaleza de la alianza ^a		Objetivo preferente de la alianza ^a	
Técnica	86	Tratamiento antirretroviral	69
De colaboración	54	Sensibilización	63
De creación de redes	32	Prevención	27
Económica	14	Donantes	22
Política	8	Asesoramiento y pruebas voluntarias	21
		Prevención de la transmisión de la madre al niño	17
		Adquisición	11

^a Cada asociado podía elegir a varios más para constituir la alianza.

Los puntos más reseñables de las alianzas

Los países muy afectados son el eje de las actividades desarrolladas por las alianzas de la iniciativa “Tres millones para 2005”. En los últimos meses, los gobiernos han dedicado más tiempo, energía y dinero que nunca a combatir la pandemia, y ello queda patente no sólo en la expansión de las infraestructuras a escala local y de distrito, sino también en la coordinación y la planificación por medio de los programas nacionales del VIH/SIDA. Las organizaciones de base comunitaria y las ONG se han situado a la vanguardia de la prestación de servicios de prevención, atención y tratamiento (Recuadro 2). Algunas ONG dan apoyo a gran número de personas en tratamiento en muchos países. Por ejemplo, MSF informó de que, en septiembre de 2004, estaba tratando a 23 000 personas en 27 países.

La mayoría de los líderes empresariales de los países muy afectados prevén que el SIDA menoscabará gravemente la actividad empresarial. Compañías mineras como Anglo American (que se ha propuesto tener a 3000 personas en tratamiento con antirretrovirales en 2004) y un puñado de multinacionales más han asumido la responsabilidad de tratar y prevenir el SIDA entre sus propios empleados de Asia y África. En la mayoría de los casos, los programas de tratamiento aún son reducidos, se hace un uso modesto del asesoramiento y las pruebas, y el estigma y la discriminación siguen obstaculizando considerablemente los avances. La Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA, dedicada a combatir la epidemia de SIDA a través de los conocimientos prácticos y la experiencia exclusivos del sector empresarial, ha ampliado el número de sus miembros a más de 170 empresas internacionales.

Recuadro 2. Las organizaciones de base comunitaria muestran el camino

Una encuesta sobre organizaciones de base comunitaria realizada por SIDACTION a principios de 2004 ofrece muchos ejemplos del papel fundamental de éstas en el tratamiento y la atención del VIH/SIDA en África.¹²

En Burkina Faso, dos organizaciones empezaron importar medicamentos genéricos antes que nadie. El centro Oasis, abierto por Association African Solidarité en 1998 en Uagadugu, se ha abastecido en antirretrovirales genéricos gracias a la ayuda económica de organizaciones no gubernamentales europeas. Más de cien personas, que contribuyen a través de un fondo comunitario, han recibido tratamiento. El centro presta muchos otros servicios de atención y apoyo a las familias afectadas por el VIH/SIDA.

En Burundi, la mayoría de las personas reciben antirretrovirales a través de organizaciones de base comunitaria. El proceso se lleva a cabo fundamentalmente por medio de la Association Nationale de Soutien aux Séropositifs et Sidéens (ANSS), principal organización de personas que viven con el VIH/SIDA. En 2003, la ANSS ofreció seguimiento médico a 1700 personas, incluidas 1000 que estaban recibiendo TAR. Presta asistencia integral y es el mayor proveedor nacional de servicios.

En Malí se empezaron a importar antirretrovirales mucho antes de que se pusieran en marcha programas gubernamentales, y desde entonces las personas que reciben TAR y los profesionales sanitarios presionan para que el acceso se amplíe. Hace tres años, Espoir Vie-Togo era un «pequeño grupo de apoyo». Hoy cuenta con 100 clientes, de los que 70 están tomando antirretrovirales.

Son bien conocidos los esfuerzos de la Treatment Access Campaign de Sudáfrica por influir en pro del acceso al tratamiento y por impulsar cambios políticos. En la actualidad hay organizaciones similares en países como Burkina Faso, Kenya y Nigeria: en África, el activismo contra el SIDA es, hoy día, una realidad.

La Alianza para el Acceso a los Antirretrovirales (PAARV) se constituyó en 2002 para varias organizaciones africanas de base comunitaria financiadas por SIDACTION. El programa facilita el acceso a los medicamentos al personal de las organizaciones, lo que incluye a voluntarios activos, representantes electos y empleados, es decir, a las personas que las mantienen en funcionamiento. En septiembre de 2004, las actividades de la PAARV se extendían ya a ocho países africanos.

Desde la presentación en diciembre de 2003 de la iniciativa “Tres millones para 2005”, el compromiso internacional para ampliar masivamente el acceso tratamiento, la atención y la prevención de la infección por el VIH ha aumentado de forma espectacular (anexo 3). Toda la Secretaría del ONUSIDA y los 10 Copatrocinadores del ONUSIDA han contribuido a fomentar esta alentadora evolución. Por su parte, la OMS ha modificado sustancialmente sus plantillas de personal para dar apoyo a la iniciativa “Tres millones para 2005” y ha transferido a varios cargos técnicos desde Ginebra a países muy afectados. También está desempeñando funciones directivas en la preparación de normas y directrices y en tareas de investigación operativa relacionada con la ampliación del acceso al TAR y la aceleración de los esfuerzos en materia de prevención. La OMS ha asumido un papel rector en la elaboración y adaptación de módulos de capacitación aplicables en lugares subatendidos.

La Secretaría del ONUSIDA ha realizado importantes contribuciones al liderazgo y la promoción de las iniciativas mundiales de lucha contra el VIH/SIDA: ha dirigido la armonización de políticas y directrices y ha apoyado directamente a países y estructuras regionales para que desarrollen la capacidad indispensable. Los otros nueve Copatrocinadores del ONUSIDA han ido incorporando cada vez más la iniciativa “Tres millones para 2005” a sus respectivas áreas de trabajo.

En los últimos meses, el Banco Mundial ha incrementado su ya considerable inversión en programas relacionados con el VIH/SIDA con la aportación de apoyo económico y técnico a la mejora de los sistemas nacionales de salud de 100 países. También ha prestado apoyo directo a los programas de TAR en el Caribe, en 13 países africanos, en tres países asiáticos y en un país de Europa oriental, y ha anunciado el Proyecto de Aceleración del Tratamiento en tres países africanos.

En diciembre de 2004, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria había recibido compromisos que ascendían a US\$ 5900 millones y pagos por valor de US\$ 3300 millones a cuenta de dichos compromisos. En cuatro rondas aprobó propuestas con un importe bianual de US\$ 3100 millones

¹² de Cenival M, Prunier-Duparge C. *Accès commun*. Paris, SIDACTION, 2004 (http://www.sidaction.org/accescommun/index_en.php, consultado el 31 de diciembre de 2004).

y desembolsó US\$ 860 millones. Con estas cuatro primeras rondas se prevé que el Fondo Mundial haga llegar el asesoramiento y las pruebas voluntarias a 52 millones de personas y el TAR a 1,6 millones de personas durante los cinco años de vigencia de las diversas subvenciones.

Desde su creación en 2003, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA ha generado una dinámica sin precedentes y ha realizado una contribución muy importante a la ampliación de las respuestas al VIH/SIDA con su compromiso de US\$ 15 000 millones en cinco años y la misión de tratar a 2 millones de enfermos, prevenir 7 millones de nuevas infecciones y dispensar atención y apoyo a 10 millones de personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, incluidos los huérfanos y los niños vulnerables. En 2004, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA dedicó US\$ 2400 millones a dar respuesta a la epidemia en todo el mundo. El presupuesto de 2005 asigna a este mismo fin US\$ 2800 millones, lo que supone una inversión más de tres veces superior a la realizada desde 2001.

Otros donantes bilaterales han realizado contribuciones decisivas a la iniciativa “Tres millones para 2005”. Así, el Gobierno de Canadá financió gran parte de la creciente expansión de la actividad de la OMS en los países. La contribución canadiense a las labores de apoyo relacionadas con la iniciativa “Tres millones para 2005” ha sido la mayor donación recibida por la OMS en toda su historia. También el Gobierno del Reino Unido, el ONUSIDA y el Banco Mundial han brindado un firme apoyo técnico y operativo a los países, al igual que Suecia, Italia, Noruega, Bélgica, España, Luxemburgo y el Fondo para el Desarrollo Internacional de la OPEP. Más de dos terceras partes de los recursos destinados a la iniciativa “Tres millones para 2005” irán directamente a las oficinas nacionales de la OMS, que se están reforzando para ofrecer apoyo técnico a las iniciativas de los países. Los avances para alcanzar los hitos de la iniciativa “Tres millones para 2005” se resumen en el anexo 4.

El alentador aumento de la atención prestada al VIH vino acompañado de varios retos nuevos, como la creación de múltiples iniciativas y mecanismos de coordinación con diversos procedimientos y requisitos de financiación, seguimiento y notificación a nivel nacional y programático. Cada vez es más importante armonizar los esfuerzos en el seno de la comunidad que da respuesta al VIH/SIDA.

Conscientes de las nuevas características del escenario, activistas, proveedores, funcionarios y personas que viven con el VIH/SIDA en los países afectados, junto con donantes e interesados directos, han elaborado una serie de principios conocidos como los “tres unos”: un marco de acción consensuado en materia de VIH/SIDA que rija la convergencia de todos los asociados, una autoridad nacional que coordine la respuesta al VIH/SIDA con un mandato multisectorial de base amplia, y un sistema acordado de monitoreo y evaluación del VIH/SIDA en los países. Este concepto de los “tres unos” para dar respuesta a la epidemia a escala nacional ofrece un marco que garantiza que recursos y esfuerzos se armonicen, sean sostenibles y se basen en resultados. Los principales asociados han simplificado y armonizado el monitoreo y la evaluación (M&E) acordando marcos comunes de notificación, como el *toolkit* conjunto de M&E. Este *toolkit* ya ha logrado concertar y simplificar el M&E y el proceso de notificación a los donantes, y con ello ha contribuido a respaldar las estimaciones mundiales comunes del presente informe.



Los elementos fundamentales de la iniciativa “Tres millones para 2005”

A medida que las respuestas nacionales a la pandemia se aceleran va simplificándose la identificación de los elementos más importantes. En primer lugar se encuentra el TAR, que debe considerarse parte de un *continuum* asistencial para adultos y niños infectados por el VIH. No se inicia hasta el momento en que la evolución de las infecciones oportunistas y las enfermedades relacionadas (diagnosticadas por la cifra de linfocitos CD4, por el estadio clínico o por ambos indicadores) señala la necesidad de administrar antirretrovirales.

Para que una persona pueda recibir TAR, el resultado de la prueba del VIH ha de ser positivo. Con independencia de ello, dicha prueba debe ir precedida y seguida de orientación. Para muchas personas, el punto de acceso es un centro de asesoramiento y pruebas en el que el cliente decide voluntariamente incorporarse al proceso. Por otro lado, la OMS y el ONUSIDA recomiendan que, sobre todo en los establecimientos sanitarios básicos, como los consultorios de atención prenatal y los servicios de tratamiento antituberculoso, se ofrezcan sistemáticamente asesoramiento y pruebas.

El asesoramiento y las pruebas son la base de muchos otros procesos importantes. Si una persona está clínicamente bien en el momento de diagnosticarle la infección por el VIH, es probable que el diagnóstico y el tratamiento precoz de las infecciones oportunistas, como la tuberculosis, y la profilaxis de éstas con medicamentos sencillos y seguros, como la combinación de trimetoprim y sulfametoxazol, permitan posponer el TAR. En estos casos lo único que se necesita es un seguimiento e intervenciones médicas básicas. El individuo deberá adoptar unos hábitos de vida saludables y será preciso capacitarlo para que tome decisiones con conocimiento de causa, lo cual, a su vez, exige informarlo.

Las pruebas tempranas tienen otra consecuencia de enorme importancia, ya que muchas personas que se someten voluntariamente a ellas resultan no estar infectadas y se convierten de inmediato en objetivo primordial de la prevención. Muchos centros están ahora siguiendo a pacientes que han sido enviados desde puntos de acceso como consultorios de infecciones de transmisión sexual, servicios de atención prenatal que están desplegando la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño o centros de reducción del daño para consumidores de drogas inyectables.

La inmensa mayoría de las personas reciben el diagnóstico de infección por el VIH cuando ya están enfermas. En muchos países, la tuberculosis es la infección oportunista más frecuente, lo que convierte a los servicios de lucha antituberculosa en importantes puntos de acceso a los programas de TAR. Las salas de hospitalización son otro punto de acceso destacado.

Todos los programas necesitan un abastecimiento ininterrumpido de medicamentos y pruebas de diagnóstico de calidad, que son fundamentales para identificar el VIH y seguir la evolución clínica. Se debe formar al personal y desarrollar la capacidad del sistema para poner en marcha el TAR. Lo ideal es partir de un enfoque integrado, porque una vez que el paciente empieza a tomar antirretrovirales, deberá seguir tomándolos toda su vida. La formación debería incluir a todos los tipos de profesionales sanitarios relacionados con el proceso, tanto de los hospitales terciarios y de referencia, como de los hospitales de distrito y los centros de salud. También debería abarcar a los agentes de salud comunitarios y a las personas que ayudan a la observancia terapéutica.

Es esencial disponer de sistemas uniformes de seguimiento de las personas en tratamiento con antirretrovirales, sistemas que, en los centros sanitarios, han de estar relacionados con los suministros de fármacos, las tarjetas de dispensación y los registros de laboratorio. La extracción de información para notificársela a los centros regionales y al programa nacional permite efectuar análisis convencionales de cohortes basados en los registros de personas en tratamiento. A partir de estos datos, los países pueden informar de sus avances a la sociedad civil, a todos los interesados directos nacionales y a los donantes. Los datos facilitan también las actualizaciones periódicas para los informes mundiales, incluido el impacto del tratamiento en la mortalidad.

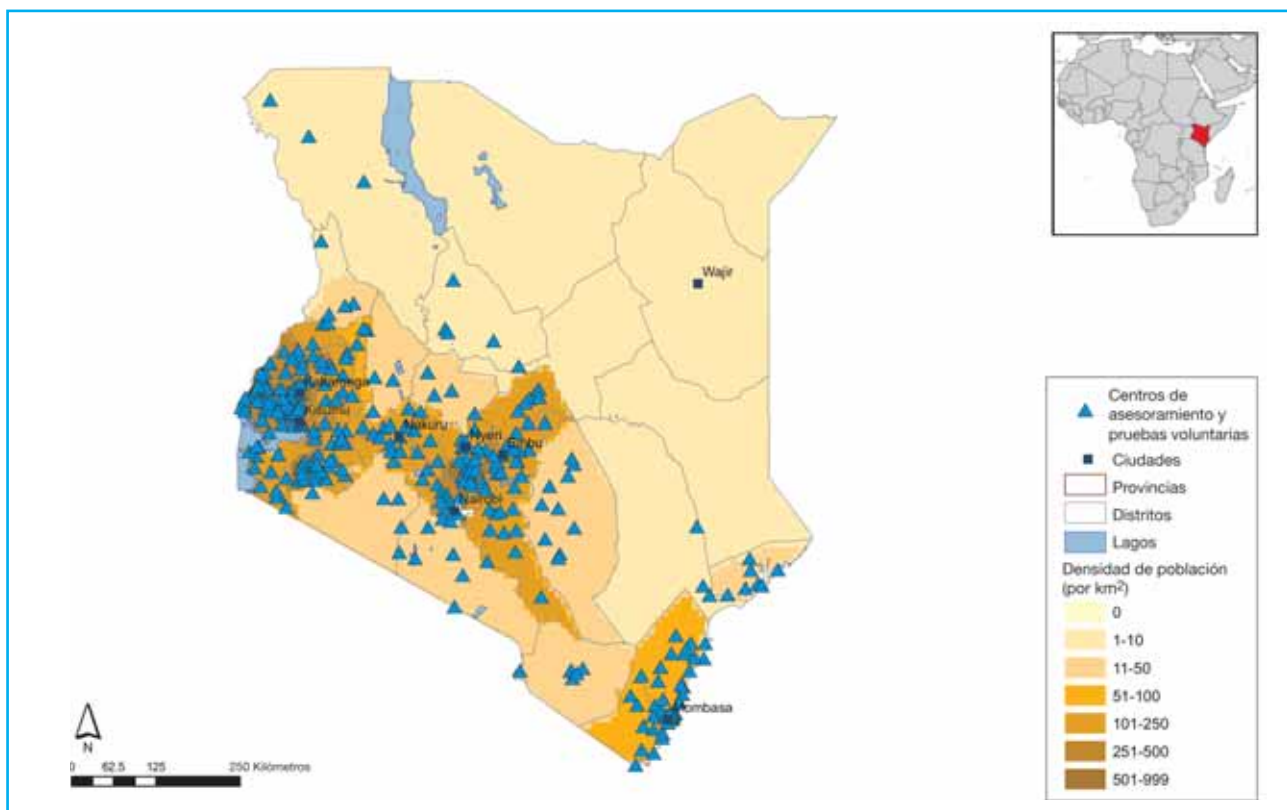
Asesoramiento y pruebas del VIH

Con la ampliación de la cobertura del TAR, es cada vez más frecuente que los programas nacionales señalen al asesoramiento y las pruebas como la vía de acceso a las intervenciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo. Un mensaje fundamental que se está promoviendo en muchos países es “conoce tu estado serológico”. Para difundirlo se han preparado información impresa, programas de movilización comunitaria y *toolkits* sobre asesoramiento y pruebas.

En junio de 2004, el ONUSIDA y la OMS hicieron pública una declaración conjunta sobre políticas relativas a las pruebas del VIH y elaboraron directrices para su realización en entornos con recursos limitados.¹³ En noviembre de 2004, copatrocinaron, junto con el Gobierno de los Estados Unidos de América, una reunión consultiva que se celebró en Johannesburgo (Sudáfrica) y se centró en la ampliación del acceso al asesoramiento y las pruebas en 18 países africanos. La OMS colaboró con la International HIV/AIDS Alliance para elaborar un *toolkit* sobre asesoramiento y pruebas y formó equipo con la Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA para promover la ampliación del uso de los *toolkits* relativos al mensaje “conoce tu estado serológico”.

Se han logrado avances considerables, por ejemplo, en países como Botswana, Kenya (Fig. 12) y Lesotho, que ya ofrecen sistemáticamente el servicio. En esta cuestión es fundamental saber cuántas personas se han sometido a las pruebas y han recibido asesoramiento. Todavía no se dispone de esta información, lo que pone de relieve la necesidad de unos sistemas de notificación uniformes.

