

Qué necesitan los países

Inversiones requeridas para alcanzar
las metas de 2010



ONUSIDA/09.03S / JC1681S (versión española, marzo de 2009)

Versión original inglesa, UNAIDS/09.03E / JC1681E, marzo de 2009:

What countries need: investments needed for 2010 targets.

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) 2009.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones del ONUSIDA —sea con fines comerciales o no— también deben dirigirse al Equipo de Gestión de Contenidos del ONUSIDA, por correo a la dirección indicada más abajo, por fax al +41 22 791 4835, o por correo electrónico: publicationpermissions@unaids.org.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en la presente publicación. No obstante, el material aquí publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita alguna. Corresponde al lector la responsabilidad por la interpretación y el uso que haga de este material. En ningún caso el ONUSIDA se responsabiliza de los daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Foto de portada: ONUSIDA / P. Virot

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Qué necesitan los países: inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010.

“ONUSIDA/09.03S / JC1681S”.

1.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – economía. 2.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control. 3.Economía – tendencias. 4.Financiamiento de la salud – tendencias. 5.Accesibilidad a los servicios de salud. 6.Programas nacionales de salud. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9173 761 1

(Clasificación NLM: WC 503.7)

Qué necesitan los países

Inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010



Foto ONUSIDA / OMS

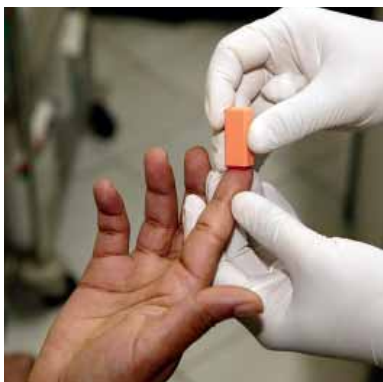


Foto ONUSIDA / P. Viot



Foto ONUSIDA / L. Taylor



Foto ONUSIDA / P. Virot



Foto ONUSIDA / J.A. Wainwright

Qué necesitan los países

La crisis económica mundial ha obligado a los gobiernos, la sociedad civil e, incluso, las personas a que revisen sus inversiones y busquen medidas innovadoras y a menudo audaces con vistas a mejorar la situación.

Los planes de estímulo están inyectando miles de millones de dólares en las economías nacionales. Sin embargo, detrás de cada puesto de trabajo que se pierde hay un rostro humano y una familia afectada a nivel personal. Detrás de cada conjunto de medidas de estímulo que se anuncia está la esperanza de que la situación mejore, algo que el movimiento mundial del sida comprende muy bien.

El VIH ha dejado a las familias más pobres que antes. Se ha apartado de las escuelas a los niños, se han perdido puestos de trabajo y se han vendido ganado y propiedades para que las personas infectadas puedan tener acceso al tratamiento.

No obstante, a medida que avancemos hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, las personas que viven con el virus podrán volver al trabajo y los huérfanos, a la escuela; los jóvenes habrán aprendido a protegerse; las madres habrán traído al mundo niños no infectados por el VIH y las comunidades más afectadas por la epidemia saldrán rejuvenecidas.

El acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo, previsto para 2010, es la medida de estímulo que los gobiernos aceptaron cuando aprobaron la Declaración política sobre el VIH/sida en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2006. Alcanzar esa meta es fundamental para la consecución del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio e invertir el curso de la propagación del VIH para 2015; su consecución

tendrá un efecto positivo en los otros Objetivos de Desarrollo del Milenio, relativos a cuestiones como la igualdad de género, la supervivencia infantil y materna y el alivio de la pobreza.

Desde 2001 se han realizado progresos considerables en el ámbito del suministro de servicios relacionados con el VIH a millones de personas, en especial en los países de ingresos bajos y medianos. Hoy reciben tratamiento antirretrovírico casi cuatro millones de personas. A finales de 2007, el número anual de nuevas infecciones por el VIH había descendido a 2,7 millones en comparación con los tres millones de 2005. Entre los niños, el número de nuevas infecciones ha disminuido gracias a la ampliación rápida de los servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH. En muchos lugares del mundo, los jóvenes demoran más el inicio de la actividad sexual, tienen menos parejas sexuales o usan más preservativos. Y son millones los huérfanos del sida que ahora tienen acceso al apoyo y protección sociales.

Se estima que en 2008 se invirtieron US\$ 13.700 millones en la respuesta al sida. Actualmente, muchos países dependen del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para financiar sus programas nacionales sobre el sida. El Fondo Mundial es un mecanismo innovador para proporcionar recursos a las comunidades que necesitan inversiones para sus programas sobre el sida. Con miras a alcanzar el acceso universal, es imprescindible que el Fondo Mundial disponga de plena capitalización.

Hasta ahora, 111 países han fijado objetivos para la consecución del acceso universal. Esos objetivos son ambiciosos y viables. Quedan menos de 23 meses para alcanzarlos.

Objetivos definidos por los países para 2010

Las personas que viven con el VIH, los grupos de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil, los gobiernos y las organizaciones internacionales de más de 130 países participaron en un proceso encabezado por los países para fijar objetivos ambiciosos que permitan alcanzar el acceso universal. Dicho proceso brindó a los líderes nacionales, y a una amplia gama de participantes en la respuesta al VIH, la oportunidad de entender mejor las pautas de transmisión del VIH, identificar los obstáculos, revisar los sistemas existentes de suministro de programas, establecer las necesidades de las comunidades y seleccionar las intervenciones prioritarias. Este nuevo enfoque acerca de los aspectos singulares de la epidemia en cada país, y

las respuestas que serían más eficaces, ha ayudado a definir objetivos e hitos.