Fig. 12. Ubicación de los centros que ofrecen asesoramiento y pruebas voluntarias en Kenya; diciembre 2004



Tuberculosis y VIH/SIDA

Los programas de lucha antituberculosa se están convirtiendo en un asociado importante de la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en entornos con recursos limitados. Aunque la tuberculosis constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH/SIDA, es mucho más que una parte del problema: los programas de lucha antituberculosa pueden representar una parte importante de la solución.

Muchos países disponen de programas de lucha antituberculosa consolidados que, de contar con más recursos, podrían colaborar con los sistemas de dispensación de TAR (Recuadro 3). Tanto los programas de tratamiento

¹³ OMS y ONUSIDA, UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>)

antituberculoso como los de TAR exigen compromiso político, movilización comunitaria para fomentar la detección precoz, definiciones de casos normalizadas, servicios diagnósticos de calidad, pautas terapéuticas uniformes con apoyo a la observancia, un abastecimiento fiable de medicamentos y sistemas de vigilancia estandarizados.

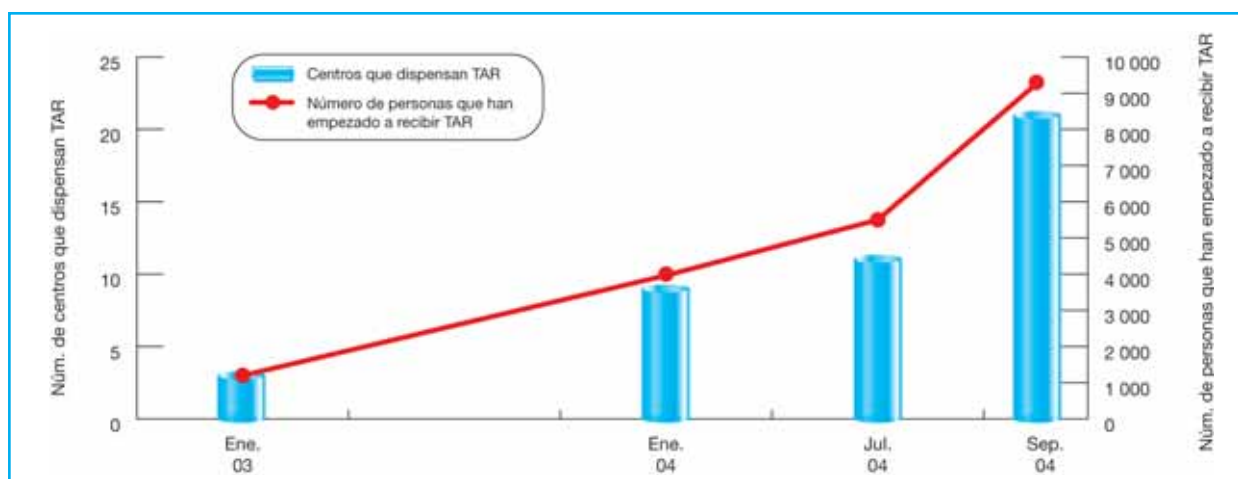
En los países con alta prevalencia del VIH, hasta el 80% de las personas con infección tuberculosa son seropositivas para este virus. Por ello, los citados programas de lucha antituberculosa están asumiendo cada vez más la responsabilidad de reducir el impacto del VIH y, en colaboración con los programas de lucha contra el VIH/SIDA, se están convirtiendo en un asociado importante del movimiento “Tres millones para 2005”.

Recuadro 3. Aprovechar la experiencia de la lucha antituberculosa: el caso de Malawi

Se estima que en Malawi hay 900 000 personas que viven con el VIH/SIDA y 170 000 necesitadas de TAR. El plan del país para ampliar el acceso al tratamiento aspira a dispensar antirretrovirales (sin tasas de usuario) a 80 000 personas para finales de 2005, lo que supera su meta de 68 000 en el marco de la iniciativa “Tres millones para 2005”, y ello pese a un gasto anual en salud de apenas US\$ 12 y un enorme déficit de recursos humanos (Fig. 13).

¿Cómo alcanzará Malawi su ambiciosa meta? El país emplea desde hace muchos años la estrategia DOTS para luchar eficazmente contra la tuberculosis, y ahora está aplicando las enseñanzas extraídas para acelerar el acceso al TAR. Ello supone contar con definiciones normalizadas de las personas elegibles, pautas terapéuticas sencillas, suministros fiables de medicamentos, personal de apoyo al tratamiento para garantizar la observancia, y un mecanismo de seguimiento y evaluación regular basado en registros normalizados y notificaciones trimestrales. De este modo, Malawi aspira a incrementar todo lo posible el uso del TAR y la observancia terapéutica, y a minimizar las farmacorresistencias.

Fig. 13. Número de centros que dispensan TAR en Malawi y número de personas que han empezado a recibirlo; enero 2003-septiembre 2004

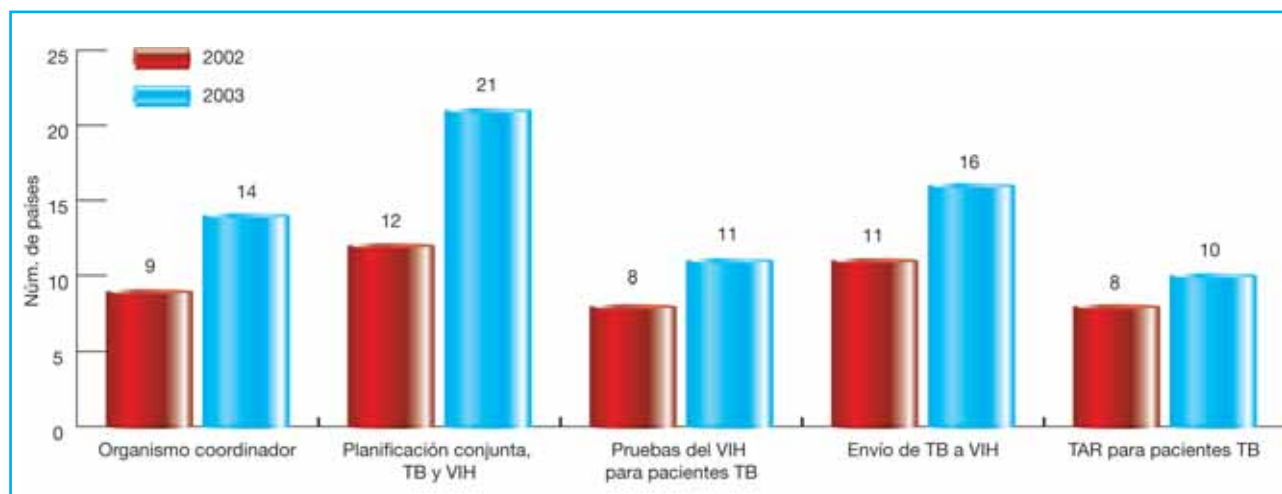


La colaboración entre los consultorios de lucha antituberculosa y los de asesoramiento y pruebas del VIH ha logrado que más del 70% de las personas que están recibiendo tratamiento antituberculoso hayan aceptado el ofrecimiento de someterse a pruebas del VIH. Consejeros no profesionales liberan al personal de enfermería de las tareas de orientación y ayudan a compensar la grave escasez de estos trabajadores. Para enero de 2005, los 44 hospitales de los 28 distritos de Malawi estarán ofreciendo sistemáticamente asesoramiento y pruebas del VIH a las personas en tratamiento antituberculoso. En diciembre de 2004, 23 de los 59 centros públicos designados dispensaron antirretrovirales a más de 9000 personas. Los funcionarios regionales de la lucha antituberculosa han recibido formación sobre el TAR y están registrando, supervisando y evaluando tanto éste como el tratamiento antituberculoso. El método de análisis de cohortes empleado en la tuberculosis sirve de base a nuevos instrumentos para el seguimiento y la evaluación del TAR. Las unidades centrales de los programas nacionales de lucha antituberculosa y de lucha contra el VIH/SIDA analizarán conjuntamente los datos recopilados por los funcionarios regionales.¹⁴

¹⁴ Harries A et al. Monitoring the responses to antiretroviral therapy in resource-poor settings: the Malawi model. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2004, 98:695–701. Harries A et al. Expanding antiretroviral therapy in Malawi: drawing on the country's experience with tuberculosis. *British Medical Journal*, 2004, 329:1163–1166.

Una encuesta sobre actividades de colaboración relacionadas con la TB y el VIH/SIDA en 45 países con alta carga de tuberculosis relacionada con el VIH obtuvo respuestas de 32 de ellos (Fig. 14). Se notificaron avances en casi todos los ámbitos de políticas. Diez de los 32 países cuentan actualmente con unos criterios para la dispensación de tratamiento ARV a las personas con tuberculosis.

Fig. 14. Resultados de una encuesta sobre políticas nacionales referidas a actividades de colaboración entre la lucha antituberculosa y la lucha contra el VIH/SIDA en 32 países con alta carga de TB relacionada con el VIH; 2002 y 2003



Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas

El VIH debilita el sistema inmunitario de las personas y las hace más propensas a infecciones que generalmente pueden combatirse cuando dicho sistema está sano. La profilaxis con trimetoprim y sulfametoxazol, una combinación medicamentosa de bajo coste y fácil de conseguir, puede ayudar a prevenir muchas de estas infecciones, por lo que se recomienda en las personas con infección por el VIH o SIDA. La profilaxis con isoniazida, un antituberculoso barato y seguro, puede ayudar a prevenir la tuberculosis activa. En el caso de las infecciones por criptococos, tanto los casos nuevos como las recurrencias tras el tratamiento inicial (profilaxis secundaria) pueden prevenirse con fluconazol, un antimicótico ampliamente difundido.

Algunos países, como Tailandia, han realizado un esfuerzo concertado para mejorar la cobertura de la profilaxis con trimetoprim y sulfametoxazol, el tratamiento de la tuberculosis y la profilaxis secundaria de la meningitis criptocócica entre las personas que viven con el VIH/SIDA.

En África se utiliza raramente la profilaxis con trimetoprim y sulfametoxazol. Una encuesta realizada en 2003 estimó que sólo el 3% de los adultos y el 1% de los niños que viven con el VIH/SIDA habían recibido esta combinación medicamentosa.¹⁵ Los resultados de dos estudios recientes en Uganda (en adultos¹⁶) y en Zambia (en niños¹⁷) impulsaron a la OMS, el ONUSIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a modificar las recomendaciones vigentes sobre la profilaxis infantil con trimetoprim y sulfametoxazol. Según las nuevas, debe administrarse desde las 4-6 semanas de edad a todos los niños expuestos al VIH, así como a todos los niños identificados como infectados por el VIH y con signos o síntomas clínicos de la infección. Está prevista una reunión complementaria de análisis para principios de 2005.

Prevención de la infección por el VIH en los lactantes

En la lista de prioridades, también ocupa un lugar preferente la necesidad de prevenir la infección por el VIH en los lactantes, y en particular la transmisión de la madre al niño. Sin embargo, se estima que en 2003 sólo el 5% de las embarazadas en el África subsahariana y el 8% en el mundo tuvieron acceso a servicios de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

¹⁵ ADI, ONUSIDA, OMS, UNICEF y Policy Project. *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. Washington, D.C., Policy Project, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/coverage/en, consultado el 31 de diciembre de 2004).

¹⁶ Mermin J et al. Effect of co-trimoxazole prophylaxis on morbidity, mortality, CD4-cell count, and viral load in HIV infection in rural Uganda. *Lancet*, 2004, 364: 1428-1434.

¹⁷ Chintu C et al. Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections as HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Lancet*, 2004;364:1865-1871.

Así como la lucha antituberculosa proporciona un modelo para los sistemas de asistencia, los programas de atención prenatal son fundamentales para acelerar el acceso al tratamiento preventivo de la transmisión maternoinfantil. Una medida que se está mostrando eficaz es ofrecer sistemáticamente asesoramiento y pruebas del VIH. Se les dice a las embarazadas que son determinaciones habituales y se les pregunta si quieren renunciar a ellas, procedimiento utilizado a menudo con otras pruebas médicas sistemáticas.

También es preciso ampliar los servicios de prevención primaria, el asesoramiento y las pruebas, el tratamiento y el apoyo a las mujeres que viven con el VIH y a sus familias.

Ucrania ha demostrado que es posible ampliar masivamente la prevención de la transmisión de la madre al niño. El Ministerio de Salud dispone de una infraestructura bien desarrollada de servicios de salud maternoinfantil que parece dispuesta a suprimir todos los contagios del VIH en lactantes para el año 2010. Gracias al recurso de presentar el asesoramiento y las pruebas como sistemáticos y a que casi todas las mujeres aceptaran someterse a ellas, Ucrania logró reducir la transmisión de la madre al niño del 28% en 2000 al 10% en 2002.

En junio de 2004, la Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation ya estaba apoyando programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño en 17 países. De las más de 90 000 mujeres con infección por el VIH/SIDA identificadas gracias a dichos programas, más de dos terceras partes recibieron profilaxis con antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos. En diciembre de 2004, la fundación había dispensado también TAR a casi 9500 adultos y 785 niños por medio de sus programas asistenciales en cuatro países.

La Universidad de Columbia, de la ciudad de Nueva York, dirige la iniciativa MTCT-Plus en trece centros de nueve países: ocho del África subsahariana y Tailandia. MTCT-Plus apoya la prevención de la transmisión de la madre al niño y la prestación de asistencia, que incluye el TAR para las mujeres, sus parejas y sus hijos. Entre enero de 2002 y agosto de 2004, 5540 mujeres y sus familias se han beneficiado de esta iniciativa y 1142 han recibido TAR. Tanto el programa de la Glaser Foundation como el de la Universidad de Columbia reciben una considerable ayuda económica del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA.

La prevención y el tratamiento van unidos

La prevención y el tratamiento deben ser sinérgicos, y lograr la meta de tres millones de personas en tratamiento para 2005 supone ampliar masivamente el acceso a ambos. Un tratamiento eficaz constituye una forma de prevención, aun imperfecta, puesto que reduce la carga vírica y las posibilidades de transmitir el VIH incluso en relaciones sexuales sin protección. En la ampliación del acceso al tratamiento, la necesidad concurrente de ampliar con celeridad la cobertura del asesoramiento y las pruebas representa un punto de partida fundamental para expandir todas las actividades de prevención. Cuanto más aprenden las personas sobre el VIH y el SIDA, mayor es su capacidad de prevenir la transmisión y protegerse frente a las infecciones oportunistas. Si resultan ser seronegativas, pueden tomar medidas para protegerse ellas mismas y sus familias de la infección.

A medida que las personas están mejor informadas, el estigma y la discriminación disminuyen, lo que facilita que otras personas decidan conocer su estado serológico y se rompa así la cadena de la transmisión.

Ha habido relativamente poca información sobre la forma en que el tratamiento afecta a la prevención en los países en desarrollo. Un metanálisis reciente permitió concluir que, en los industrializados y prósperos, las personas con infección por el VIH/SIDA que reciben TAR no mostraban comportamientos sexuales más arriesgados, ni siquiera cuando el tratamiento lograba hacer indetectable la carga vírica. Sin embargo, las creencias de las personas sobre el TAR y la carga vírica pueden fomentar las relaciones sexuales sin protección. Los mensajes sobre prevención deben abordar también estas cuestiones.¹⁸

La preparación para el tratamiento

Las personas que viven con el VIH/SIDA y las comunidades afectadas tienen un papel clave en la preparación de otras personas para que empiecen a tomar antirretrovirales y sigan haciéndolo durante mucho tiempo. Como beneficiarias de los programas de tratamiento, atención y prevención, deben ser escuchadas, participar en las decisiones relativas a su propia atención médica e intervenir activamente en el desarrollo y la aplicación de los programas a largo plazo. También se les debe apoyar en sus actividades de sensibilización. De ahí que la preparación para el tratamiento —que comprende la sensibilización, la información y la movilización comunitaria

¹⁸ Crepez N, Hart TA, Marks G. Highly active antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA*, 2004, 292:224-236.

en favor de las personas que viven con el VIH/SIDA y las comunidades afectadas— sea uno de los factores determinantes de la incidencia que puedan tener los planes, los recursos y los sistemas de dispensación del tratamiento del VIH/SIDA. Por ello, el Programa de Preparación para el Tratamiento de la OMS ha realizado una importante contribución económica al Fondo de Colaboración para la Preparación para el Tratamiento, que está estructurado como una alianza mundial entre la Fundación Tides, la International Treatment Preparedness Coalition, la OMS, más de 15 donantes y numerosos prestadores de asistencia técnica. Su actividad fundamental es asignar subvenciones revisadas por expertos para apoyar los proyectos de información sobre el tratamiento del VIH/SIDA, de sensibilización y de movilización de las comunidades en los países en desarrollo. En cada región o subregión que recibe financiación, grupos comunitarios de análisis integrados por personas que viven con el VIH/SIDA y por promotores del tratamiento de base comunitaria y educadores determinan las prioridades de financiación, estudian las solicitudes y deciden sobre los desembolsos.

El Fondo de Colaboración realiza también labores de desarrollo de la capacidad en relación con el acceso y la preparación para el tratamiento en el ámbito de redes regionales de personas que viven con el VIH/SIDA, promotores del tratamiento del VIH de base comunitaria y educadores. El tipo de apoyo varía en función de las necesidades, capacidades e infraestructuras existentes en cada una de las regiones. Además de aportar ayuda económica al Fondo, la OMS financia una evaluación participativa de la eficacia del programa que ayudará a diseñar y aplicar futuras iniciativas dirigidas por las comunidades.

El Fondo de Colaboración es un ejemplo destacado de los principios del movimiento MPPVS (Mayor Participación de las Personas que Viven con el VIH/SIDA) aplicados a una iniciativa mundial de salud pública.

Medicamentos y pruebas diagnósticas para el SIDA

Es fundamental que los programas de los países en desarrollo dispongan de una fuente fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas del VIH/SIDA. El coste de éstos para las personas y los países sigue obstaculizando la ampliación masiva del acceso, por lo que es preciso encarar el problema; asimismo, debe garantizarse la calidad. Es importante asegurar un suministro de fármacos suficiente, que facilite la toma del tratamiento y reduzca el coste, mejorando con ello la observancia del TAR.

El programa de precalificación de la OMS constituye una parte importante de este esfuerzo. La precalificación no es un sistema de reglamentación farmacéutica. La OMS no aprueba fármacos para su uso en un país determinado; eso es incumbencia de los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica, que se basan en normas jurídicas nacionales. La OMS se limita a elaborar una lista de los medicamentos que se ha demostrado que cumplen las normas internacionales vigentes de calidad, seguridad y eficacia, lo que los hace idóneos, ante todo, para su adquisición por los organismos de las Naciones Unidas (véase <http://mednet3.who.int/prequal> y http://www.who.int/medicines/organization/qsm/expert_committee/expertcomm.shtml). La precalificación de la OMS es transparente (toda la información conexas es de dominio público) y corre a cargo de asesores e inspectores muy cualificados de organismos de reglamentación farmacéutica consolidados de países de la Unión Europea, Canadá o Suiza (Recuadro 4). El programa facilita también la formación del personal de los organismos de reglamentación farmacéutica de los países en desarrollo.

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) se ha ampliado hasta 16 miembros y se ha redefinido como una red de organizaciones que ofrecen apoyo para adquirir y gestionar los suministros de medicamentos y pruebas diagnósticas del VIH/SIDA. La OMS actúa como secretaría y los demás asociados aportan gran parte del apoyo técnico y suministran los antirretrovirales.

El AMDS ha seguido dialogando y negociando con la industria farmacéutica basada en la investigación a fin de garantizar un abastecimiento suficiente de medicamentos del VIH/SIDA asequibles y de buena calidad. Centra su interés, por un lado, en el sistema de precios escalonados y la ampliación de las listas de países que cumplen las condiciones para obtener precios bajos e intermedios, y por otro, en un seguimiento de las ventas que ayude a determinar el número de personas en tratamiento en cada país y a evaluar las necesidades con miras a acelerar el acceso.

Este servicio, que actúa como centro de información sobre antirretrovirales y pruebas diagnósticas, proporciona a los asociados los últimos datos sobre patentes, situación de los registros y precios, así como sobre el descubrimiento, la fabricación, la disponibilidad y el coste de nuevos fármacos.

Los asociados del AMDS que participan en la adquisición han visto aumentar drásticamente sus compras de antirretrovirales y pruebas diagnósticas. La Asociación Internacional de Dispensarios ha proporcionado antirretrovirales por valor de US\$ 105 millones a 21 países en 2004, un aumento espectacular desde los

apenas tres países de 2003, y UNICEF los ha suministrado a 37 países en los 18 últimos meses. El valor de las adquisiciones está aumentando rápidamente de menos de US\$ 2 millones en 2003 a US\$ 7,5 millones en los tres primeros trimestres de 2004. UNICEF ha estado almacenando antirretrovirales desde octubre de 2004 para ayudar a hacer frente a situaciones de escasez. Ha firmado acuerdos con 22 países y dispone de reservas por valor de US\$ 500 000 para emergencias. La Fundación Bill y Melinda Gates ha donado US\$ 250 000 más para incrementar la reserva. La Fundación Presidencial William J. Clinton ha negociado precios preferenciales para algunos antirretrovirales genéricos y algunas pruebas diagnósticas, y ha firmado acuerdos con el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el UNICEF, la Asociación Internacional de Dispensarios y la OMS que garantizan que los países y las organizaciones con los que trabajan tengan acceso a estos fármacos y pruebas diagnósticas a precios muy favorables.

Los asociados del AMDS, entre ellos la OMS y UNICEF, apoyan también el desarrollo de principios que ayuden a los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica a estudiar las solicitudes de aprobación de medicamentos basados en combinaciones de dosis fijas. La OMS ha precalificado combinaciones genéricas de dosis fijas para el tratamiento de personas que viven con el VIH/SIDA en países de recursos limitados. En un pequeño ensayo clínico multicéntrico llevado a cabo en Camerún, resultaron muy alentadores los resultados de eficacia, seguridad y calidad de una combinación genérica de dosis fijas de nevirapina, estavudina y lamivudina.¹⁹ Estos estudios son fundamentales para seguir evaluando los medicamentos que la OMS recomienda y que numerosos organismos donantes adquieren.

Recuadro 4. Garantizar el cumplimiento de normas rigurosas

A finales de mayo de 2004, la OMS suprimió dos antirretrovirales de Cipla Ltd. de su lista de productos precalificados. El 9 de noviembre de 2004, el laboratorio indio Ranbaxy Laboratories Ltd. retiró voluntariamente de ella siete de estos fármacos (y todos los expedientes de productos similares en evaluación). La siguiente semana, otro fabricante de antirretrovirales genéricos con sede en la India, Hetero Drugs Limited, hizo lo propio con seis de sus medicamentos.

Estas retiradas tuvieron su origen en inspecciones de la OMS a organizaciones de investigación por contrato que habían llevado a cabo estudios de bioequivalencia. En ulteriores inspecciones, los laboratorios descubrieron discrepancias en la documentación que debía demostrar la bioequivalencia entre los productos y los medicamentos originales. Constataron también que las organizaciones de investigación por contrato que habían utilizado para los estudios de bioequivalencia no operaban con arreglo a las directrices internacionales de buenas prácticas clínicas y buenas prácticas de laboratorio.

La OMS ha informado a sus Estados Miembros de que, en principio, las irregularidades detectadas en las organizaciones de investigación por contrato no afectan a la calidad farmacéutica probada de los medicamentos, incluidas su pureza y su estabilidad, pero, cuando sea posible, los usuarios deberán suspender el uso de los medicamentos retirados de la lista y empezar a tomar otros precalificados. No obstante, la OMS ha recomendado también seguir utilizando los productos retirados de la lista si es difícil obtener de inmediato los precalificados. Demorar el tratamiento entraña mayores riesgos que dispensar medicamentos que pueden ser o no bioequivalentes, pero cuya calidad y seguridad están demostradas. Se recomienda no sustituir éstos por otros productos no precalificados, ya que la OMS no ha documentado su calidad.

El 30 de noviembre, la OMS reincorporó a su lista de medicamentos precalificados dos antirretrovirales de Cipla Ltd. Este fabricante ha llevado a cabo nuevos estudios de bioequivalencia para confirmar que ambos son terapéuticamente equivalentes a sus homólogos de marca.

Las constantes inspecciones que la OMS lleva a cabo en organizaciones de investigación por contrato que realizan ensayos con antirretrovirales forman parte del proceso de seguimiento continuo y son uno de los componentes básicos del proyecto de precalificación. Esta labor refleja la responsabilidad que la OMS tiene de ayudar a los países a impulsar la fabricación de medicamentos seguros y eficaces y a mejorar sus mecanismos de garantía de la calidad. La actual lista de la OMS de medicamentos precalificados contiene 50 antirretrovirales, entre ellos tres combinaciones dobles de dosis fijas y dos triples (dos o tres antirretrovirales en una sola pastilla), fabricadas por Abbott Laboratories, GlaxoSmithKline y Cipla. En la actualidad, varios antirretrovirales nuevos (incluidas combinaciones de dosis fijas) se encuentran a la espera de ser evaluados por la OMS.

¹⁹ Laurent C et al. Effectiveness and safety of a generic fixed-dose combination of nevirapine, stavudine, and lamivudine in HIV-1 infected adults in Cameroon: open-label multicentre trial. *Lancet*, 2004, 364:29–34.

El AMDS intermedia en la obtención de apoyo técnico y con ello ayuda a los países a desarrollar capacidad en sus propias cadenas de abastecimiento para que los suministros se trasladen de manera eficiente de la central de adquisiciones a los centros de tratamiento. Una vía para prestar dicho apoyo son los talleres regionales sobre adquisición y gestión de suministros. En diciembre, por ejemplo, los celebrados en Kenya y Camboya permitieron adiestrar a decenas de participantes de casi veinte países. Otra vía es ayudar a los países a elaborar planes de adquisición y gestión de suministros. Muchos los han elaborado ya y prevén contar con 120 gestores de suministros capacitados para mediados de 2005.

Precios de los antirretrovirales en los países en desarrollo

El alto coste de los antirretrovirales sigue siendo un obstáculo para la ampliación masiva del tratamiento y la atención a las personas infectadas por el VIH. En el caso de los tratamientos de primera línea, el precio más bajo para los países ronda los US\$ 140 por persona y año, pero los precios medios siguen siendo de al menos US\$ 300. Para llegar al hito de US\$ 50-200 por persona y año marcado para diciembre de 2005 se necesitará una considerable colaboración por parte de todos los asociados de la iniciativa "Tres millones para 2005". Entretanto, los tratamientos de segunda línea siguen siendo prohibitivos en gran parte del mundo. Con el cambio de las características de la epidemia, esta situación podría representar un peligro cada vez más grave para la salud pública. Es fundamental que la comunidad internacional actúe ahora para que el coste de los fármacos obstaculice la continua mejora de la utilización y la observancia de los servicios relacionados con la infección por el VIH.

Los precios en Europa y Asia central

Los precios de los tratamientos de primera y segunda línea siguen siendo objeto de preocupación en Europa oriental y Asia central. Los países de la Comunidad de Estados Independientes han obtenido reducciones en los precios de los antirretrovirales. En la República de Moldova y en Ucrania, por ejemplo, los gobiernos están comprando antirretrovirales genéricos a través de la Asociación Internacional de Dispensarios gracias a la subvención del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En la Federación de Rusia están en marcha negociaciones directas con la industria farmacéutica basada en la investigación, y al mismo tiempo hay antirretrovirales genéricos en proceso de registro.

En otros países los precios se mantienen altos, lo que limita gravemente el acceso al tratamiento. Dado que las cifras de enfermos de SIDA son relativamente bajas, salvo en el caso de Rumania, la mayoría de los pacientes reciben actualmente los antirretrovirales a través del sistema sanitario público. Cuando dichas cifras aumentan, la carga económica de la adquisición de antirretrovirales empieza a resultar muy onerosa.

De una reunión de organizaciones de activistas celebrada en Varsovia (Polonia) surgió un grupo de trabajo con el propósito de instar a la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores de la Comisión Europea a que emprenda acciones. Reducir los precios para los diez países que se incorporaron a la Unión Europea en mayo de 2004 es complicado, porque las estipulaciones del mercado único europeo han conducido a que los precios suban hasta los niveles que prevalecen en los 15 países que eran miembros antes de mayo de 2004. Se han celebrado varias reuniones para abordar esta cuestión y hay otras programadas.

Adquisición y gestión de suministros

Los países y los programas están acumulando rápidamente experiencia de primera mano en la obtención de antirretrovirales, de ahí que los problemas y los posibles cuellos de botella en la adquisición y gestión de suministros estén cambiando. Durante 2005, los funcionarios tendrán que ocuparse menos de seleccionar productos, encontrar proveedores y cursar pedidos que de financiar adquisiciones reiteradas, preservar la flexibilidad operativa y legal del proceso de adquisición, prever la demanda basándose en la utilización del TAR y poner en marcha un sistema sólido de gestión de suministros para garantizar que los centros sanitarios los reciban a tiempo. Ayudar a los países a establecer un sistema eficiente y eficaz de adquisición y gestión de suministros no sólo es fundamental para ampliar el acceso al TAR, sino que facilita, además, el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

Formación de los profesionales sanitarios

Un obstáculo importante a la ampliación del acceso al TAR es la falta de agentes de atención de salud cualificados, desde médicos especializados a asistentes. Para lograr las metas de la iniciativa "Tres millones para 2005" es probable que se necesiten hasta 100 000 agentes de atención de salud adiestrados. Los módulos de *Atención integrada a las enfermedades de los adolescentes y adultos* (IMAI) de la OMS proporcionan orientaciones

técnicamente fiables para transferir competencias prácticas esenciales, transmitir conocimientos teóricos y ampliar los equipos de atención de salud con miras a incorporar a personal no técnico, incluidas personas que viven con el VIH/SIDA.

Los módulos IMAI ofrecen directrices sencillas, materiales de formación e instrumentos educativos, y abordan la atención clínica, la orientación y el seguimiento de las personas tratadas, así como la coordinación del TAR en los distritos.

El enfoque IMAI, aplicado por vez primera en Uganda, impulsa la creación de alianzas dentro de los países y entre ellos. Los talleres y la creación de centros de conocimiento propician la contratación local y el crecimiento exponencial del número de agentes de salud profesionales y no profesionales (Recuadro 5). Esto también fortalece todo el sistema de salud, ya que los limitados recursos humanos se utilizan de manera óptima y la atención es integrada.

Las personas que viven con el VIH/SIDA tienden a convertirse en expertas en su propia enfermedad, por eso se las anima a intervenir como instructoras en cursos para médicos y asistentes, y a asumir ellas mismas labores auxiliares. Las que tienen aptitudes pueden también desempeñar tareas administrativas y liberar así personal profesional.

Recuadro 5. Un centro regional de conocimientos en Ucrania

La formación en materia de TAR era prácticamente inexistente en Europa central y oriental antes de 2003. En ese año, una subvención del Organismo Alemán de Cooperación Técnica apoyó la colaboración de la OMS y la American International Health Alliance con el Ministerio de Salud de Ucrania, el Centro Nacional del SIDA, la Academia Médica de Formación de Posgrado de Kiev, MSF y AIDS Foundation East-West para planificar un centro regional de conocimientos. En enero de 2004 se creó en Kiev (Ucrania) el Centro de Conocimientos para la Atención y el Tratamiento del VIH/SIDA en Eurasia, que desempeña las funciones siguientes:

- ayuda a preparar planes nacionales de lucha contra el VIH/SIDA que abordan las necesidades en materia de desarrollo de capacidad humana;
- elabora programas de formación con componentes basados en conocimientos teóricos que imparte en entornos educativos y clínicos, y componentes prácticos que son objeto de tutorías en los lugares de trabajo;
- crea recursos de información en línea para profesionales sanitarios; y
- traduce y adapta directrices, protocolos y materiales sobre buenas prácticas.

El Centro de Conocimientos desempeñó un papel decisivo en el consenso de un plan nacional ucraniano de ampliación del acceso al TAR que se ha fijado la meta de dispensar tratamiento a 2000 adultos y 100 niños en seis regiones para 2005. La idea es empezar por crear equipos asistenciales compuestos por un médico, un enfermero y un asistente social o un asesor. A la formación basada en conocimientos teóricos seguirá la capacitación práctica. Desde junio de 2004, el Centro de Conocimientos ha formado a 66 cuidadores con una subvención del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y apoyo de la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA.

Ha elaborado, asimismo, un sistema para cuantificar y evaluar los resultados de la formación que comprende el seguimiento periódico en los centros. Su personal realiza también visitas a éstos para ayudar en la dispensación de TAR cuando llegan los primeros grupos de personas para recibirlo.

En la actualidad, el Centro de Conocimientos trabaja para que los médicos, enfermeros y asistentes sociales que siguen sus cursos reciban una titulación reconocida nacional e internacionalmente. Proyecta ampliar sus programas de formación a la Federación de Rusia en 2006 y ha iniciado conversaciones con otros países.

En Suazilandia, por ejemplo, están trabajando ocho instructores expertos y doce instructores del IMAI; en agosto de 2004 ya se había adiestrado a 32 profesionales sanitarios de cuatro regiones. La formación del IMAI está

también bastante avanzada en Eritrea, en la provincia sudafricana del Cabo Oriental y en Sudán. Las directrices clínicas se han adaptado rápidamente en Burundi y Senegal, donde la formación está en marcha, y están en fase de adaptación en Burkina Faso y otros países francófonos de África.

Garantía de la calidad y acreditación

La falta de infraestructuras materiales y servicios que cumplan normas satisfactorias sigue siendo un problema en la mayor parte de los países en desarrollo. Una Comisión Conjunta Internacional fija los criterios por los que se mide la calidad de la atención de salud que prestan más de 15 000 organizaciones sanitarias de todo el mundo. La acreditación conlleva evaluaciones en los propios centros por parte de equipos de profesionales sanitarios de la Comisión Conjunta Internacional al menos una vez cada tres años.

Algunos países cuentan ya con sistemas de acreditación, pero ninguno específico del tratamiento de VIH/SIDA. Está previsto que en agosto de 2005 se disponga de unas directrices prácticas y adaptables que orienten el desarrollo de dichos sistemas.

Con el establecimiento de normas no se persigue, en absoluto, penalizar a los países o a los centros sanitarios, sino instaurar un marco para la mejora continua de la calidad. Esto, a su vez, puede ayudar a estructurar el enfoque que cada país aplique a la ampliación masiva del acceso al tratamiento. La OMS y la Comisión Conjunta Internacional están elaborando directrices prácticas y adaptables que sirvan para implantar sistemas de acreditación de los servicios relacionados con el VIH/SIDA. También brindarán apoyo técnico a los países e instituciones que deseen establecer dichos sistemas, y fomentarán y apoyarán el desarrollo de alianzas a escala nacional, regional e internacional para alentar a que se acepten y cumplan las normas de acreditación, supervisar y evaluar su aplicación, y mejorarlas.

Seguimiento del tratamiento

Un TAR eficaz puede lograr que el VIH/SIDA deje de ser una sentencia de muerte y se convierta en una enfermedad crónica. Para mantener sanas y productivas a las personas con enfermedades crónicas es preciso vigilar y evaluar periódicamente su situación clínica y la observancia terapéutica.

Lo ideal es que la historia clínica de las personas que viven con el VIH/SIDA quede registrada y esté disponible en todas las visitas al consultorio. El registro de pacientes es un elemento fundamental del sistema de archivo de historias clínicas y seguimiento. La mayor parte de la información se utiliza en beneficio de ellos; el resto permite a los programas funcionar correctamente y generar los datos necesarios para evaluar y mejorar los servicios a escala institucional, nacional y mundial. Los resúmenes de estos datos ayudan, por ejemplo, a adquirir y distribuir oportunamente medicamentos y suministros, así como a cuantificar los avances hacia las metas nacionales y mundiales. La sencillez es la clave de un sistema de seguimiento robusto, que sólo debería recopilar los datos mínimos necesarios para atender a las personas que viven con el VIH/SIDA, gestionar adecuadamente el centro y el sistema nacional, y presentar las notificaciones internacionales.

En marzo de 2004, la OMS convocó una reunión de representantes del Gobierno de los Estados Unidos de América, otros donantes bilaterales y muchas organizaciones no gubernamentales para consensuar un conjunto mínimo de datos normalizados que deban recopilarse.