Los objetivos fijados por los países:

- responden a las necesidades locales: los objetivos de cada país son únicos para su epidemia;
- incluyen hitos basados en el incremento del potencial de cada país y de las capacidades para ampliarlo;
- se apoyan en un análisis de las dificultades y las posibles soluciones, y
- una amplia gama de partes interesadas nacionales los ha hecho suyos.

El acceso universal

¿Qué es el acceso universal? El acceso universal implica tanto un compromiso concreto como la determinación renovada entre personas de todo el mundo a invertir el curso de la epidemia. El acceso universal proporciona una plataforma sobre la cual las personas que los necesiten pueden acceder a varios servicios relacionados con el VIH. No obstante, ello no implica que habrá, o que debería haber, una utilización al 100%, por parte de todos los individuos, de todas las intervenciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionadas con el VIH.

Antes bien, por medio del movimiento para el acceso universal se ha llegado a un compromiso a escala mundial con vistas a conseguir progresos cuantificables y sostenidos hacia un nivel más alto de cobertura de las intervenciones más eficaces necesarias para abordar la epidemia en todos los países.

Los principios básicos que definen el acceso universal incluyen que los servicios deben ser equitativos, accesibles, asequibles, integrales y sostenibles a largo plazo.

La financiación a largo plazo y previsible es fundamental para potenciar al máximo los progresos hacia el acceso universal. Alcanzarlo requerirá movilizar inversiones por un importe muy superior a los US\$ 13.700 millones disponibles en 2008 para programas del VIH en países de ingresos bajos y medianos. Asimismo, será necesario un proceso disciplinado de asignación de recursos para asegurar que se brinden los servicios más importantes, sobre todo los relacionados con la prevención.

Cada país alcanzará sus objetivos programáticos específicos en un momento diferente, y la mayoría de los países logrará el acceso universal a los servicios prioritarios en 2010. Si bien la mayoría se ha fijado objetivos ambiciosos, algunos no lo han hecho. La Figura 1 muestra el intervalo entre metas de ámbito nacional para una serie de intervenciones programáticas prioritarias. La Figura 2 presenta algunos ejemplos de objetivos fijados por los países para 2010. Los países con objetivos menos ambiciosos deben revisarlos con urgencia. Hacerlo les brindará la oportunidad de acelerar los progresos hacia el acceso universal.

Todo lo dicho anteriormente demuestra que la mayoría de los países han fijado un objetivo del 80% de cobertura de los programas de tratamiento antirretrovírico y prevención de la transmisión maternoinfantil, algo que comúnmente se acepta como definición estándar de acceso universal a dichas intervenciones, es decir, un objetivo alcanzable que también tendrá el impacto más importante posible en la población destinataria. En las regiones con epidemias concentradas, los países han dado prioridad a la disponibilidad de servicios para poblaciones clave con mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, como los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones

sexuales con hombres. En África subsahariana, los países han hecho especial hincapié en objetivos orientados a facilitar las intervenciones de apoyo social para huérfanos y otros niños vulnerables.

El proceso mismo de fijar objetivos para el acceso universal ha bastado para alentar a muchos países a entrar en acción. Ya hay algunos países, como Botswana, la República Popular Democrática Laos y Namibia, que han hecho progresos espectaculares, en especial en el camino hacia el acceso universal al tratamiento antirretrovírico.

A finales de 2006, Kenya lanzó una 'Iniciativa de Resultados Rápidos' y pidió a los distritos que establecieran objetivos de tratamiento que debían alcanzarse en 100 días. Los resultados fueron extraordinarios. Casi todos los distritos alcanzaron los objetivos con creces, demostrando así el poder motivador y la priorización de la acción que pueden derivarse de la fijación de objetivos.

Etiopía ha adoptado estrategias que aseguran una prestación de servicios descentralizados y ha capacitado a no menos de 50.000 miembros de la comunidad. Otros países, como la India, Nigeria y la República Unida de Tanzania, están haciendo progresos importantes, pero si continúan al ritmo actual es posible que no alcancen su objetivo de acceso universal al tratamiento antes de 2012 o incluso después de esa fecha.