En varios países, los sistemas de seguimiento se están organizando sobre la base de la experiencia de la lucha antituberculosa, con modificaciones para adaptarlos al TAR de por vida. Malawi ha establecido un sistema de este tipo (Recuadro 3).

Hay también ejemplos de sistemas electrónicos de seguimiento en desarrollo. Brasil cuenta con más de 900 centros de dispensación de TAR y utiliza un sistema basado en internet para gestionar la adquisición y distribución de medicamentos y suministros a los centros. Otras instituciones y organismos han establecido sistemas informatizados de archivo de historias clínicas, entre ellos el Mosoriot Hospital de Kenya, MSF (un paquete informático denominado FUCHIA) y el Gobierno de los Estados Unidos de América (el sistema CareWare, ideado para utilizarse con los infectados por el VIH de los Estados Unidos y empleado actualmente en algunos consultorios de Uganda). En Haití, Partners In Health ha implantado un sistema de historias clínicas electrónicas que emplea satélites para comunicarse con centros remotos, llevar a cabo el seguimiento de las existencias de medicamentos y otros suministros, y estimar las necesidades futuras, lo que demuestra que es factible sortear unas infraestructuras débiles para resolver un problema muy grave.

Farmacorresistencia

El VIH muta con frecuencia durante su replicación en las células humanas, y algunas de esas mutaciones reducen la eficacia de los antirretrovirales. Si la observancia terapéutica falla, pueden aparecer cepas víricas farmacorresistentes que hagan fracasar el TAR. En cambio, si éste se diseña y dispensa correctamente y hay un alto índice de observancia, se minimiza la aparición de farmacorresistencias.

No hay pruebas de que, a raíz de la ampliación masiva del acceso al TAR en los países en desarrollo, esté resultando más difícil controlar la propagación de cepas del VIH resistentes al tratamiento. Las tasas de farmacorresistencia no son superiores a las de los países industrializados prósperos. La resistencia primaria del VIH-1 se ha mantenido baja en Brasil, donde se empezó a administrar la triterapia a gran escala en 1995-1996, y también en Côte d'Ivoire y Uganda, que comenzaron con el TAR en 1998, dentro de la Iniciativa para la Aceleración del Acceso a los antirretrovirales.

En la actualidad, la OMS se está centrando en la colaboración con los países para implantar sistemas de vigilancia y seguimiento de la farmacorresistencia del VIH. Está previsto realizar encuestas de umbral encaminadas a determinar el grado de transmisión de la resistencia en poblaciones en las que se ha empleado informalmente el TAR durante varios años, y sirviéndose, en general, de muestras sobrantes de rondas de vigilancia del VIH o de estudios especiales en centros centinelas. El primer estudio se ha llevado a cabo en México. En los próximos meses se iniciará el seguimiento de la farmacorresistencia del VIH en poblaciones de dos países que van a empezar a recibir tratamiento normalizado. Además, se está prestando mucha atención al desarrollo de una red de laboratorios que lleven a cabo pruebas de farmacorresistencia. En la actualidad, laboratorios de Botswana, Costa de Marfil, Senegal y Sudáfrica participan en un programa de garantía de la calidad de los laboratorios participantes en el seguimiento de la farmacorresistencia del VIH en la Región de África de la OMS.

Investigación operativa

No existen modelos universales para ampliar masivamente el acceso al tratamiento de la infección por el VIH y optimizar los programas de prevención a la escala necesaria. Es fundamental un planteamiento basado en pruebas científicas, pero la urgencia de la tarea exige también enfoques innovadores. El método basado en el aprendizaje práctico, del que la investigación operativa es un elemento clave, resulta esencial para el proceso de ampliación. El hecho de que las pruebas sean incompletas no debe limitar los esfuerzos, y aprender de las diversas iniciativas en curso exige evaluar aquéllas en tiempo real, durante la puesta en marcha y la ampliación de los programas de tratamiento.

Debe concederse prioridad a la investigación que guarde relación directa con la ampliación del acceso al TAR y pueda aplicarse extensamente. Hay dos principios básicos: en primer lugar, debe ser multidisciplinar e incorporar elementos clínicos, económicos, de los sistemas sanitarios y sociocomportamentales. En segundo lugar, los países han de conservar el control del proceso. La puesta en marcha de estudios de investigación operativa debería formar parte de las actividades sistemáticas de los programas, tanto si la iniciativa parte de interesados locales como si lo hace de asociados externos. La OMS, el UNICEF, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros asociados han empezado a colaborar con los países con miras a establecer las prioridades de la investigación operativa y elaborar propuestas de estudios.

Asistencia domiciliaria

En numerosos países muy afectados, la carga de morbilidad del VIH ha caído de lleno sobre los grandes centros sanitarios. Según un estudio llevado a cabo en Zambia, hasta la mitad de los días-paciente de las salas de un hospital central correspondían a personas con enfermedades relacionadas con el VIH. Los programas de asistencia domiciliaria son, pues, un elemento básico de las iniciativas de ampliación masiva del acceso al TAR, y es prioritario expandirlos.

Cuando sea pertinente, la asistencia domiciliaria puede reducir en gran medida la carga que soportan los sistemas sanitarios; y también para el paciente tiene claras ventajas. Una vez iniciado el TAR, rara vez se necesitan hospitalizaciones prolongadas. La mayoría de las infecciones relacionadas con el VIH, como la fiebre y la diarrea, pueden tratarse en el domicilio con el apoyo de agentes de salud formados. En muchos casos, permanecer en la casa es la única opción, ya que a menudo las instalaciones hospitalarias están muy alejadas, y el transporte y el alojamiento resultan prohibitivos.

Otra ventaja de la asistencia domiciliar es que contribuye a los esfuerzos por acelerar la prevención. La experiencia del programa TASO en Uganda y otros lugares indica que resulta más fácil y más eficaz asesorar e informar a las personas con VIH y sus familias en sus hogares. Además, los programas de asistencia domiciliar bien concebidos pueden reducir el aislamiento y el estigma y sacar provecho de los recursos sociales y psicológicos ofrecidos por la comunidad local.

Tratar a los niños

Los esfuerzos por acelerar el acceso al TAR han desatendido trágicamente a los niños. La sensibilización en su favor ha sido débil, su seguimiento, limitado, y es frecuente que los responsables de políticas y los cuidadores no estén convencidos de la eficacia del TAR en la población infantil, pese a las pruebas que demuestran lo contrario.

Se estima que una sexta parte de las defunciones debidas al VIH/SIDA en todo el mundo corresponden a menores de 15 años, pero éstos representan una proporción mucho menor de las personas que reciben TAR. Pocos programas se han centrado en el tratamiento de los niños. Una excepción es el establecido a escala nacional en Tailandia: permite que cada mes se incorporen a programas de TAR entre 200 y 300 niños, y éstos constituyen aproximadamente el 8% de las personas en tratamiento. En Brasil, donde las mujeres y los niños son una minoría de la población infectada, estos últimos representan alrededor del 5% de las personas en tratamiento. MSF informa de que el 6% de las personas que trata en el mundo son menores.

Se desconoce el número exacto de niños infectados por el VIH. Las estimaciones mundiales aproximadas se basan en calcular el número de mujeres con infección por el VIH/SIDA que dan a luz niños y aplicar una tasa intermedia de transmisión de la madre al niño, suponiendo que la lactancia natural es la norma. Se piensa que en 2004 murieron en el mundo más de medio millón de niños por el VIH/SIDA.

La vigilancia del estado de los niños con respecto al VIH es muy limitada; no ha constituido una cuestión prioritaria ni ha formado parte de los métodos de vigilancia de segunda generación. Ésta resulta complicada porque no es fácil diagnosticar a niños muy pequeños. En los menores de 18 meses, la infección por el VIH sólo puede diagnosticarse de forma fiable mediante pruebas especiales. La mayoría de los niños nacidos de madres infectadas no tienen acceso a estas técnicas caras y complejas. Las pruebas del VIH convencionales y al alcance de todos se basan en detectar anticuerpos que se transfieren de la madre al niño: una prueba positiva antes de los 18 meses puede reflejar la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre (seropositiva) y no una verdadera infección en el niño. Más de la mitad de las defunciones infantiles relacionadas con el VIH se producen en este periodo; gran parte de ellas quedan sin diagnosticar y sin contabilizar, y son por tanto “invisibles”.

La OMS propone que se elaboren criterios para el diagnóstico de presunción del VIH/SIDA que lleven a dispensar tratamiento aunque no haya confirmación. A su vez, la OMS, el UNICEF y otros asociados proponen una definición revisada del VIH/SIDA en niños, junto con un sistema mejorado de clasificación clínica que tenga en cuenta el rápido despliegue de programas para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño. Entretanto, la OMS propugna también la financiación de programas de investigación para desarrollar mejores métodos de diagnóstico.

El sistema de la OMS de clasificación clínica de la infección y la enfermedad por el VIH en niños se desarrolló hace varios años y nunca se ha evaluado. Muchos de los elementos clínicos de los estadios 2 y 3 no son específicos de la infección por el VIH, y se produce un considerable solapamiento con niños no infectados por este virus. Pocos laboratorios están equipados para el recuento de linfocitos CD4, y la mayoría tienen equipos que sólo pueden ofrecer cifras absolutas, no porcentuales (que exigen aparatos mucho más caros y complejos). Las recomendaciones resultan demasiado complicadas para aplicarlas de forma generalizada en un enfoque de salud pública. Se revisarán y simplificarán las directrices de tratamiento en función de los nuevos datos sobre la seguridad y la eficacia de las diversas pautas terapéuticas y la farmacoresistencia.

Además de mejores medios clínicos y diagnósticos, se necesitan urgentemente medicamentos asequibles y adecuados para los niños. Hay muy pocas formulaciones específicamente pediátricas y las que existen resultan a menudo mucho más caras que las destinadas a los adultos. Numerosos dispensadores trocean los comprimidos para adultos en mitades o incluso en cuartos, y admiten que estos comprimidos troceados pueden contener dosis relativamente desiguales. Las gráficas de administración basadas en el peso corporal son complejas y por lo general no resultan fáciles de utilizar en centros que carezcan de personal con especialización pediátrica.

Administrar tratamientos complejos resulta arduo para el tutor o el cuidador, y el volumen de fármacos que se necesitan cada mes puede ser considerable. Hay que enfocar de forma más práctica y sencilla la dispensación (Recuadro 6). UNICEF y la OMS han convocado la primera de una serie de reuniones consultivas para

desarrollar nuevas formulaciones pediátricas acordes a las directrices de tratamiento revisadas. Disponer de mejores datos sobre el VIH/SIDA en la población infantil permitirá prever con más exactitud la demanda de las diversas formulaciones y ayudará a la industria farmacéutica a cumplir su compromiso de fabricar los productos necesarios.

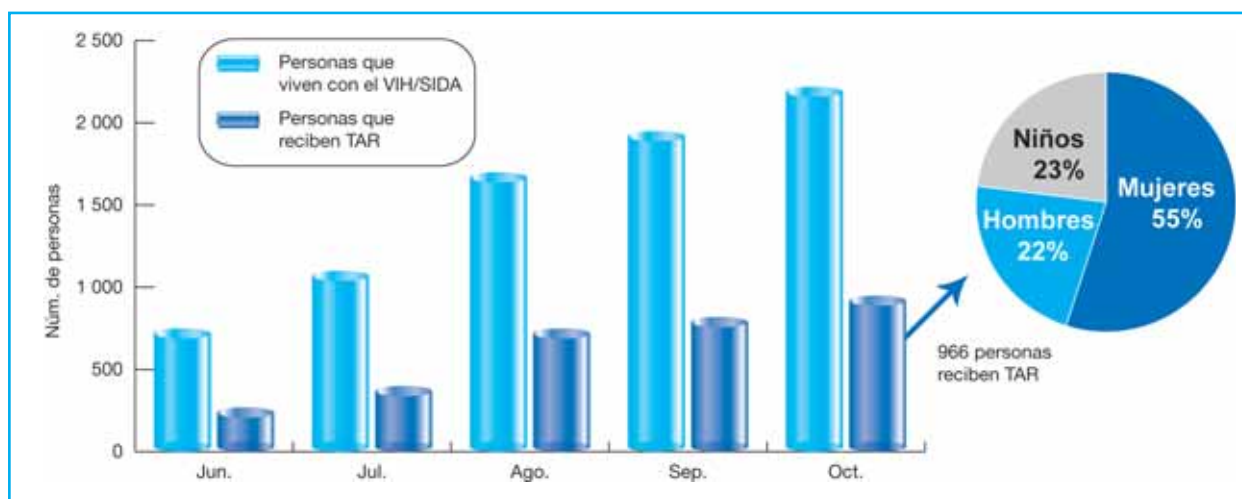
Recuadro 6. Un enfoque de la asistencia a la infección por el VIH centrado en la familia: la experiencia ACONDA en Abidján, Côte d'Ivoire)²⁰

Côte d'Ivoire tiene un decenio de experiencia en investigación clínica y terapéutica relacionada con la infección por el VIH. Se ha convertido en uno de los países a la vanguardia del desarrollo de programas piloto para mejorar el acceso a las medidas asistenciales, incluido el TAR de gran actividad. ACONDA es una organización no gubernamental creada en Abidján por médicos y otros profesionales sanitarios participantes en estas actividades, junto con el Ministerio de Salud y la Agence Nationale de Recherches sur le Sida. En colaboración con sus asociados, ACONDA presta en la actualidad servicios integrales de atención y tratamiento a familias afectadas por el VIH/SIDA en los dos distritos más densamente poblados de la ciudad.

Desde agosto de 2003, en dos consultorios comunitarios de salud maternoinfantil se ha incorporado al programa a 446 mujeres seropositivas que estaban embarazadas o habían dado a luz. Las mujeres en edad de procrear son el punto de partida para desarrollar un programa familiar de asistencia a la infección por el VIH. Las embarazadas que cumplen los criterios de la OMS para recibir TAR empiezan a tratarse antes del parto conforme a las directrices de 2004 de la OMS para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño.²¹ En total, 192 mujeres y 27 niños de sus familias han empezado a recibir TAR. Además, 116 parejas masculinas han aceptado ya someterse a las pruebas del VIH: a 64 se les ha informado de que son seropositivos y 33 han empezado a recibir tratamiento.

A principios de 2004, el mismo equipo desplegó este enfoque integral en un gran hospital público de atención primaria, con un consultorio para adultos y niños dedicado exclusivamente a la infección por el VIH y que ofrecía asesoramiento y pruebas voluntarias, además de toda la gama de servicios conexos. Los adultos y los niños que solicitan asistencia ordinaria son los puntos de acceso al programa de asistencia a la infección por el VIH. En seis meses se habían incorporado a éste 2217 personas que vivían con el VIH/SIDA, entre ellas 1177 mujeres y 338 niños; 966 están recibiendo TAR en la actualidad, en su mayoría mujeres y niños (Fig. 15). El programa se está ampliando a 10 centros más en el Gran Abidján, con una meta para 2008: ofrecer servicios de atención primaria relacionados con el VIH y un enfoque familiar del TAR al menos a 10 000 personas que viven con el VIH/SIDA. Los resultados iniciales del tratamiento son muy satisfactorios.

Fig. 15. Cifra acumulada de personas seropositivas incorporadas al programa de ACONDA en Abidján (Côte d'Ivoire); junio-octubre 2004



²⁰ Notificado por (orden alfabético): Xavier Anglaret, François Dabis, Bertin Kouadio, Valériane Leroy, Dominique Marchand, Thérèse Ndiri-Yoman, Freddy Perez, Roger Salamon, Catherine Seyler, Besigin Tonwe-Gold y Siaka Touré para el equipo ACONDA-ISPED. Fassinou P et al. Highly active antiretroviral therapies among HIV-1-infected children in Abidjan, Côte d'Ivoire. AIDS, 2004, 18:1905-1913.

²¹ Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en>, consultado el 31 de diciembre de 2004).

El VIH/SIDA y los sistemas sanitarios

El VIH/SIDA es la primera enfermedad crónica importante a la que muchos países en desarrollo están respondiendo con un tratamiento permanente a gran escala, lo cual podría fortalecer muchos sistemas sanitarios, ya que es preciso ofrecer una amplia gama de intervenciones a través de diversos puntos, públicos y privados, y de forma continua. Los desafíos que la pandemia plantea son comunes a los de otras prioridades sanitarias, como la tuberculosis, la malaria y la salud maternoinfantil.

Lograr la meta de tres millones de personas en tratamiento para 2005 exige ofrecer intervenciones muy diversas a través de numerosos puntos de dispensación públicos y privados de forma rápida e ininterrumpida. Por lo general, se suscitan tres preguntas:

- ¿Cómo pueden superarse las principales limitaciones de los sistemas sanitarios a corto plazo?
- ¿Cómo pueden sostenerse los resultados a medio plazo?
- ¿Cómo puede ampliarse masivamente el acceso al TAR, sin privar a otras prioridades sanitarias de los escasos recursos, sino mejorando la dispensación de todos los servicios de salud?

Se está prestando atención a cuatro elementos fundamentales que conforman lo que se conoce como “plataforma del sistema sanitario para el VIH/SIDA”:

- personal cualificado;
- sistemas de información;
- abastecimiento regular y bien gestionado de medicamentos y otros suministros, y
- sistemas de financiación justos y sostenibles.

Personal cualificado

Un informe de la *Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud*²² —consorcio integrado por más de 100 líderes del ámbito de la salud— muestra que los círculos nacionales e internacionales responsables de las políticas sanitarias han desatendido durante años la capacitación del personal de atención de salud en los países en desarrollo. Casi todos los ámbitos de recursos limitados se enfrentan a la escasez y a la mala distribución de los profesionales sanitarios, a desequilibrios en las combinaciones de conocimientos prácticos, a un entorno laboral desfavorable y a una base de conocimientos frágil. Sobre todo en los países más pobres, el personal sanitario se ve acosado por el VIH/SIDA, la emigración y unas inversiones insuficientes. Es fundamental movilizar y fortalecer los recursos humanos para combatir las crisis sanitarias.

Sistemas de información

Una respuesta provisional a la falta de datos en muchos de los países más afectados por el VIH/SIDA consiste en aplicar un sistema de información geográfica para cartografiar los servicios básicos de los distritos: es el denominado Cuestionario de Disponibilidad de Servicios (en inglés SAM), que obtiene información a escala de distrito sobre los servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA y otros servicios fundamentales, así como sobre infraestructuras, laboratorios y recursos humanos (Fig. 16). Puede aplicarse al seguimiento de la ampliación del acceso al TAR, pero también toma en consideración simultáneamente los indicadores básicos de los sistemas sanitarios, incluida la equidad geográfica.

Estas soluciones a corto plazo deben vincularse a esfuerzos más generales por mejorar a largo plazo los sistemas de información sanitaria en los países más pobres. Es lo que persigue Health Metrics Network (HMN), una nueva alianza internacional financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates. Su finalidad es catalizar el desarrollo de sistemas nacionales de información sanitaria e incrementar así la disponibilidad y el uso de datos oportunos y fiables que sirvan de base a la toma de decisiones a escala nacional y mundial.

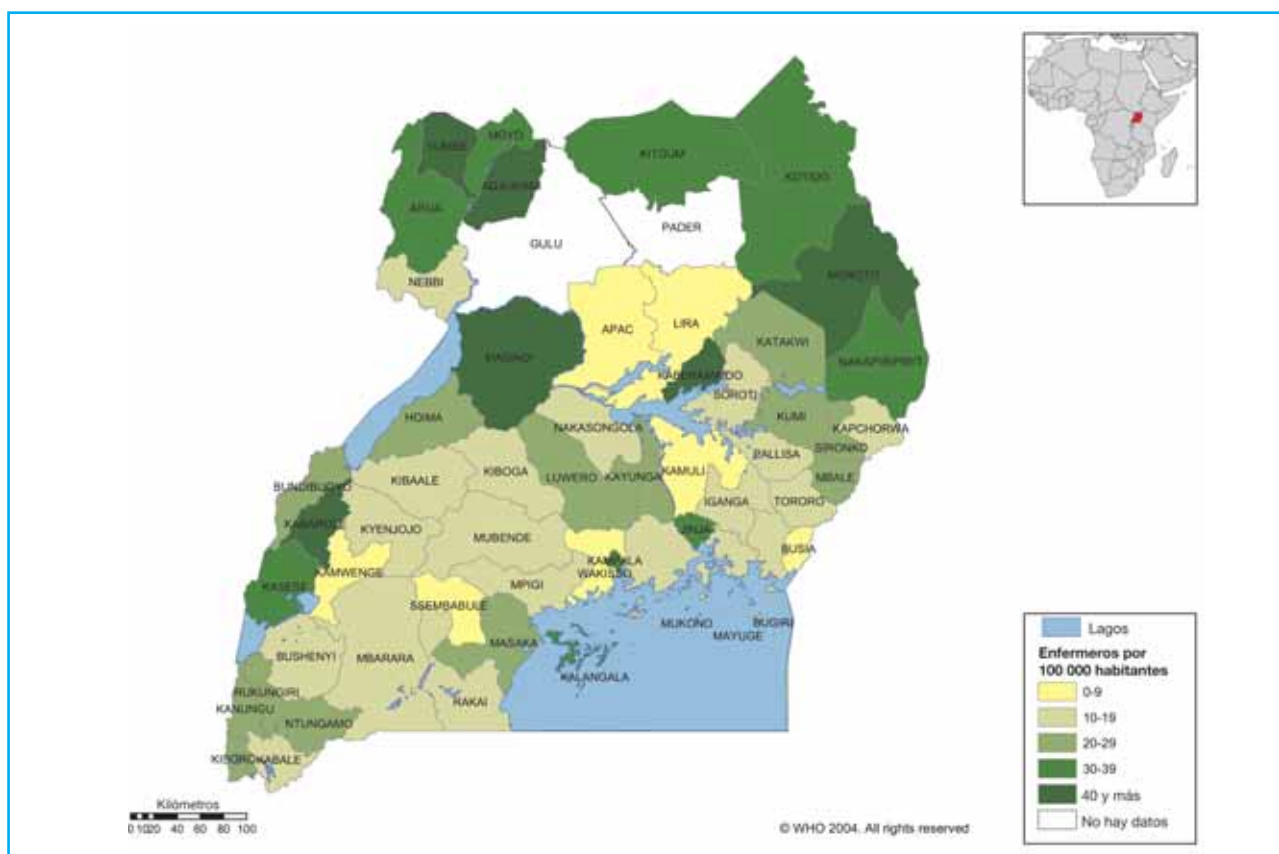
Adquisición y suministro

Pese a las impresionantes reducciones del precio de los medicamentos, el TAR sigue siendo muy costoso. En 18 países de África, el gasto total en salud no llega a US\$ 10 por persona y año, incluidos los recursos

²² Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud y el Desarrollo. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Global Equity Initiative, Universidad de Harvard, 2004 (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, consultado el 31 de diciembre de 2004).

externos. Los países deben recibir apoyo para crear mecanismos de financiación suficientes, justos y sostenibles, así como para obtener fondos suplementarios destinados a la salud. Ello exige acciones tanto sobre el terreno, en forma de ayuda material y técnica a los organismos sanitarios nacionales, regionales y locales, como a escala internacional por medio de campañas de sensibilización y políticas ideadas para incrementar la competencia en los mercados de productos farmacéuticos y otros insumos básicos.

Fig. 16. Número de enfermeros por 100 000 habitantes en Uganda, por distritos; marzo 2004.



Sistemas de financiación justos y sostenibles

Los países necesitan tener capacidad para estimar sus necesidades económicas y efectuar un seguimiento de las fuentes de financiación y del uso de los fondos. Deben elaborar planes de sostenibilidad económica que garanticen que el sistema sanitario podrá hacer frente a una ampliación masiva que entraña costes continuos, tanto relacionados con el propio sistema sanitario como con el tratamiento. Al elaborarlos, se suscita en los países el debate en torno a una cuestión básica: la conveniencia de imponer una tasa directa de usuario por los antirretrovirales. Los donantes deben aceptar que en los próximos años los fondos externos seguirán siendo una fuente fundamental de financiación para los países más pobres.

Entretanto, las actividades de ampliación del acceso al tratamiento del VIH/SIDA tienen lugar en un ámbito de salud y desarrollo que comprende reformas sanitarias, enfoques sectoriales del desarrollo sanitario, marcos para el gasto a medio plazo y estrategias de reducción de la pobreza. Tras haberse manifestado de acuerdo con todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, los gobiernos están intentando avanzar en varios frentes a la vez. Hacen falta supervisión y diálogo para compatibilizar demandas de recursos que entran en competencia, evitar la exclusión de los grupos vulnerables y reducir las duplicaciones y el despilfarro. En el ámbito del VIH/SIDA, esto ha conducido a aceptar el enfoque del ONUSIDA de los “tres unos” (véase más arriba). Debe prestarse mucha atención a cómo encajan las estrategias de lucha contra el VIH/SIDA en las estrategias sectoriales generales y a los efectos potenciales y reales de la ampliación masiva sobre el resto del sistema sanitario.

Dado el actual nivel de aumento de la financiación, se prevé que los países receptores alcancen un alto grado de responsabilización fiscal. Por otra parte, muchos de ellos desean hacer frente más eficazmente al VIH/SIDA, pero les preocupa cómo afectarán los notables incrementos de los fondos a unas políticas sanitarias, unos marcos de gasto y una estabilidad fiscal que han sido cuidadosamente negociados. La insistencia en la responsabilización y la inquietud por las políticas macroeconómicas son dos caras de una misma moneda que dependen de una relación de confianza y respeto mutuos entre los países muy afectados y los donantes. Dicha relación depende esencialmente de que todas las partes se comprometan a conceder prioridad absoluta a los servicios de tratamiento, atención y prevención del VIH/SIDA.

El camino a seguir: los retos de 2005

Los avances logrados en 2004 han sentado las bases del extraordinario esfuerzo que es preciso realizar para lograr la meta de tres millones de personas en tratamiento a finales de 2005. Numerosos países deben acelerar el proceso de ampliación y comprometer recursos adicionales, y los organismos internacionales han de prestar asistencia con mucha mayor rapidez. En la segunda mitad de 2004, la materialización de la voluntad política en acciones trajo consigo cambios impresionantes. Aunque el nivel de compromiso es alentador, deberá acelerarse en 2005. Las necesarias innovaciones, como el ofrecimiento sistemático de asesoramiento y pruebas en numerosos ámbitos sanitarios clave y la reducción o supresión de las tasas de usuario en los puntos de prestación de servicios, exigen mucha energía y concentración de esfuerzos por parte de los prestadores, los responsables de políticas y las comunidades; por otra parte, los cambios en materia de políticas por parte de los gobiernos nacionales, los financiadores bilaterales y multilaterales y otros interesados directos siguen siendo decisivos para incrementar al máximo los fondos destinados a ampliar el acceso al tratamiento.

Demanda creciente de tratamiento

Alcanzar la meta de tres millones de personas para finales de 2005 exige que al menos 2,3 millones de personas más empiecen a recibir tratamiento. En 2005 quedan todavía 5,1 millones de adultos que lo necesitan y siguen sin recibirlo; el 72% viven en el África subsahariana y el 22% en Asia. Estas dos regiones albergan, pues, a nueve de cada diez personas cuya necesidad de tratamiento todavía no se ha atendido (Fig. 17).

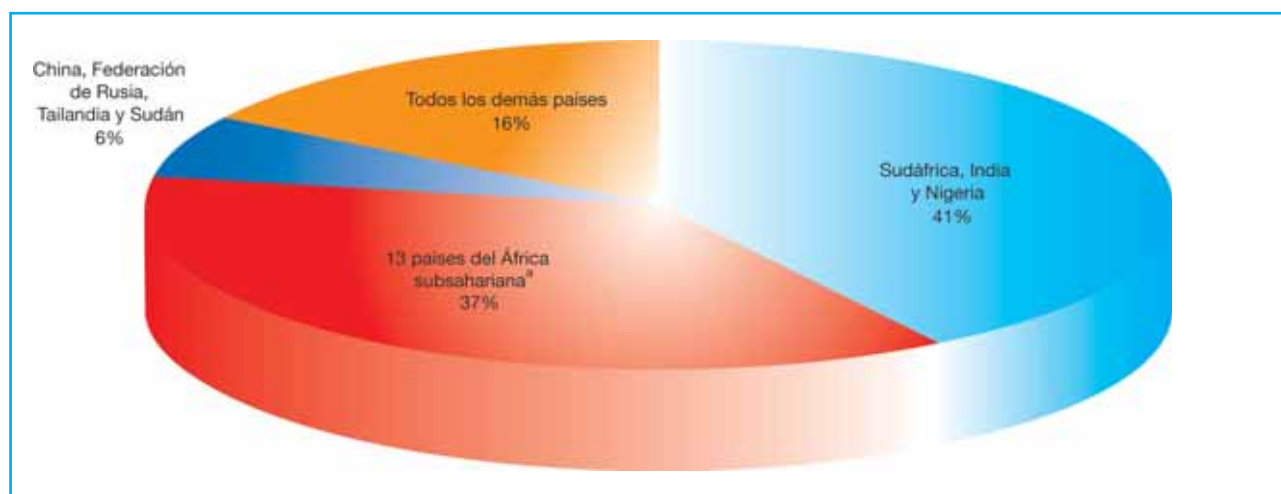
Fig. 17. Necesidades de TAR no atendidas entre la población adulta de países en desarrollo y en transición durante 2005



Veinte países tienen, cada uno de ellos, al menos 50 000 personas que necesitan tratamiento, pero todavía no lo reciben, y que se suman a las que ya están tratadas (necesidad desatendida). En conjunto, estos países representan el 84% de la necesidad de TAR desatendida en los países en desarrollo y en transición para el año 2005 (Fig. 18). Los tres primeros de la lista, Sudáfrica, la India y Nigeria, representan el 41% de las necesidades. En trece países del África subsahariana —Zimbabue, la República Unida de Tanzania, Etiopía, Mozambique, Kenya, la República Democrática del Congo, Malawi, Zambia, Camerún, Costa de Marfil (we need to check if the oficial name is Cote D'Ivoire in Spanish, in current Spanish we use cost de marfil), Uganda, Lesotho y Ghana— residen el 37% de los 5,1 millones de personas que necesitan empezar a recibir tratamiento. La China, la Federación de Rusia, Tailandia y el Sudán representan otro 6%.

Las cifras son elocuentes. El avance mundial hacia la meta de “tres millones para 2005” sólo se logrará si se producen grandes progresos en los países con mayores necesidades de tratamiento desatendidas.

Fig. 18. ¿Dónde viven los 5,1 millones de personas que necesitan empezar a recibir TAR en 2005?



^a No incluye ni Sudáfrica ni Nigeria.

El déficit de recursos

A mediados de 2004 se estimó que, en 2005, el coste de lograr la meta de tres millones de personas en tratamiento para finales de año estaría comprendido entre US\$ 3100 millones y US\$ 3800 millones, en función del coste de los medicamentos y la velocidad de expansión del programa en 2004.²³ En uno de los supuestos que mayores costes atribuía a los medicamentos, los antirretrovirales representaban el 43% de esta cantidad.

En fecha más reciente se tomó como patrón el modelo de tratamiento de Zambia, con un coste medio de los medicamentos de US\$ 304 por persona y año y, tras aplicarlo a 49 países con alta carga de morbilidad y prioritarios, se estimó que para alcanzar la meta de tres millones de personas en tratamiento a finales de 2005 se necesitarán este año entre US\$ 3550 millones y US\$ 3800 millones.²⁴ Sumando los compromisos y los fondos prometidos, se cuenta con aproximadamente US\$ 1550 millones procedentes de los países en desarrollo y en transición, de desembolsos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria a los países, del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA, del Banco Mundial y de otros donantes. Esto supone un déficit de más de US\$ 2000 millones, que podría disminuir si descendieran los costes de los medicamentos o los servicios.

Aun así, es obvio que la ecuación no se equilibra. El grado de compromiso internacional con la meta de los tres millones de personas en tratamiento para 2005 debe corresponderse con las acciones sobre el terreno. Esto exigirá, durante los 12 próximos meses, un esfuerzo concertado de colaboración para acelerar los desembolsos, así como coordinación entre los financiadores, los funcionarios nacionales y los dispensadores para que los fondos sean absorbidos rápidamente y se considere a la supervisión y a la ampliación urgente objetivos complementarios. Los países pueden también comprometer recursos adicionales y hacer un uso más eficaz del personal sanitario existente o nuevo.

Garantizar un acceso equitativo

Se debe mejorar radicalmente el acceso a los servicios de TAR ofreciendo más puntos de dispensación y mejor distribuidos, en particular en las poblaciones rurales. Es preciso que más personas acudan a solicitar asesoramiento y pruebas, y habrá que abordar con energía los problemas de estigma y discriminación.

Las altas tasas de uso y notificación de los programas orientados a prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño revelan que hay más mujeres que hombres recibiendo tratamiento en establecimientos públicos, aunque es un dato que debe seguirse muy de cerca. Es fundamental mejorar el acceso de los niños a las pruebas, la prevención y el tratamiento, lo cual supondrá, entre otras cosas, poner a su disposición antirretrovirales en formulaciones pediátricas asequibles. También deberá garantizárseles la igualdad de

²³ Gutierrez JP et al. Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment 3 by 5 goal: what will it cost? *Lancet*, 2004, 364: 63–64. *Estimating funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 ("3 by 5")*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de VIH/SIDA, documento inédito.

²⁴ *Estimating funding gap to reach the target of 3 million with access to antiretroviral drugs by 2005 ("3 by 5")*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de VIH/SIDA, documento inédito.

acceso a las poblaciones marginales más afectadas por la epidemia, como reclusos, trabajadores sexuales, consumidores de drogas inyectables y hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Los medicamentos y las pruebas diagnósticas deben hacerse asequibles para todos los que los necesiten.

Programas de tratamiento eficientes y eficaces

El VIH/SIDA está dejando de ser una sentencia de muerte para convertirse en una enfermedad crónica, pero queda mucho por hacer para impulsar el desarrollo de programas de TAR de alta calidad, como implantar los elementos siguientes: equipos de gestión que coordinen el proceso de prestación de servicios, preparación para el tratamiento e implicación de las comunidades; cadenas fiables y eficientes de adquisición y suministro; dispositivos de formación y desarrollo de la capacidad; sistemas uniformes de seguimiento de la observancia y de la eficacia del TAR; mecanismos de vigilancia de las farmacorresistencias; apoyos a la observancia terapéutica, y programas de investigación operativa para aprender con la práctica. Estrechando los vínculos entre los programas de tratamiento y prevención de la tuberculosis y de la infección por el VIH se impulsará notablemente la ampliación del acceso a ambos servicios.

Prevención – ¡a toda máquina!

El tratamiento brinda la oportunidad de fortalecer la prevención, pero ahora es más necesario que nunca asignar fondos a medidas preventivas para invertir la tendencia de la epidemia. Salomon y cols.²⁵ modelizaron ésta con objeto de predecir el número de contagios y defunciones que se producirán en el África subsahariana desde ahora hasta 2020 en caso de que los esfuerzos se centren en la prevención, en el tratamiento o en ambos enfoques. La fórmula que combinaba los dos era, con diferencia, la que más eficazmente reducía los contagios y las muertes. Según estas estimaciones, integrando la prevención y la asistencia se evitarían más de 29 millones de contagios y 10 millones de defunciones.

Coordinación

Durante 2004 mejoraron considerablemente la coordinación y la colaboración entre los asociados de la iniciativa “Tres millones para 2005” y otros organismos, tanto a escala internacional como nacional. El concepto de los “tres unos” ha cobrado impulso en los países, y entre los donantes y las agencias técnicas. Armonizar las labores de lucha contra VIH/SIDA, incluida la iniciativa “Tres millones para 2005”, es una tarea fundamental que debe continuar.

Fortalecimiento de los sistemas de salud

El año 2005 ofrece una destacada ocasión de fomentar el desarrollo equitativo y sostenido en los países pobres. En muchos de los más necesitados, la debilidad de sus sistemas sanitarios es uno de los principales obstáculos al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La iniciativa “Tres millones para 2005” brinda la oportunidad de resolver los problemas fundamentales, ligados a la necesidad de personal sanitario cualificado, sistemas de información fiables, un abastecimiento regular y bien gestionado de medicamentos y otros suministros, y sistemas de financiación justos y sostenibles.

Después de la iniciativa “Tres millones para 2005”

Los próximos 12 meses serán testigos de una actividad sin precedentes en la lucha contra el VIH/SIDA por parte de muchos países, pero también deberemos mirar hacia el futuro y trazar planes para después del 2005. Habrá que elaborar estrategias a medio y largo plazo, fijar nuevas metas y estimar las necesidades en materia de recursos, teniendo en cuenta que lo más importante es que aprendamos a evaluar nuestros esfuerzos y, en caso necesario, a modificar nuestro enfoque sobre la marcha.