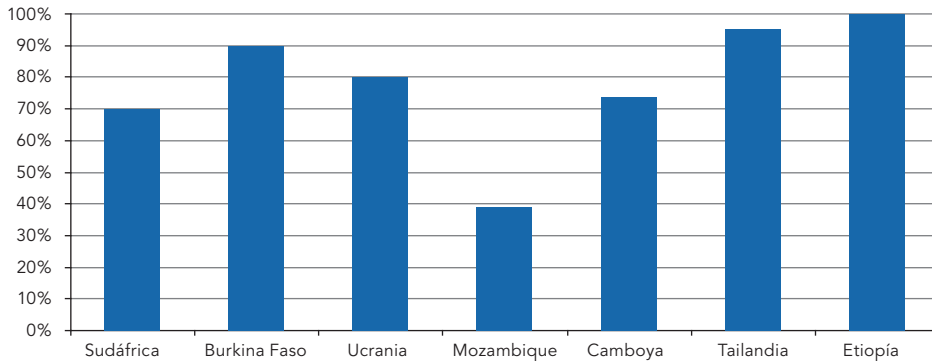
FIGURA 1



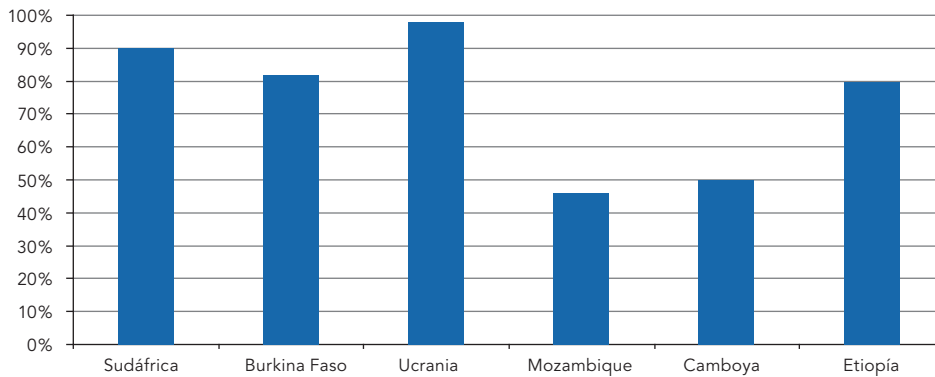
FIGURA 2

Ejemplos de objetivos de país para 2010

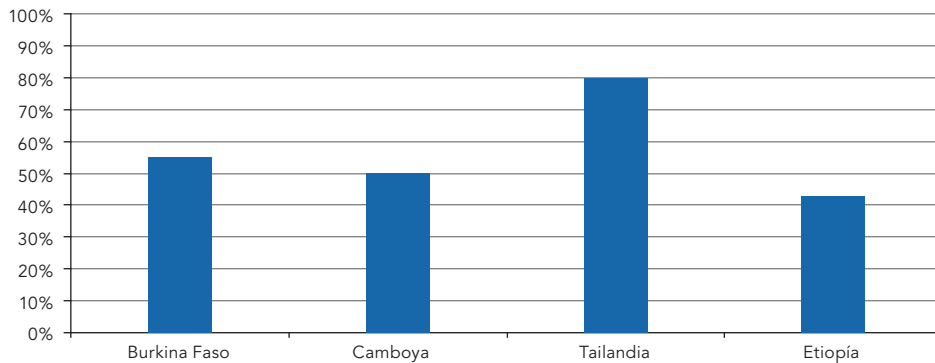
Porcentaje de mujeres, hombres y niños con infección avanzada por el VIH que reciben terapia antirretrovírica de combinación



Porcentaje de mujeres embarazadas VIH-positivas que reciben un ciclo completo de profilaxis antirretrovírica para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil



Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables menores de 18 años que viven en hogares que han recibido medidas básicas de apoyo



Inversiones necesarias para 2010

Sobre la base de los objetivos definidos por los países para 2010, se estima que en esta fecha se necesitará una inversión de US\$ 25.100 millones (US\$ 18.900 millones–US\$ 30.500 millones) para la respuesta mundial al sida en los países de ingresos bajos y medianos. De ese total, casi US\$ 11.600 millones se necesitarán para la prevención del VIH, y US\$ 7.000 millones para el tratamiento. El Cuadro 1 presenta un desglose de las inversiones necesarias para los distintos ámbitos programáticos.

Se prevé que las fuentes públicas nacionales proporcionen aproximadamente una tercera parte de las inversiones necesarias a escala mundial. Se necesitarán fondos externos para cubrir las restantes dos terceras partes, y la mayor parte de la ayuda se centrará en los países de ingresos bajos, en especial en África subsahariana. La Figura 3 presenta un desglose por regiones de las inversiones necesarias.

Como en el pasado, los países de ingresos altos y medianos, especialmente en Asia, Europa oriental y América Latina, seguirán financiando con fondos nacionales casi el total de su respectiva respuesta al sida.

Del total de las inversiones necesarias, aproximadamente una tercera parte se destinará a las actividades relacionadas con el cambio de comportamiento, los factores sociales impulsores de la epidemia, la mitigación social y otros servicios que se gestionan fuera del sector de la salud con programas multisectoriales. Con todo, esas estimaciones no abarcan por completo los ámbitos programáticos que no están directamente vinculados con el suministro de servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, se han

incluido en las estimaciones algunas medidas para tratar la violencia contra las mujeres. Sin embargo, la gama completa de medidas necesarias para abordar de manera integral este problema, como la reforma jurídica, la capacitación económica de la mujer y la educación básica para las niñas, debe financiarse a través de otras iniciativas de desarrollo.

Otra tercera parte está destinada a fortalecer los sistemas de salud, cuya debilidad es un serio obstáculo para la ampliación del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Los componentes incluidos en las estimaciones de las inversiones necesarias se esbozan en el Anexo 2.

La tercera parte restante se destinará a servicios de salud específicos para el VIH, como los programas para reducir la transmisión maternoinfantil, la seguridad hematológica y el suministro de terapia antirretrovírica a las personas que la necesiten. La lista completa de dichos servicios puede encontrarse en el Anexo 2.