Evaluar la ampliación masiva del acceso al tratamiento y aplicar las enseñanzas extraídas son componentes básicos de la iniciativa “Tres millones para 2005”. Es la primera vez que se pone en marcha una campaña de salud pública tan compleja en un plazo tan breve. La investigación operativa eficaz, la gestión del conocimiento y la formación son elementos esenciales y redundarán en considerables beneficios para todas las iniciativas orientadas a tratar la enfermedad en países en desarrollo y en transición.

²⁵ Salomon JA et al. Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *PLoS Medicine*, 2005, 2(1): e16.

Incorporar a 2,3 millones de personas más al TAR en el próximo año es sin duda la tarea más difícil que la comunidad mundial de salud pública ha afrontado jamás. Sin embargo, deberíamos sentirnos alentados por los rápidos avances de los que hemos sido testigos en los últimos seis meses. Los países que han logrado mayores éxitos son, y seguirán siendo, aquellos que cuentan con sólidos compromisos políticos y económicos y con alianzas eficaces.

La iniciativa “Tres millones para 2005” empezó siendo una declaración de emergencia y está convirtiéndose ahora en un movimiento mundial de acceso al tratamiento animado por gobiernos, personas que viven con el VIH/SIDA y sus comunidades, agentes de atención de salud, organizaciones no gubernamentales, empresas, donantes y organismos internacionales. El trabajo conjunto ha hecho posibles grandes cosas. Mantener estas alianzas nos permitirá al fin derrotar a la epidemia más temible de nuestro tiempo.

Anexo 1.

Datos por región de la OMS y métodos utilizados para estimar el número de personas que reciben TAR y que lo necesitan

Número estimado de personas que reciben TAR y de personas que lo necesitan, y porcentaje de cobertura en países en desarrollo y en transición, por regiones de la OMS; diciembre 2004^{a,b}

Región de la OMS	Número estimado de personas que reciben TAR; diciembre de 2004 (estimación baja-estimación alta) ^c	Número estimado de personas de 15-49 años que necesitan TAR, 2004 ^d	Cobertura del TAR; diciembre de 2004 (%) ^e	Número estimado de personas que reciben TAR; junio de 2004
Región de las Américas	310 000 [270 000–350 000]	4 000 000	8%	150 000
Región de Europa	275 000 [260 000–290 000]	425 000	65%	220 000
Région de l'Europe	15 000 [13 000–17 000]	150 000	10%	11 000
Región del Mediterráneo Oriental ^f	4 000 [2 000–6 000]	77 500	5%	4 000
Región de Asia Sudoriental	85 000 [70 000–100 000]	950 000	9%	40 000
Región del Pacífico Occidental	17 000 [15 000–19 000]	200 000	9%	15 000
Total	700 000 [630 000–780 000]	5.8 millones	12%	440 000

Nota: la suma no es exacta debido al redondeo.

^a Véase abajo la explicación de los métodos utilizados.

^b Todos los países excepto los de Europa occidental y Australia, Bahamas, Bahrein, Brunei, Canadá, Chipre, Granada, Israel, Japón, Kuwait, Nueva Zelandia, Qatar, República de Corea, Singapur, Emiratos Árabes Unidos y Estados Unidos de América.

^c Algunos países notifican el número de menores de 15 años que están recibiendo TAR y se han incluido en esta tabla. Los datos preliminares muestran que, en conjunto, menos del 5% de las personas que están recibiendo TAR son menores de 15 años.

^d La cifra es el punto medio entre la estimación baja y la alta del número de defunciones por SIDA y el número de casos de SIDA.

^e Estimación óptima de la cobertura basada en el punto medio entre el número de personas que están recibiendo TAR y el de las que se estima que lo necesitan.

^f No se han recibido actualizaciones de la Región del Mediterráneo Oriental desde junio de 2004.

Notas explicativas (aplicables también a la tabla 1 del informe)

Número de personas de entre 15 y 49 años que reciben TAR, diciembre 2004 (estimación baja-estimación alta)

El número estimado de personas en tratamiento con antirretrovirales se basa en el informe más reciente del Ministerio de Salud, de la oficina nacional de la OMS o el ONUSIDA, o de otra fuente fiable del país. El anexo 2 ofrece los detalles. Las estimaciones tendrán cierto grado de incertidumbre en el caso de los países que todavía no hayan instaurado sistemas de seguimiento de las personas que están recibiendo antirretrovirales, con notificación periódica de la cifra de nuevas incorporaciones al tratamiento, la observancia, los incumplidores, las pérdidas de seguimiento y las defunciones. El hecho de que las cifras notificadas por los países a menudo no distinguen entre los que alguna vez han empezado a recibir TAR y los que siguen haciéndolo (es decir, siguen recogiendo sus medicamentos y tomándolos) es fuente de incertidumbre. La diferencia entre las dos cifras refleja las pérdidas por interrupción del tratamiento o por muerte.

Otra fuente de incertidumbre radica en la dificultad de medir la magnitud del TAR dispensado en el sector privado. Muchas personas reciben los medicamentos a través de farmacias y consultorios privados locales que no informan por los conductos acostumbrados (esto también se aplica al tratamiento de otras enfermedades). Las empresas privadas pueden tener programas que financian el TAR de sus trabajadores con infección avanzada por el VIH, pero en muchos casos no es fácil tener acceso a estos datos.

Una tercera fuente de incertidumbre estriba en el tiempo transcurrido entre la notificación mundial, que se realiza al final de 2004, y la de los países, que generalmente se refiere a un momento anterior. El rápido aumento que están experimentando las cifras ha obligado a estimar los incrementos mensuales y proyectarlos a diciembre de 2004. Por tanto, las estimaciones para el final de 2004 se basan en proyecciones lineales simples de las cifras notificadas, tomando la tendencia actual como indicador de crecimiento.

Debido a la incertidumbre inherente a la elaboración de estimaciones generales por países, las tablas del anexo indican los intervalos de incertidumbre para la estimación del número de personas en tratamiento en diciembre de 2004. En el caso de las cifras notificadas por los países, sólo del sector público o de éste y el privado combinados, utilizamos intervalos de incertidumbre de 0-10% según la capacidad del sistema de seguimiento. Para las cifras del sector privado, que en algunos países se notifican aparte, utilizamos intervalos de incertidumbre del 10-30%. Para las cifras de personas en tratamiento con antirretrovirales utilizamos una tasa mensual de descenso por abandono del tratamiento o muerte del 0,8% (equivalente a una tasa anual del 10%).

Número estimado de personas de entre 15 y 49 años que necesitan TAR, 2004

El ONUSIDA y la OMS han elaborado un método normalizado para estimar la magnitud y la evolución de la epidemia de SIDA²⁶ que también genera estimaciones del número de contagios del VIH, de casos de SIDA y de defunciones. Estas cifras se emplean para estimar el número de adultos que necesitan tratamiento, teniendo en cuenta la madurez de la epidemia. En una epidemia joven y en crecimiento, la proporción de personas infectadas por el VIH que necesitan empezar a recibir tratamiento es menor que en una epidemia madura o en declive.

La OMS recomienda que, en entornos de recursos limitados, los adultos y adolescentes infectados por el VIH empiecen a recibir TAR cuando la infección se haya confirmado y existan signos de enfermedad clínicamente avanzada (enfermedad por el VIH en estadio IV, independientemente del recuento de linfocitos CD4, o en estadio III con cifras de linfocitos CD4 inferiores a 350 por mm³) o datos analíticos que reflejen una inmunodepresión profunda (cifras de linfocitos CD4 inferiores a 200 por mm³ o, si no se dispone de ellas, cifras de linfocitos inferiores a 1200 por mm³ con enfermedad sintomática).²⁷

Los estudios han demostrado que en dichos entornos la mediana del tiempo de supervivencia de las personas enfermas de SIDA que no reciben TAR es algo inferior a un año.²⁸ Lo ideal es empezar el tratamiento antes de que aparezca el SIDA, es decir, a partir del momento en que hay una infección por el VIH avanzada. Se estima que el número de adultos con infección avanzada que necesitan empezar a recibir TAR es el número de casos de SIDA del año en curso multiplicado por dos.

El número total de adultos que necesitan TAR se calcula sumando el número de adultos que necesitan empezar a recibir TAR y el de los que recibieron tratamiento el año anterior y han sobrevivido durante el año en curso. Dado que algunos de los adultos en los que se prevé que se manifieste el SIDA en estos dos años pueden haber empezado el tratamiento el año anterior, se ajusta el número de los que necesitan empezar a recibirlo restándole el número de adultos que empezaron el tratamiento el año anterior. En la actualidad se supone que, de los adultos que reciben tratamiento, sobrevivirán hasta el año siguiente entre el 80% y el 90%, según el momento en que inicien el tratamiento, la observancia terapéutica, los patrones de farmacoresistencia, la calidad de la atención clínica y otros factores.

También hay incertidumbre en estas estimaciones. Guarda relación con la inherente a las estimaciones de la prevalencia del VIH, los casos de SIDA, las defunciones por SIDA y las necesidades de tratamiento. Cuanto

²⁶ Ward H, Walker N, Ghys PD, eds. Methods and tools for HIV/AIDS estimates and projections. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80 (Suppl. 1):i1-i38.

²⁷ *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/3by5/publications/documents/arv_guidelines/en, consultado el 31 de diciembre de 2004).

²⁸ Schneider M, Zwahlen M, Egger M. *Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: a literature review*. Londres, UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, 2004 (http://www.epidem.org/Publications/unaid%20HQ_03_463871%20final.pdf, consultado el 31 de diciembre de 2004).

mejor sea el sistema de vigilancia que establezca el país, menor será el intervalo de incertidumbre. La mayor dificultad reside en estimar las necesidades de tratamiento, sobre todo por la incertidumbre en torno a las tasas de mortalidad. Si el programa funciona correctamente y crece el número de personas que empiezan a recibir tratamiento, la cobertura aumentará, pero lo hará despacio, porque al mismo tiempo aumentarán las necesidades. Si el funcionamiento es lento, las personas morirán antes de recibir tratamiento, pero la pérdida de cobertura será paulatina, porque también disminuirán las necesidades. Es probable que, si los programas se amplían, las tasas de supervivencia mejoren, ya que habrá más personas que empiecen a recibir tratamiento y lo harán más temprano.

Cobertura del TAR, diciembre de 2004

La cobertura es el número de personas en tratamiento con antirretrovirales al final de 2004 dividido por el número estimado de personas que necesitan TAR. Esta última cifra incluye únicamente a los adultos de entre 15 y 49 años, ya que en la actualidad no se dispone de un método fiable para estimar las necesidades en la población infantil. Los adultos de 50 años en adelante no se incluyen, porque no se dispone de datos de prevalencia del VIH en este segmento. El numerador no comprende a los niños y todos los adultos, por lo que la cobertura se sobreestima ligeramente. Sin embargo, los niños representan apenas una pequeña proporción del número de personas que reciben tratamiento, probablemente menos del 5% (véase también el texto principal).

Número estimado de personas de entre 15 y 49 años que reciben TAR, junio de 2004

Estimaciones elaboradas para el primer informe sobre los progresos realizados de la iniciativa “Tres millones para 2005”, presentado en la XV Conferencia Internacional del SIDA, celebrada en Bangkok (Tailandia).

Anexo 2.

Número estimado de personas que reciben TAR y de personas que lo necesitan, y porcentaje de cobertura, por países en desarrollo y en transición; diciembre de 2004^a

Iniciativa "Tres millones para 2005"	Principales apoyos internacionales a los países			País	Región de la OMS ^d	Estimaciones de la cobertura y las necesidades de TAR											
	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA ^b	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, propuestas aprobadas, por ronda	Banco Mundial ^e			Núm. estimado de personas de entre 15 y 49 años que necesitan TAR, 2004 ^e	Núm. notificado de personas que reciben TAR, junio-diciembre de 2004 ^f	Mes de notificación, 2004 ^g	Incremento mensual medio del número de personas que reciben TAR, enero-diciembre de 2004 ^h	Núm. estimado de personas que reciben TAR, diciembre de 2004 ⁱ	Cobertura del TAR, diciembre de 2004 ⁱ						
		2, 4		Afganistán	EMR	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
	prioridad básica			Albania	EUR	...	50	Dic.	8				<200				...
carga de morbilidad alta	prioridad básica	4		Angola	AFR	34 500	3 000	Agosto	101			3 000	3 500				10%
	prioridad básica	3, 4		Antigua y Barbuda	AMR	...	...		...			...	...				...
				Arabia Saudita	EMR	...	100	<junio	...			...	<200				...
		3		Argelia	AFR	1 100	...		...			...	...				...
	prioridad básica	1		Argentina	AMR	35 500	29 515	Octubre	1 461			30 000	33 000				90%
	prioridad básica	2		Armenia	EUR	<500	0	Octubre	0				<200				...
	prioridad básica	4		Azerbaiján	EUR	...	0	Octubre	0				<200				...
	prioridad básica	2, 3		Bangladesh	SEAR	<1 000	5	Dic.	0				<200				1%
	prioridad básica	3		Barbados	AMR	<1 000	333	Julio	9				<500				64%
	prioridad básica	3		Belarús	EUR	4 000	33	Octubre	2				<200				1%
estratégica para la región	prioridad básica	3, 4		Belice	AMR	<1 000	178	Julio	5				<200				39%
	prioridad básica	1-3	MAP	Benin	AFR	11 000	1 635	Octubre	102			1 500	2 000				17%
		4		Bhután	SEAR	...	5	Dic.	0				<200				...
	prioridad básica	3		Bolivia	AMR	<1 000	130	Julio	4				<200				19%
	prioridad básica			Bosnia y Herzegovina	EUR	...	13	Octubre	1				<200				...
carga de morbilidad alta	prioridad alta	2		Botswana	AFR	75 000	32 839	Sept.	1 839			36 000	39 000				50%
	prioridad básica			Brasil	AMR	179 000	154 000	Octubre	2 400			154 000	160 000				88%
	prioridad básica	2		Bulgaria	EUR	...	90	Octubre	0				<200				...

carga de morbilidad alta	prioridad básica	2, 4	MAP, TAP	Burkina Faso	AFR	45 500	2 374	Sept.	137	3 000	3 500	7%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1, 2, 4	MAP	Burundi	AFR	40 000	3 210	Sept.	101	3 000	4 000	9%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1, 2, 4	MAP	Cabo Verde	AFR	...	...	...	...	...	...	...
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1, 2, 4	MAP	Camboya	WPR	22 000	4 527	Octubre	285	4 500	6 000	23%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	3, 4	MAP	Camerún	AFR	95 000	12 896	Octubre	424	12 000	15 000	14%
	prioridad básica	2, 3		Chad	AFR	30 000	300	<junio	...		<500	...
	prioridad básica	1		Chili	AMR	5 750	7 413	Julio	376	8 000	10 000	100%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1, 3, 4		China	WPR	122 000	8 219	Junio	136	7 500	9 500	7%
		2, 3		Colombia	AMR	25 000	12 000	Nov.	0	11 000	13 000	47%
		2, 3		Comoras	AFR	...	200	<junio	...		<500	...
				Congo	AFR	14 500	464	<junio	...		<500	...
estratégica para la región	prioridad básica	2, 4		Costa Rica	AMR	3 150	1 850	Julio	77	2 000	2 500	68%
carga de morbilidad alta	prioridad alta	2, 3		Côte d'Ivoire	AFR	84 000	4 536	Sept.	36	4 000	5 000	5%
	prioridad básica	2		Croacia	EUR	...	204	Octubre	2		<500	15%
	prioridad básica	2		Cuba	AMR	1 350	1 585	Julio	42	1 500	2 000	100%
estratégica para la región	prioridad básica	4		Djibouti	EMR	1 350	200	Dic.	0		<500	15%
	prioridad básica	3		Dominica	AMR	...	5	Julio	0		<200	...
	prioridad básica	2-4		Ecuador	AMR	3 550	1 000	Julio	50	1 000	1 500	34%
	prioridad básica	2		Egipto	EMR	2 050	58	<junio	...		<200	...
estratégica para la región	prioridad básica	2, 4		El Salvador	AMR	5 100	1 515	Julio	43	1 500	2 000	32%
	prioridad básica	2, 3	MAP	Eritrea	AFR	10 500	50	<junio	...		<200	...
	prioridad básica	2		Eslovaquia	EUR	...	65	Octubre	0		<200	...
	prioridad alta	1, 2, 4	MAP	Etiopía	AFR	211 000	9 500	Sept.	743	10 000	13 000	5%
	prioridad básica	3		Ex República Yugoslava de Macedonia	EUR	...	2	Octubre	0		<200	...
carga de morbilidad alta	prioridad básica	3, 4		Federación de Rusia	EUR	92 000	3 000	Octubre	63	3 000	3 500	3%
	prioridad básica	2		Fiji	WPR	<200	...	...	...		...	...
	prioridad básica	2, 3		Filipinas	WPR	1 050	71	<junio	...		<200	...
	prioridad básica	3, 4		Gabón	AFR	6 950	2 000	<junio	50	2 000	2 500	29%
	prioridad básica	3	MAP	Gambia	AFR	1 100	150	Dic.	0		<200	14%
	prioridad básica	2-4		Georgia	EUR	<500	83	Dic.	13		<200	20%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1, 2, 4	MAP, TAP	Ghana	AFR	55 000	1 393	Agosto	153	1 500	2 000	4%

Principales apoyos internacionales a los países				Estimaciones de la cobertura y las necesidades de TAR								
Iniciativa "Tres millones para 2005"	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA ^b	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, propuestas aprobadas, por ronda	Banco Mundial ^c	Pais	Región de la OMS ^d	Núm. estimado de personas de entre 15 y 49 años que necesitan TAR, 2004 ^e	Núm. notificado de personas que reciben TAR, junio-diciembre de 2004 ^f	Mes de notificación, 2004 ^g	Incremento mensual medio del número de personas que reciben TAR, enero-diciembre de 2004 ^h	Núm. estimado de personas que reciben TAR, diciembre de 2004 ⁱ	Cobertura del TAR, diciembre de 2004 ⁱ	
							Estimación baja	Estimación alta				
carga de morbilidad alta	prioridad básica	3, 4		Guatemala	AMR	13 500	3 617	Julio	110	3 500	4 500	30%
carga de morbilidad alta		2	MAP	Guinea	AFR	18 000	652	Agosto	19	<1 000	<1 000	4%
	prioridad básica	4		Guinea Ecuatorial	AFR	2 700	5	<junio	...	<200	<200	...
estratégica para la región	prioridad alta	3, 4		Guinea-Bissau	AFR	3 650	...		...	...	...	...
carga de morbilidad alta		3, 4		Guyana	AMR	1 900	469	Sept.	22	<1 000	<1 000	28%
estratégica para la región	prioridad alta	1, 3, 4		Haití	AMR	42 500	2 829	Sept.	162	3 000	4 000	8%
	prioridad básica	1		Honduras	AMR	9 450	2 312	Julio	127	2 500	3 000	30%
				Hungría	EUR	...	300	Octubre	0	<500	<500	...
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1-4		India	SEAR	770 000	2 841 ^k	Nov.	500	20 000 ^k	36 000	4%
estratégica para la región	prioridad básica	1, 4		Indonesia	SEAR	11 500	2 500	Octubre	138	2 500	3 000	24%
		2		Iraq	EMR	...	...		...	...	...	...
		2		Islas Cook	WPR	...	...		...	...	...	...
		2		Islas Marshall	WPR	...	...		...	...	...	...
		2		Islas Salomón	WPR	...	...		0			...
	prioridad básica	3, 4		Jamahiriyá Árabe Libia	EMR	...	100	<junio	...	<200	<200	...
	prioridad básica	2		Jamaica	AMR	2 600	500	Julio	0	<1 000	<1 000	18%
estratégica para la región	prioridad básica	2		Jordania	EMR	...	40	<junio	...	<200	<200	...
carga de morbilidad alta	prioridad alta	1, 2, 4	MAP	Kazajistán	EUR	1 050	7	7 Octubre	0	<200	<200	1%
estratégica para la región	prioridad básica	2		Kenya	AFR	220 000	16 952 ⁱ	Sept.	1 601	24 000 ⁱ	33 000 ⁱ	13%
	prioridad básica	2		Kirguistán	EUR	<200	0	Octubre	0	<200	<200	...
		2		Kiribati	WPR	...	...		...	...	...	...
carga de morbilidad alta	prioridad básica	2		Lesotho	AFR	56 000	2 500	Agosto	50	2 500	3 000	5%
	prioridad básica			Letonia	EUR	<1 000	202	Octubre	7	<500	<500	22%
				Libano	EMR	<500	353	<junio	0	<500	<500	...
	prioridad básica	2, 3		Liberia	AFR	13 500	...		...	...	...	...