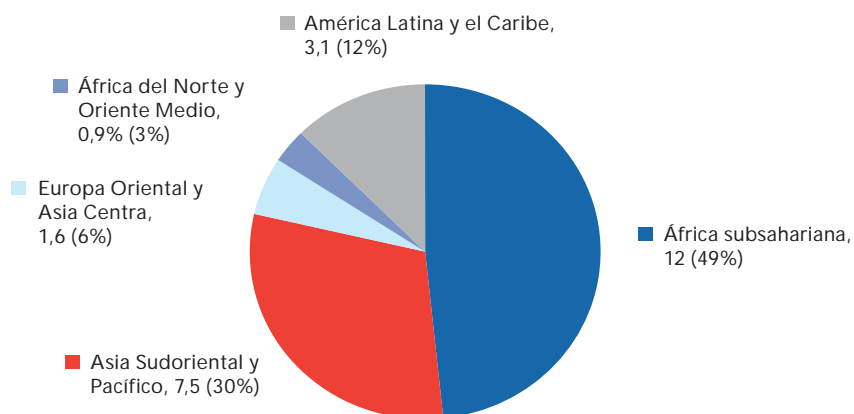
El Cuadro 2 muestra un desglose de las inversiones necesarias estimadas por categoría de actividad. Los servicios prioritarios escogidos para cada país se basaron en las directrices del ONUSIDA para la prevención, que instan a los países a dar prioridad a las intervenciones programáticas según el tipo de epidemia nacional. Por ejemplo, los países con epidemias generalizadas tienen una necesidad urgente de ampliar los servicios de prevención para los jóvenes con comportamientos de riesgo, y tratar las causas sociales subyacentes que fomentan esos comportamientos. En cambio, a los países con epidemias concentradas se les aconseja que se centren primero en suministrar servicios y programas a las poblaciones de mayor

Cuadro 1: Inversiones necesarias para servicios relacionados con el VIH en 132 países de ingresos bajos y medianos (en US\$ miles de millones)

Objetivos definidos por los países	2009	2010
Prevención	9,0	11,6
Tratamiento y atención (incluidos cuidados paliativos)	5,5	7,0
Huérfanos y niños vulnerables	1,7	2,5
Costos de apoyo a los programas	3,4	3,7
Prevención de la violencia contra las mujeres	0,2	0,3
Total	19,8	25,1
Intervalos	(16,2 – 23,7)	(18,9 – 30,5)

FIGURA 3

Desglose de las inversiones necesarias (en US\$ miles de millones) por regiones



Cuadro 2: Inversiones necesarias, clasificadas por ámbito de actividad (en US\$ miles de millones)

Objetivos definidos por los países	2009	2010
Servicios de salud específicos para el VIH	7,6	9,4
Fortalecimiento del sistema de salud y actividades interrelacionadas ^a	7,5	9,2
Servicios multisectoriales	4,7	6,5
Total	19,8	25,1

^a Las actividades interrelacionadas incluyen: los costos de los programas, el fortalecimiento de la sociedad civil, la sensibilización y la coordinación a nivel mundial, la política, los derechos humanos y la lucha contra el estigma.



Foto ONUSIDA / J. A. Wainwright

riesgo, incluidos los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El Anexo 1 contiene una lista de intervenciones prioritarias según el tipo de epidemia.

Las inversiones necesarias para el tratamiento y atención cubren más que el suministro de tratamiento antirretrovírico. Asimismo, incluyen

el asesoramiento y las pruebas indicadas por el proveedor (diagnóstico y ofrecimiento sistemático de pruebas), tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas, apoyo nutricional, análisis de laboratorio, cuidados paliativos y el costo de la logística relativa al suministro de medicamentos. También se incluyen los costos de la prueba de los linfocitos CD4 para vigilar la reacción a la terapia antirretrovírica y el avance de la enfermedad.

¿Qué se puede conseguir con estos 25.000 millones?

Si se alcanzan los objetivos definidos por los países para los servicios relacionados con el VIH, en 2010 unos 6,7 millones de personas recibirán tratamiento antirretrovírico. Más de 70 millones de mujeres embarazadas se someterán a las pruebas de detección y recibirán servicios de prevención de la transmisión materno-infantil, y 20 millones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 7 millones de profesionales del sexo y

10 millones de consumidores de drogas inyectables recibirán servicios de prevención del VIH. Siete millones de huérfanos contarán con apoyo, y se distribuirán casi 8.100 millones de preservativos (masculinos y femeninos). Todo ello permitirá evitar 2,6 millones de nuevas infecciones por el VIH, reduciendo la incidencia del VIH en casi un 50% y evitando 1,3 millones de muertes (véase el Cuadro 3).

Cuadro 3: Resultados y efectos que se prevé obtener si se hacen todas las inversiones en los objetivos definidos por los países en 132 países de ingresos bajos y medianos para 2010 (en millones)

Número de nuevas infecciones por el VIH (2009-2010)	2,6
Número de muertes evitadas (2009-2010)	1,3
Personas en tratamiento antirretrovírico	6,7
Profesores de escuela primaria capacitados	1,0
Profesionales del sexo a los que se llegará	7,5
Asesoramiento y pruebas voluntarias	40,9
Preservativos suministrados	8.153,7
Trabajadores a los que se llegará en el lugar de trabajo	46,2
Unidades de sangre segura producidas	42,6
Mujeres embarazadas a las que se les ofrecerá servicios integrales de prevención de la transmisión materno-infantil	74,5
Consumidores de drogas inyectables a los que se llegará con programas de reducción del daño	9,6
Varones que tienen relaciones sexuales con varones a los que se llegará	20,4
Presos a los que se llegará	6,2
Inyecciones seguras suministradas	4.247,1
Número de circuncisiones masculinas practicadas	1,5
Huérfanos que recibirán apoyo	6,7
Personas que recibirán tratamiento de las infecciones oportunistas y cuidados paliativos	2,1

La crisis económica y su repercusión sobre el sida

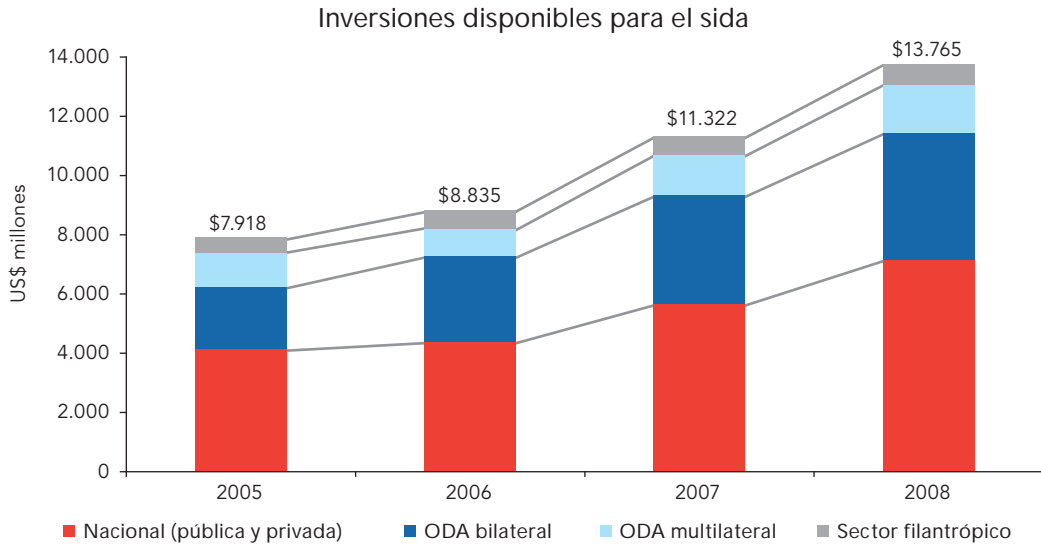
En enero de 2009, el Fondo Monetario Internacional estimó que el crecimiento económico mundial caerá del 5,2% registrado en 2005 a sólo el 0,5% en 2009. Se prevé que en las economías avanzadas el crecimiento caiga un 2% durante 2009, y que disminuya del 8,3% de 2007 al 3,3% en las economías emergentes y en desarrollo. Los países de ingresos bajos experimentarán una reducción del empleo y de las remesas (fondos enviados a su país de origen por los trabajadores migrantes) que tendrá un efecto severo en la pobreza y la capacidad de los hogares para atender los gastos sanitarios. Al mismo tiempo, los países de ingresos bajos ingresarán menos, lo cual limitará su capacidad para expandir el gasto en el sector social.

Potencialmente esto podría tener un efecto considerable en la respuesta mundial al sida. A nivel mundial, a finales de 2008 las principales fuentes de financiación de los programas sobre el sida eran los gastos nacionales en los países afectados (52%), la cooperación bilateral directa (31%), las instituciones multilaterales (12%) y el sector filantrópico (5%). Los fondos nacionales incluyen los desembolsos propios de las personas y las familias afectadas, y en 2008 se estimaron en casi US\$ 1.000 millones (Figura 4). Cada fuente acusa de un modo distinto el impacto de la ralentización económica. En consecuencia, hay que encontrar enfoques innovadores para asegurar y aumentar las inversiones destinadas a la respuesta mundial al sida.



Foto ONUSIDA

FIGURA 4

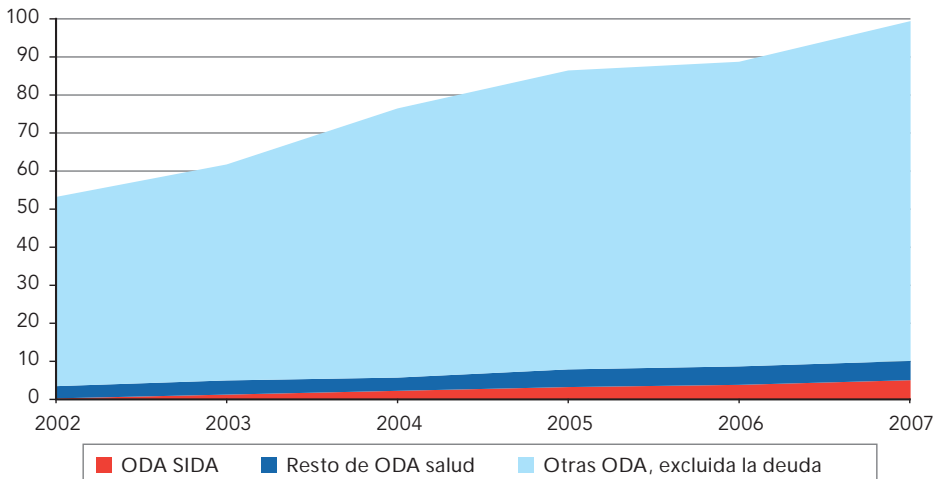


Si bien es posible que hoy los ajustes fiscales y económicos lleguen a ser una realidad, deberían hacerse pensando en las personas, pues el mundo no puede permitirse reducir los esfuerzos destinados a controlar y reducir la epidemia de sida.

Ello implica mantener y ampliar los programas del VIH para salvar vidas y proteger la capacidad humana. La financiación sostenible a largo plazo destinada al VIH debe asegurarse tanto de las fuentes externas como nacionales. Los programas del VIH tienen que llegar a ser más eficaces

FIGURA 5

Total de la asistencia oficial para el desarrollo (ODA); datos proporcionados por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo, 2002-2007, menos sida y salud (en US\$ miles de millones actuales)



Fuente: OCDE/CAD CRS; datos extraídos a las 13:13h del 15/01/2009 de OCDE Stat (excluido el alivio de la deuda).

en relación con los costos, hay que reducir los costos unitarios y aumentar la eficacia a la hora de suministrar los programas. En una palabra, hay que hacer rendir mejor el dinero para las personas.