Principales apoyos internacionales a los países				Estimaciones de la cobertura y las necesidades de TAR							
Iniciativa "Tres millones para 2005"	Plan de Emergencia de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA ^b	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, propuestas aprobadas, por ronda	Banco Mundial ^c	Pais	Región de la OMS ^d	Núm. estimado de personas de entre 15 y 49 años que necesitan TAR, 2004 ^e	Núm. notificado de personas que reciben TAR, junio-diciembre de 2004 ^f	Mes de notificación, 2004 ^g	Incremento mensual medio del número de personas que reciben TAR, enero-diciembre de 2004 ^h	Núm. estimado de personas que reciben TAR, diciembre de 2004 ⁱ	Cobertura del TAR, diciembre de 2004 ⁱ
		1, 3		República Democrática Popular de Corea	SEAR	...	...	Dic.	...	...	...
	prioridad básica	1, 2, 4		República Democrática Popular Lao	WPR	<200	104	Agosto	15	<200	64%
	prioridad básica	2-4		República Dominicana	AMR	15 500	1 011	Dic.	0	1 100	7%
		2, 3		República Islámica del Irán	EMR	3 650	600	<junio	...	<1 000	...
carga de morbilidad alta	prioridad alta	1-4	MAP	República Unida de Tanzania	AFR	263 000	2 880 ⁿ	Dic.	103	2 000	1%
	prioridad básica	2		Rumania	EUR	...	6 000	Octubre	125	5 500	...
carga de morbilidad alta	prioridad alta	1, 3, 4	MAP	Rwanda	AFR	39 000	5 165 ^o	Agosto	418	6 000	18%
	prioridad básica	3, 4		Saint Kitts y Nevis	AMR	...	24	Julio	0	<200	...
		2		Samoa	WPR	...	...	...	...	...	...
	prioridad básica	3, 4		San Vicente y las Granadinas	AMR	...	32	Julio	0	<200	...
	prioridad básica	3, 4		Santa Lucía	AMR	...	20	Julio	0	<200	...
		4		Santo Tomé y Príncipe	AFR	...	...	...	...	...	...
	prioridad básica	1, 4	MAP	Senegal	AFR	7 850	1 600	<junio	...	1 500	2 000
	prioridad básica	1, 3		Serbia y Montenegro	EUR	...	317	Octubre	0	<500	...
				Seychelles	AFR	...	43	Octubre	0	<200	...
	prioridad básica	2, 4	MAP	Sierra Leona	AFR	9 050	1 000	<junio	0	1 000	1 500
estratégica para la región	prioridad básica	2-4		Somalia	EMR	7 000	...	...	0	...	0%
		1, 4		Sri Lanka	SEAR	<500	25	Dic.	0	<200	7%
carga de morbilidad alta	prioridad alta	1-3		Sudáfrica	AFR	837 000	14 922	Sept.	2 697	37 000 ⁱ	7%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	2-4		Sudán	EMR	50 000	400	<junio	0	<500	...
	prioridad básica	3, 4		Suriname	AMR	<1 000	220	Julio	0	<200	25%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	2-4		Swaziland	AFR	36 500	5 453	Octubre	210	5 000	16%
	prioridad básica	1-3		Tailandia	SEAR	114 000	41 000	Agosto	2 863	45 000	44%
estratégica para la región	prioridad básica	1, 3, 4		Tayikistán	EUR	...	0	Octubre	0	0	...

	prioridad básica	2-4	Togo	AFR	17 500	1 500	Agosto	178	2 000	2 500	12%
		2	Tonga	WPR	...	...	...	...	...	...	...
	prioridad básica	3, 4	Trinidad y Tobago	AMR	4 700	784	Julio	0	<1 000	<1 000	16%
			Túnez	EMR	<500	437	<junio	0	<500	<500	...
	prioridad básica		Turkmenistán	EUR	...	0	Octubre	0	0	0	...
		4	Turquia	EUR	...	250	Octubre	0	<500	<500	...
		2	Tuvalu	WPR	...	...	...	...	...	...	...
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1	Ucrania	EUR	45 000 ^p	956	Dic.	131	<1 000	<1 000	2%
carga de morbilidad alta	prioridad alta	1-4	Uganda	AFR	114 000	35 000	Sept.	3 366	40 000	50 000	40%
			MAP								
estratégica para la región	prioridad básica	2, 3	Uruguay	AMR	1 450	1 400	Julio	70	1 500	2 000	100%
			Uzbekistán	EUR	1 250	0	Octubre	0	0	0	0%
		2	Vanuatu	WPR	...	...	...	0	...	...	...
carga de morbilidad alta	prioridad alta	3	Venezuela	AMR	18 000	9 525	Julio	0	8 500	10 000	51%
estratégica para la región	prioridad alta	1, 3	Viet Nam	WPR	27 500	300	Dic.	0	<500	<500	1%
carga de morbilidad alta	prioridad alta	2-4	Yemen	EMR	...	...	...	0	...	...	...
carga de morbilidad alta	prioridad alta	1, 4	Zambia	AFR	149 000	13 636 ^q	Sept.	2 277	18 000	22 000	13%
carga de morbilidad alta	prioridad básica	1	Zimbabwé	AFR	295 000	8 000	Nov.	409	7 500	9 000	3%

... Datos no disponibles o que no proceden.

^a Todos los países excepto los de Europa occidental y Australia, Bahamas, Bahréin, Brunei, Canadá, Chipre, Granada, Israel, Japón, Kuwait, Nueva Zelanda, Qatar, República de Corea, Singapur, Timor-Leste, Emiratos Árabes Unidos y Estados Unidos de América.

^b Esta lista comprende programas bilaterales y regionales de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (ADI) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).

^c MAP: Programa Multinacional de Lucha contra el VIH/SIDA para la Región de África; TAP: Programa para la Aceleración del Tratamiento del VIH/SIDA.

^d EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa; AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

^e La cifra presentada es el punto medio entre las estimaciones alta y baja del número de defunciones por SIDA y el número de casos de SIDA. Las estimaciones de las necesidades se basan en los métodos descritos en el anexo 1. Las estimaciones de los países pueden diferir según los métodos utilizados en cada uno de ellos.

^f Algunos países notifican el número de menores de 15 años que están recibiendo TAR, y se han incluido en esta tabla. Datos preliminares muestran que, en conjunto, menos del 5% de las personas que están recibiendo TAR son menores de 15 años.

^g El incremento mensual del número de personas que han estado recibiendo TAR durante los 12 meses de 2004 o, en algunos casos, los 6 últimos meses, depende de los datos disponibles. El incremento se calcula tomando las dos cifras recientes de 2004 separadas por el intervalo más largo y aplicando una proyección lineal para cada mes hasta diciembre de 2004.

^h <Jun significa que existen datos, pero no se han actualizado desde junio de 2004. Estas cifras deben interpretarse con prudencia, ya que pueden reflejar la situación de principios de 2004 o incluso de 2003. ¡ Esta es la mejor estimación disponible de la cobertura, basada en los puntos medios entre el número de personas que están recibiendo TAR y el número estimado de las que necesitan dicho tratamiento.

ⁱ El gobierno notificó que al final de noviembre de 2004, el sector público estaba dispensando TAR a 2841 personas. En conjunto, se estimaba que, a finales de 2004, había en tratamiento 28 000 personas, incluidas las incorporadas a través de establecimientos de salud privados.

^j Una estimación del sector público de casi 17 000 personas en tratamiento con antirretrovirales se basa en cifras notificadas por el Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales y establecimientos misionales que reciben apoyo directo o indirecto del Gobierno de los Estados Unidos de América (fines de septiembre de 2004). La cifra estimada de 6000 personas en tratamiento en establecimientos privados se basa en análisis de consultores e informes del Consejo Empresarial de Kenia. Esta estimación data de finales de 2003 o principios de 2004 y no ha vuelto a realizarse porque se presume que el número de personas que se incorporan a la atención de salud en el sector privado es igual al de las que cambian a dispensadores de TAR del sector público.

^k El Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia estimó que al final de agosto casi 3000 personas estaban recibiendo TAR en el sector privado. En septiembre de 2004 había 4000 en tratamiento en el sector público.

^l El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria informó de que a través de su receptor principal se estaba dispensando TAR a 5165 personas.

^m Comprende una estimación del sector privado de más de 35 000 personas. Las autoridades nacionales de sanidad notificaron una cifra de casi 15 000 para el sector público en septiembre de 2004.

ⁿ En la actualidad, la cifra estimada de personas que necesitan TAR es objeto de revisión y se ajustará, en caso necesario, con arreglo a los mejores datos disponibles.

^o Al final de 2004, el sector público estaba dispensando TAR a casi 880 personas. Se estima que 2000 están recibiendo TAR a través de diversas fuentes y donaciones privadas, y de proyectos de investigación.

^p La Junta Central de Sanidad de Zambia informó de que en septiembre de 2004 el sector público estaba dispensando TAR a 13 555 personas. Se estimaba que para finales de septiembre de 2004 otras 80 personas estarían recibiendo TAR en un centro específico de prevención de la transmisión de la madre al niño (PMTCT- Plus).

Anexo 3.

Avances de los organismos de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA

OMS

La OMS está estructurada para materializar el conocimiento internacional en buenas prácticas de salud a escala mundial, regional y nacional. Su papel en la pandemia del VIH/SIDA implica liderar la sensibilización, facultar y motivar a los interesados directos y proporcionar apoyo técnico en los países.

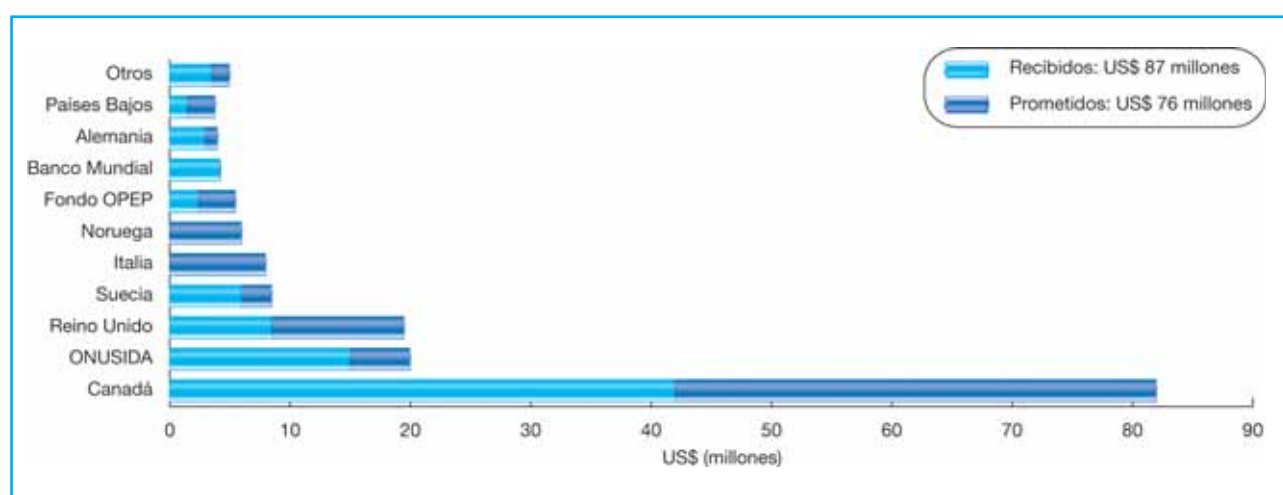
Como la mayoría de los actores clave, la OMS se ha visto inmersa en un entorno en rápida aceleración que ha transformado la noción de “tres millones para 2005” de simple meta numérica en un movimiento mundial sostenible.

Un indicador del apoyo general a la contribución de la OMS al logro de la meta de “tres millones para 2005” es que en diciembre de 2004 este organismo había recibido casi US\$ 87 millones de financiación y se habían comprometido otros US\$ 76 millones (Fig. A1).

En mayo de 2004, el Gobierno de Canadá anunció una contribución de CAD 100 millones a la OMS en apoyo de la iniciativa “Tres millones para 2005”. Ello demuestra el compromiso constante de Canadá con los esfuerzos mundiales por dar respuesta a la pandemia del VIH/SIDA y su reconocimiento de que la OMS tiene un papel crucial en el desarrollo y la promulgación de las normas y directrices necesarias para dar una respuesta acelerada al acceso a la atención, el tratamiento y el apoyo en relación con el VIH/SIDA en entornos de recursos limitados.

Más de dos terceras partes de los recursos irán a parar directamente a oficinas nacionales de la OMS, que se están reforzando para ofrecer asistencia técnica y apoyar las labores de los países. Entre julio y diciembre de 2004, este organismo asignó a 75 miembros más de su personal a labores de la iniciativa “Tres millones para 2005” en las oficinas nacionales de 34 países pertenecientes a seis regiones geográficas. De ellos, 32 fueron reclutados como personal nuevo a tiempo completo y 43 están reorientando sus actividades.

Fig. A1. Fondos recibidos por la OMS o prometidos a ésta en apoyo de la iniciativa «Tres millones para 2005», por donantes; diciembre 2004



Prestar ayuda a los países es el elemento fundamental de la respuesta de la OMS. Desde septiembre de 2003, ésta y sus asociados de la iniciativa “Tres millones para 2005” han respaldado a más de 75 países en sus esfuerzos por ampliar masivamente el acceso al tratamiento, la atención y la prevención del VIH/SIDA. Dicho respaldo ha consistido, entre otras cosas, en apoyar la sensibilización, evaluar las necesidades y ayudar a la planificación, así como en prestar asistencia técnica en determinados aspectos de la ampliación del TAR, como el seguimiento y la evaluación, el desarrollo de la capacidad, la adquisición de fármacos y la gestión de suministros.

Con la ayuda técnica de la OMS, el ONUSIDA y sus asociados, 40 países han elaborado o están elaborando planes nacionales de prevención del VIH/SIDA y acceso acelerado al TAR.

La OMS ha intensificado su actividad normativa para responder a las necesidades de países y asociados y a sus peticiones de orientación. Se han publicado recientemente directrices sobre cuestiones éticas y equidad del acceso al tratamiento y la atención; sobre asesoramiento nutricional, atención y apoyo a las mujeres que viven con el VIH/SIDA, y sobre TAR en el embarazo y en la prevención del contagio del VIH en lactantes.

A lo largo de 2004 se distribuyeron una media de 5000 documentos mensuales a 150 países. Otros 50 000 documentos en varias lenguas oficiales de las Naciones Unidas se repartieron en actos especiales como la XV Conferencia Internacional del SIDA, celebrada en Bangkok.

A través de la sede y de sus oficinas regionales, la OMS intenta responder rápida y puntualmente a las peticiones de asistencia técnica que le formulan los países. Mantiene en Ginebra un centro de atención de la iniciativa “Tres millones para 2005” que recibe entre 80 y 100 solicitudes mensuales de información o ayuda técnica de oficinas regionales y nacionales de la OMS y hasta 60 consultas de la población general. El centro procesa también la información entrante sobre la situación en los países y las operaciones en curso, que consiste en unos 450 mensajes mensuales de correo electrónico y se utiliza para actualizar las bases de datos y los archivos.

ONUSIDA

El ONUSIDA es el principal promotor de las acciones mundiales de lucha contra el SIDA y reúne a 10 Copatrocinadores del sistema de las Naciones Unidas. Ya en fases tempranas de la epidemia apreció la urgente necesidad de disponer de un tratamiento contra el VIH, por lo que cada copatrocinador se ha comprometido a apoyar la rápida ampliación del acceso al tratamiento, la atención y el apoyo centrándose en sus ventajas comparativas y trabajando de forma coordinada para lograr la máxima eficiencia.

La Secretaría del ONUSIDA opera fuera de Ginebra y tiene oficinas en más de 60 países. Dado que aspira a mejorar el acceso al TAR, sus actividades pueden dividirse en tres grandes áreas: liderazgo y sensibilización, armonización de políticas y directrices, y apoyo directo a los países y las estructuras regionales para que desarrollen la capacidad necesaria.

La Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA, creada por el ONUSIDA en 2004, fomenta la igualdad entre hombres y mujeres y mejora el acceso de éstas a la prevención y el tratamiento. El Programa Conjunto ha trabajado también con comunidades para encarar y superar las barreras que impiden a las mujeres someterse a las pruebas de detección, como el riesgo de violencia y discriminación al que se enfrentan si resultan ser seropositivas.

El ONUSIDA ha contribuido asimismo a facilitar las relaciones entre los fabricantes de antirretrovirales genéricos y organizaciones de la sociedad civil como las que representan a las personas que viven con el VIH/SIDA. Un ejemplo de ello es el considerable apoyo prestado a la II Reunión del World Community Advisory Board entre los activistas del TAR y los fabricantes indios de genéricos, prevista para principios de 2005 en Mumbai (India).

Esto concuerda con la particular atención que presta el ONUSIDA a fortalecer las actividades de las asociaciones de personas que viven con el VIH cuyo propósito es informar y preparar a sus propias comunidades en materia de tratamiento y asistencia de la infección por el VIH, proceso que los activistas han denominado “preparación para el tratamiento”.

Los estudios han confirmado que las organizaciones de base comunitaria son un componente destacado del proceso de ampliación, por lo que el ONUSIDA ha apoyado el primer intento de trazar el mapa de las contribuciones de dichas organizaciones, incluidas las de personas que viven con el VIH/SIDA. En África, muchas organizaciones comunitarias trabajan ya activamente para ampliar el acceso al tratamiento, y su presencia pública crece con rapidez.

Por medio de su colaboración con la OMS y el Banco Mundial, el ONUSIDA ha sentado las bases para formular orientaciones normativas respecto a la conveniencia de aplicar tasas de usuario de pago directo o de establecer la gratuidad de los medicamentos y los servicios, en el contexto de lograr el acceso universal al TAR en los países en desarrollo y en transición.

Dentro del sistema de las Naciones Unidas, el ONUSIDA moviliza apoyos a la iniciativa “Tres millones para 2005” en los países a través de los grupos temáticos y de sus propios coordinadores nacionales. A finales de 2004, estos grupos habían desarrollado planes de acción conjuntos del sistema de las Naciones Unidas para ampliar el acceso al tratamiento en 33 países con alta carga de morbilidad, cuyas oficinas nacionales se han reforzado. Desde agosto de 2004, el ONUSIDA ha reclutado 10 nuevos coordinadores nacionales de las Naciones Unidas y casi 30 especialistas técnicos en seguimiento y evaluación. Está previsto que impulsen la capacidad de los países de hacer un seguimiento de los avances y su eficacia en la prevención de nuevas infecciones y en la prestación de servicios de tratamiento, apoyo y atención a las personas afectadas por el VIH.

A escala regional, la Secretaría del ONUSIDA fomenta la sensibilización y la implicación de las organizaciones intergubernamentales regionales en la iniciativa “Tres millones para 2005”. Alienta la incorporación de los planes y programas de dicha iniciativa a las agendas y promueve un enfoque unificado para abordar cuestiones como la negociación de buenos precios y la adquisición a granel de medicamentos para el VIH.

Banco Mundial

Desde 1995, el Banco Mundial ha comprometido más de US\$ 1700 millones a través de subvenciones, préstamos y créditos en apoyo a programas para combatir el SIDA. Más de US\$ 1000 millones se han destinado a financiar el Programa Multinacional de Lucha contra el VIH/SIDA para la Región de África, destinado a 28 países africanos con alta carga de morbilidad, y otros US\$ 155 millones han ido a parar al Préstamo Adaptable del Programa Multinacional de Lucha contra el VIH/SIDA para la Región del Caribe. El objetivo general de los programas multinacionales del Banco Mundial es intensificar la acción contra el SIDA en el mayor número posible de países y en todos los frentes, entre los que se incluyen la prevención, las pruebas, el asesoramiento, el tratamiento, la atención y el apoyo.

A lo largo de los seis últimos meses, el Banco ha apoyado el acceso acelerado al tratamiento mediante la prestación continua de asistencia económica y técnica para mejorar los sistemas nacionales de salud de 100 países. También ha proporcionado apoyo directo a los programas de TAR del Caribe, de 13 países africanos, de tres asiáticos y de uno de Europa oriental.

A mediados de 2004, el Banco Mundial anunció el Proyecto de Aceleración del Tratamiento, dotado con una subvención de US\$ 60 millones de la Asociación Internacional para el Desarrollo, en apoyo de la ampliación del acceso al TAR en tres países africanos: Burkina Faso, Ghana y Mozambique. Otra subvención de US\$ 15 millones se ha entregado a Malí. En la aplicación del Proyecto de Aceleración del Tratamiento participan directamente organizaciones populares, empresas privadas, como Private Enterprise Foundation/Pharma Access International en Ghana, grupos confesionales, como la Comunidad de Sant'Egidio en Mozambique, y en el caso de Burkina Faso, una red de personas que viven con el VIH/SIDA; basan su labor en los avances ya logrados a menor escala en asociación con los ministerios de salud.

Otros Copatrocinadores del ONUSIDA

Las estrategias e iniciativas básicas del PNUD en materia de VIH/SIDA (mejora de la capacidad comunitaria y desarrollo del liderazgo) incluyen en la actualidad elementos de la iniciativa “Tres millones para 2005”. Se centran fundamentalmente en los países del África meridional, donde los programas de desarrollo del liderazgo han identificado, para capacitarlos, a parlamentarios, responsables de la planificación e implantación de programas, sindicalistas, personas que apoyan el tratamiento comunitario y directivos. Además, el PNUD ha sido coanfitrión de un taller celebrado en Ghana en el que funcionarios de los ministerios de salud y

comercio de varios países analizaron formas de desarrollar normas jurídicas para ampliar todo lo posible el acceso al tratamiento.

UNICEF aspira a aumentar la presencia de los niños en la iniciativa “Tres millones para 2005”, tanto en lo que se refiere a la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo como en el tratamiento de los menores que viven con el VIH/SIDA. Aunque tratar eficazmente a los padres beneficiará a los hijos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de base comunitaria también necesitan con urgencia dispensar un mejor apoyo preventivo a los pequeños que pronto quedarán huérfanos. En noviembre de 2004, UNICEF y la OMS convocaron una consulta que, por vez primera, analizó estrategias para integrar la atención infantil en programas de atención domiciliaria.

Desde que, en 2001, pasó a ser copatrocinadora del ONUSIDA, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha promovido el ámbito laboral como el idóneo para prestar servicios de prevención, asesoramiento, pruebas, tratamiento, atención y apoyo.

Ha trabajado recientemente en estrecha colaboración con la OMS para trazar el mapa de la capacidad de los lugares de trabajo para dispensar TAR en Guyana, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) mantiene una firme presencia en la mayoría de los países gravemente afectados por la epidemia de SIDA y está comprometido con el aporte de ayuda alimentaria a las personas que viven con el VIH/SIDA. Ha colaborado con la OMS y la Secretaría del ONUSIDA para crear un mecanismo de intercambio de la información sobre salud y seguridad alimentaria precisa para apoyar el despliegue de la iniciativa “Tres millones para 2005”. Uno de los principales puntos fuertes del PMA es su capacidad de identificar los grupos vulnerables por medio de su propio Análisis y Cartografía de la Vulnerabilidad y del sistema de cartografía sanitaria HealthMapper de la OMS. La información se utilizará para mejorar la orientación y prestación de los servicios de apoyo relacionados con la infección por el VIH.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen (UNODC) se centra en las necesidades de las personas objeto de trata o sometidas a trabajo forzado, sobre todo en la industria del sexo, y en las de los consumidores de drogas inyectables, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios. Estos últimos pocas veces tienen acceso al TAR, por lo que la ONUDC propugna que se les facilite. Todos los proyectos de tratamiento de las toxicomanías apoyados por la ONUDC incluyen ahora un elemento de acceso acelerado al tratamiento.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) colabora estrechamente con el ONUSIDA, sus Copatrocinadores y los asociados de la sociedad civil en la elaboración de estrategias prácticas, educativas y de comunicación, sobre todas las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, incluida la iniciativa “Tres millones para 2005”. Las actividades en curso consisten, entre otras, en talleres de formación para profesionales de los medios de comunicación sobre aspectos científicos del VIH/SIDA, el fomento de una red mundial de jóvenes productores televisivos que se centre en el VIH y el SIDA, y la elaboración de módulos de capacitación multimediáticos.

Cuando, en 2004, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) encabezó el llamamiento de Nueva York para vincular la lucha contra el VIH/SIDA a la salud sexual y reproductiva y el llamamiento de Glion a la acción en materia de planificación familiar y VIH/SIDA en mujeres y niños, impulsó el apoyo a la iniciativa “Tres millones para 2005”. Estos llamamientos a la acción recalcan cómo pueden utilizarse los servicios de salud sexual y reproductiva para dispensar TAR e intensificar las labores de prevención de la transmisión del VIH. En colaboración con organizaciones no gubernamentales, entre ellas grupos de personas que viven con el VIH/SIDA, el FNUAP empezó a confeccionar un marco para cubrir en 2004 las necesidades especiales de las mujeres que viven con el VIH/SIDA en materia de salud sexual y reproductiva. Además, su informe de 2004 —*Las mujeres y el SIDA: afrontar la crisis*²⁹— subraya la necesidad de garantizar un acceso equitativo al TAR, sobre todo para los jóvenes, las mujeres y las embarazadas que viven con el VIH/SIDA.

²⁹ *Women and AIDS: confronting the crisis*. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004 (<http://www.unfpa.org/hiv/women>, consultado el 31 de diciembre de 2004).

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

Se estima que lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en invertir el curso de la epidemia de VIH/SIDA para el año 2015 exigirá un gasto anual de US\$ 12 000 millones en los países en desarrollo y en transición para 2005.³⁰ Los actuales compromisos y tendencias indican que, en realidad, en este año sólo se gastarán US\$ 6000 millones.³¹ El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es uno de los mecanismos que ayudan a corregir el desfase entre las necesidades y los fondos efectivamente comprometidos. Se creó en enero de 2002, está compuesto actualmente por unos 750 asociados (entre ellos países donantes, organizaciones benéficas y empresas) y aspira a incrementar espectacularmente los recursos para luchar contra tres de las enfermedades más devastadoras del mundo y a orientar los recursos hacia las zonas más necesitadas.

En diciembre de 2004, el Fondo había recibido compromisos por valor de US\$ 5900 millones y pagos por valor de US\$ 3300 millones a cuenta de dichos compromisos. En cuatro rondas de desembolsos aprobó propuestas por un valor bienal de US\$ 3100 millones y ya ha desembolsado US\$ 860 millones. De los US\$ 3100 millones aprobados, US\$ 1700 millones (55%) se han destinado al SIDA: el 70% a países de bajos ingresos y el 30% a países de ingresos medios, y el 58% al África subsahariana. En total, están recibiendo fondos 127 países.

Hasta el momento, más de la mitad de las subvenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria van a parar a gobiernos nacionales, el 25% a organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria y el 4% a asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA; cuatro ámbitos —instituciones académicas, el sector privado, organizaciones confesionales y otras entidades— reciben un 5% cada uno.

La distribución prevista del gasto es de un 49% para medicamentos y suministros conexos, un 20% para formación de recursos humanos, un 13% para infraestructuras materiales, un 6% para seguimiento y evaluación, un 7% para administración y un 5% para otros fines.

Con los fondos comprometidos hasta el momento, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria tiene proyectado ampliar el acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH a 52 millones de personas, y el TAR a 1,6 millones de personas, a lo largo de los cinco años de duración de las diversas subvenciones (tabla A1).

Tabla A1. Gasto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria destinado a «tres millones para 2005», por ronda de financiación (en millones de US\$)

Ronda	1	2	3	4	Total ^a
Cuantía aprobada para subvenciones destinadas al VIH/SIDA ^b	358	491	382	468	1 699
Cuantía para subvenciones con un componente de TAR	309	429	361	443	1 542
Número de nuevos países con un componente de TAR ^c	21	32	25	9	87
Número de subvenciones con componentes de TAR	21	34	30	23	108
Meta de personas sometidas a TAR (dos años)	86 400	100 800	82 700	485 400	755 300
Meta de personas sometidas a TAR (máximo) ^d	231 100	284 800	184 400	932 200	1 632 500

^a Cifras basadas en cuatro rondas de propuestas aprobadas y/u objetivos de acuerdos de subvención.

^b La cuantía aprobada para subvenciones destinadas al VIH/SIDA es la suma del total de subvenciones concedidas en dos años para el VIH/SIDA y el 50% del total de las concedidas en dos años para VIH/tuberculosis.

^c La cifra no abarca los países que reciben tres subvenciones de Multi-country Americas (MESO, CRN+ y OECS).

^d Número máximo de personas sometidas a tratamiento durante el tiempo de vigencia de las propuestas (hasta cinco años).

No se han hecho supuestos respecto a la posible prórroga, extensión o renovación de las subvenciones.

³⁰ 2004 report on the global AIDS epidemic. Ginebra, ONUSIDA, 2004 (http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html/GAR2004_00_en.htm, consultado el 31 de diciembre de 2004).

³¹ Report on the state of HIV/AIDS financing. Ginebra, ONUSIDA, 2003 (<http://www.data.org/pdf/attachment9.pdf>, consultado el 31 de diciembre de 2004).

Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA

Por medio del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos George W. Bush para el Alivio del SIDA, dotado con US\$ 15 000 millones, los Estados Unidos de América están previniendo nuevas infecciones, financiando tratamientos que salvan vidas para las personas enfermas de SIDA y prestando atención a personas infectadas y afectadas por la enfermedad, como los niños huérfanos y vulnerables. El enfoque estadounidense se caracteriza por la rapidez de acción y por un compromiso económico extraordinario de US\$ 15 000 millones a lo largo de 5 años. En el año fiscal 2004, los Estados Unidos de América comprometieron un total de US\$ 2400 millones a la lucha contra el VIH/SIDA, y esta cifra crecerá hasta US\$ 2800 millones en el año fiscal 2005. El Plan de Emergencia del Presidente presta directamente servicios de tratamiento, prevención y atención del VIH/SIDA en más de 100 países. Se concentra intensamente en 15 de los países más afectados, que soportan en conjunto la mitad de las infecciones mundiales: Botswana, Costa de Marfil, Etiopía, Guyana, Haití, Kenya, Mozambique, Namibia, Nigeria, Rwanda, Sudáfrica, República Unida de Tanzania, Uganda, Viet Nam y Zambia.

En cada uno de estos países, el Plan de Emergencia está trabajando para apoyar las estrategias nacionales de respuesta. El personal estadounidense ha colaborado con gobiernos anfitriones, organizaciones locales de base comunitaria y confesionales, personas que viven con el VIH/SIDA, otros donantes y otros interesados directos en la elaboración de Planes Operativos Nacionales que respondan a las necesidades particulares de cada país. También han trabajado con dichos países para determinar el número de personas a las que cada año, y a cinco años vista, deben llegar los programas de prevención, atención y tratamiento financiados por los Estados Unidos de América.

En esos países, y a lo largo de cinco años, el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA tiene como objetivos apoyar la dispensación de tratamiento farmacológico que salva vidas a 2 millones de personas infectadas por el VIH, prevenir 7 millones de contagios y prestar asistencia a 10 millones de personas infectadas o afectadas.

El mayor obstáculo es la gravísima carencia de infraestructuras y de agentes de atención de salud en los países más afectados. Urge desarrollar la capacidad asistencial de las regiones de mayor riesgo. Por ello se está invirtiendo una parte considerable de los fondos procedentes de los Estados Unidos de América en formar a trabajadores sanitarios y en modernizar las infraestructuras nacionales y locales de salud pública en el marco de estrategias nacionales.

La cooperación con otros donantes internacionales para el logro de estos objetivos es un elemento fundamental del Plan de Emergencia presidencial. Los Estados Unidos de América copatrocinaron el acuerdo de los “tres unos” propuesto por el ONUSIDA para la cooperación entre donantes en pro de una estrategia nacional, un mecanismo nacional de coordinación y un sistema de seguimiento y evaluación en cada país anfitrión. La aplicación de este acuerdo está posibilitando que los donantes trabajen juntos con el claro reconocimiento de que los países anfitriones deben tener el pleno control de la lucha nacional contra el SIDA.

El apoyo de los Estados Unidos de América a las iniciativas internacionales de lucha contra el VIH/SIDA, como el ONUSIDA, la OMS y el Fondo Mundial, es otro elemento clave del Plan de Emergencia.

Anexo 4.

Comparación entre resultados y objetivos de la iniciativa “Tres millones para 2005”

Estado de las medidas de ampliación masiva en los países en diciembre de 2004		
	Hitos publicados para diciembre de 2004	Resultados en diciembre de 2004
Aportes		
Monto de los recursos económicos adicionales asignados a la iniciativa «Tres millones para 2005» en el presupuesto general de la OMS (en millones de dólares estadounidenses)	174	163
Personal adicional de la OMS desplegado o reubicado en las oficinas nacionales de la Organización para la iniciativa «Tres millones para 2005»	400	112 ^a
Personal adicional de la OMS desplegado o reubicado en las oficinas nacionales de la Organización para la iniciativa «Tres millones para 2005»	150	136
Procesos		
Número de países que han solicitado a la OMS apoyo para la iniciativa «Tres millones para 2005»	50	78
Número de países que han fijado metas de TAR con arreglo a la iniciativa «Tres millones para 2005»	50	30
Número de países con un plan nacional para llevar a cabo la ampliación masiva del acceso al tratamiento con arreglo a la iniciativa «Tres millones para 2005»	35	40
Número de centros que dispensan servicios de TAR con arreglo a normas nacionales	1 000	>3 000
Resultados		
Número de hombres, mujeres y niños con infección avanzada por el VIH que están recibiendo TAR	700 000	700 000

En marcha

Este hito no se ha logrado pero se están haciendo progresos firmes

^a Cifra total de personal de la OMS incorporado a actividades de la iniciativa «Tres millones para 2005» en oficinas nacionales; comprende 34 nuevos contratados, 41 personas reubicadas y 37 personas procedentes de la sede y de oficinas regionales que se han desplegado provisionalmente en oficinas nacionales para la iniciativa «Tres millones para 2005».