No deja de ser positivo advertir que ninguno de los principales donante ha dado indicios de que en el futuro próximo se reducirá el nivel de la asistencia oficial para el desarrollo o de las contribuciones a los programas del VIH. Los compromisos deben cumplirse en los próximos meses.

En los últimos cinco años la financiación de la ayuda ha crecido a un ritmo constante

(Figura 5). Las experiencias pasadas sugieren que la financiación internacional del sector social a través de la asistencia oficial para el desarrollo ha tendido a estar en cierto modo protegida contra las caídas de la economía. Así y todo, la vigilancia de la situación ha de ser constante.

Por otra parte, es posible que algunos países de ingresos bajos y medianos reduzcan los gastos en el sector social en tiempos de crisis económica. Por esa razón, la vulnerabilidad de cada país es diferente: depende de la parte de su financiación que procede de fuentes internacionales, y también de lo rico que sea un país en relación con las necesidades de sus programas del VIH.

Por ejemplo, los programas de los países con elevados gastos relacionados con el sida que en su mayor parte se cubren con fuentes nacionales (como Botswana) serán vulnerables a la disminución de su propio crecimiento económico, si bien estarán menos afectados directamente por los cambios en la financiación internacional de la ayuda. En comparación, los países con elevados

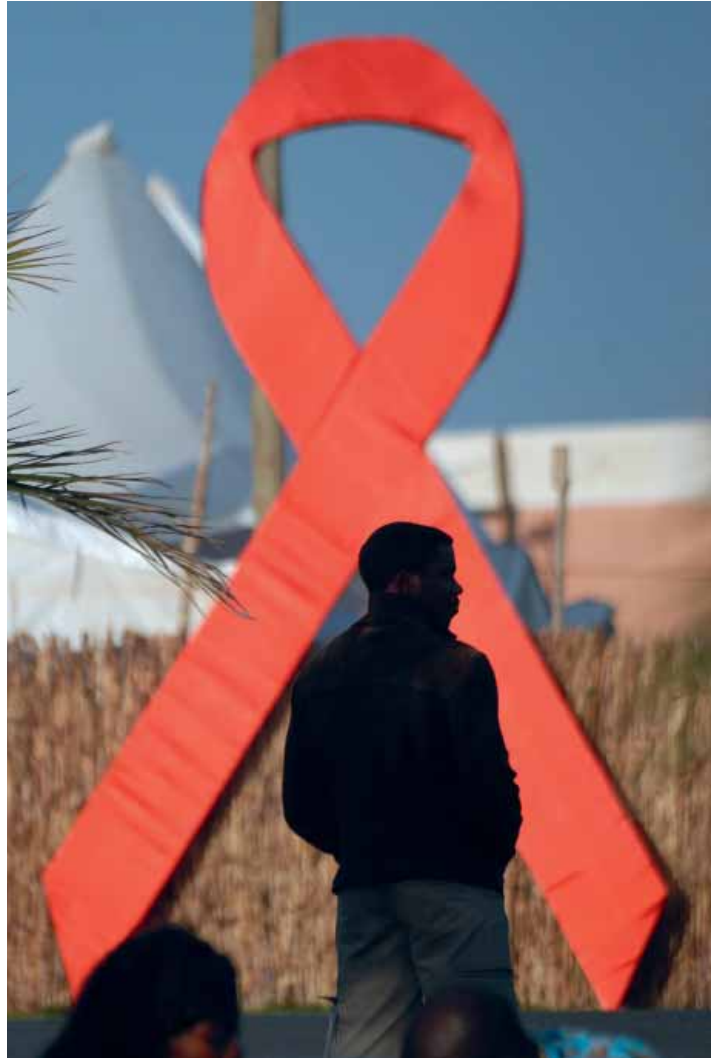


Foto ONUSIDA / J. D. Ly

gastos relativos al sida y una alta dependencia de la ayuda (como Haití o Mozambique) tienen menos posibilidades de aumentar su presupuesto nacional y, además, serán vulnerables a los recortes de la financiación internacional.

A medio plazo, por tanto, lo prudente sería esperar que muchos países hagan frente a demandas adicionales en sus presupuestos nacionales y busquen más financiación internacional.

Conclusiones

Alcanzar los objetivos definidos por los países para 2010 brinda la oportunidad de cambiar el ritmo de la respuesta a la epidemia de sida. Poner a más personas en tratamiento, proteger a los bebés y los jóvenes de contraer la infección y asegurar que toda una generación de huérfanos termine los estudios ayudará a salvar vidas. También pondrá los cimientos para sostener la respuesta al sida durante muchos años, y contribuirá a fortalecer los servicios de salud y aumentar los recursos humanos. Ayudará a reducir la homofobia, el estigma y la discriminación, especialmente de aquellas personas que no tienen voz y están marginadas. Contribuirá a disminuir la violencia contra las mujeres y niñas y capacitará a millones de personas para protegerse del VIH y de los abusos sexuales.

Es indudable que, en el clima financiero actual, las inversiones hay que hacerlas con prudencia. Sin embargo, no pueden perderse de vista las personas, pues detrás de cada reducción o recorte hay un individuo o una familia. A tal fin, hay que hacer rendir más el dinero destinado al sida para las personas: los programas deberían ser más económicos, más eficientes en el suministro de servicios y se deberían reducir los costos unitarios.

Pueden obtenerse las inversiones necesarias, y los logros recientes en materia de tratamiento y prevención demuestran lo que es posible lograr.

Lo que se necesita hoy es una mayor voluntad política, junto con un profundo respeto de los derechos humanos. El acceso universal tiene que llegar a ser una realidad para los cientos de millones de personas vulnerables a la infección por el VIH y los millones de personas que viven con el VIH y sus seres queridos. Las inversiones que ya se han hecho en las distintas respuestas al sida están arrojando resultados. Por lo tanto, éste es el momento de ampliarlas, no de reducirlas.

Metodología para calcular las inversiones necesarias

Inversiones necesarias = número de personas necesitadas x cobertura (el porcentaje de la población que recibe el servicio x costo unitario (el costo del suministro del servicio a un individuo).

- Las estimaciones de las necesidades de los países se realizaron para 132 países de ingresos bajos y medianos y se basaron en el tipo de epidemia y los objetivos fijados a escala nacional utilizando los datos disponibles más recientes. En los casos en que los países no han fijado objetivos para un ámbito o servicio determinados, se utilizó un conjunto de objetivos por defecto fijados a escala mundial para definir los objetivos de acceso universal del país en cuestión.
- Para estimar los costos anuales de cada intervención programática se utilizó un modelo de costos que emplea un enfoque de abajo arriba y está basado en los componentes. Se agruparon 60 actividades en cinco categorías: 1) prevención; 2) tratamiento y atención; 3) apoyo a los huérfanos; 4) apoyo a los programas; y 5) intervenciones para prevenir la violencia contra las mujeres.
- Los costos unitarios se obtuvieron básicamente de publicaciones, descripciones de proyectos e informaciones de especialistas de cada país. Los promedios regionales se usaron para países en los que no había datos específicos. Se dio por sentado que los costos unitarios de los servicios de prevención disminuirán a medida que se amplíen los programas.
- Los costos de las actividades para los cuales el costo unitario por habitante no eran pertinentes (por ejemplo, la gestión, la investigación de operaciones y la vigilancia y evaluación) se calcularon fijando el precio de los componentes habituales de cada actividad.
- Las categorías de las intervenciones programáticas se conciliaron con las directrices más recientes del ONUSIDA, Incluidas las directrices del ONUSIDA sobre prevención¹ y las directrices de la OMS sobre la terapia antirretrovírica para adultos y adolescentes.²
- De conformidad con la insistencia de las directrices del ONUSIDA en la prevención de los factores impulsores de la epidemia, el conjunto de servicios básicos de prevención del VIH presupuestado incluye por primera vez respuestas de programas y de política que abordan el papel de la desigualdad de género en la propagación de las epidemias nacionales. Tales medidas incluyen programas para fomentar la igualdad de género, capacitar al personal en sensibilidad a las diferencias de trato por razón del sexo en los programas de asesoramiento y pruebas voluntarias, prevenir la violencia contra las mujeres y suministrar servicios integrales posteriores a la violación, incluida la profilaxis posexposición (PPE) a las mujeres que han sido víctimas de violación. Las intervenciones incluidas en esta categoría no son de ninguna manera exhaustivas, pero abarcan enfoques prometedores que ya se están empleando.
- Los precios del tratamiento antirretrovírico se tomaron de la base de datos de la OMS sobre precios de antirretrovíricos.
- Las inversiones necesarias incluyen a los niños que quedaron huérfanos en África subsahariana sin tener en cuenta la causa de la orfandad. Los expertos en este ámbito recomiendan la inclusión de todos los huérfanos subsaharianos porque es difícil distinguir a un niño que se ha quedado huérfano por culpa del VIH de otro que ha quedado huérfano por otros motivos, y cuestionable desde el punto de vista ético poner en práctica un programa de servicios que haga esa distinción.^{3,4} Fuera de África subsahariana sólo se incluyen en las estimaciones los huérfanos atribuibles al sida.
- El enfoque del acceso universal definido por los países supone un amplio planteamiento de cambio de tareas para los recursos humanos y la contratación de personal adicional, y, por tanto, la necesidad de emplear al equivalente de 133.200 personas a tiempo completo entre 2010 y 2015, es decir, 13.340 médicos y 36.100 enfermeros y otro personal seleccionado en atención sanitaria.
- Todas las inversiones necesarias se indican en US\$ constantes de 2007.

¹ ONUSIDA. Plan de acción del ONUSIDA para la intensificación de la prevención del VIH, 2006-2007. Ginebra, Suiza, 2006. ONUSIDA. Directrices prácticas para intensificar la prevención del VIH: Hacia el acceso universal. Ginebra, 2007.

² OMS. Terapia antirretrovírica para la prevención de la infección por el VIH en adultos y adolescentes: Recomendaciones para un enfoque basado en la salud pública, revisión de 2006.

³ Como recomendó la Junta Asesora del ONUSIDA sobre Necesidades de Recursos durante su reunión en Glion, Suiza, el 10 de mayo de 2007. La Junta Asesora está formada por economistas internacionales y expertos en sida de países donantes y en desarrollo, la sociedad civil, organismos de las Naciones Unidas, incluido el UNICEF, y otras organizaciones internacionales.

⁴ Stover J, Bollinger L, Walker N, y Monasch R. Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. Health Policy and Planning 2007; 22:21–27. (doi:10.1093/heapol/czl033)

Anexo1: Intervenciones prioritarias para la prevención del VIH y objetivos por tipo de epidemia

Cobertura de la actividad programática (en % salvo mención en contrario)	Tipo de epidemia		
	Nivel bajo	Concentrada	Generalizada / hiperendémica
Comunicación para el cambio social y de comportamiento			
Promedio anual de campañas en los medios de comunicación	2	4	5
Movilización de la comunidad			
Adultos a los que se llega	0	0	70
Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV)⁵			
Porcentaje máximo de población que solicita APV al año	0.1	1	5
Necesidad satisfecha para APV	100	100	100
Intervenciones para los jóvenes			
Profesores de escuela primaria capacitados (máximo de 1/3 por escuela)	30	45	100
Profesores de escuela secundaria capacitados (máximo de 1/8 por escuela)	30	45	100
Niños no escolarizados a los que se llega (6-11 años) ⁶	10	20	50
Niños no escolarizados a los que se llega (12-15 años)	10	20	50
Intervenciones para los profesionales del sexo y sus clientes			
Profesionales del sexo a los que se llega por intervención/año	80	80	80
Uso sistemático promedio del preservativo	100	100	100
Preservativos suministrados (femeninos)	5	5	5
Programas para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres			
Número de HSH a los que se llega por intervención/año	80	80	80
Uso sistemático promedio del preservativo	80	80	100
Intervenciones para la reducción del daño			
Consumidores de drogas inyectables que reciben intervenciones para reducción del daño	80	80	80
Intervenciones en el lugar de trabajo			
Fuerza de trabajo con acceso a educación inter pares sobre el VIH	0	3	50
Preservativos suministrados en el lugar de trabajo	10	10	10
Empleadores que suministran tratamiento de las ITS	0	3	50
Hombres tratados por ITS sintomáticas en el lugar de trabajo	0	70	70
Mujeres tratadas por ITS sintomáticas en el lugar de trabajo	0	70	70
Poblaciones vulnerables			
Presos a los que se llegó	80	80	80

	Nivel bajo	Concentrada	Generalizada/ hiperendémica
Aumento del suministro de preservativos por el sector público			
Deterioro de los preservativos durante almacenamiento y distribución	10	10	10
Relaciones sexuales ocasionales en las que se usa preservativo	80	80	80
Personas casadas con parejas ocasionales que usan preservativo en las relaciones sexuales conyugales	30	30	30
Comercialización social de los preservativos			
Preservativos distribuidos por programas de comercialización social	25	25	25
Preservativos suministrados (femeninos)	2	2	2
Aumento del tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)			
ITS masculinas sintomáticas tratadas en dispensarios entre los que tienen acceso a tratamiento	60	75	100
ITS femeninas sintomáticas tratadas en dispensarios entre los que tienen acceso a tratamiento	60	75	100
Casos de sífilis detectados y tratados entre mujeres que acuden a centros de atención prenatal	60	75	100
Intervenciones para la prevención de la transmisión maternoinfantil			
Mujeres embarazadas que acuden a centros de atención prenatal y se hacen la prueba en el centro	80	80	80
Mujeres a las que se les ofrece tratamiento y aceptan completarlo	90	90	90
Mujeres con resultado VIH-positivo y que dan sucedáneo de leche materna	10	10	10
Circuncisión masculina⁷			
Varones circuncidados (15-24 años) ⁰	0	0	80
Medidas para la seguridad hematológica			
Unidades de sangre analizada para transfusiones	100	100	100
Profilaxis posexposición (PPE)			
Necesidad satisfecha para PPE	100	100	100
Inyecciones seguras (sólo para países de ingresos bajos de África subsahariana)			
Inmunizaciones con jeringas AD (2007)	77	92	99
Reducción del número de inyecciones médicas innecesarias		25	25
Otras inyecciones con jeringas AD (2007)	77	92	99
Precauciones de carácter universal (sólo para países de ingresos bajos de África subsahariana)⁸			
Trabajadores de salud cubiertos (2007)	77	92	99

⁵ Asesoramiento y pruebas voluntarias confidenciales solicitadas por el cliente (APV): los recursos necesarios se calcularon sobre la base de la demanda anticipada, que varió según la prevalencia. El asesoramiento y las pruebas inducidas por el proveedor se incluyen en el rubro de tratamiento y atención.

⁶ El objetivo relativo a los niños no escolarizados se limita al 50% porque las inversiones requeridas para actividades de extensión inter pares correspondientes a este grupo (cada trabajador de extensión sirve a 20-40 niños) no estarían justificadas más allá de dicho nivel dada la necesidad de dedicar preferentemente las inversiones a asegurar la escolarización de dicho grupo.

⁷ Ampliar para reducir a la mitad la diferencia entre la prevalencia actual de circuncisión masculina y el objetivo del 80%.

⁸ Las precauciones universales las comparte todo el sistema de salud, no son específicas para el VIH y, por lo tanto, sí con más pertinentes en los países con epidemias de VIH hiperendémicas y generalizadas.

Anexo 2.

Componentes para fortalecer los sistemas de salud incluidos en la estimación de las inversiones necesarias

1. Precauciones universales
2. Seguridad hematológica
3. Inyecciones médicas seguras
4. Vigilancia de laboratorio específica relacionada con el VIH
5. Profilaxis de las infecciones oportunistas
6. Tratamiento de las infecciones oportunistas
7. Atención sanitaria básica para los niños huérfanos y vulnerables
8. Vigilancia y evaluación
9. Sistemas de suministro de medicación
10. Tecnología de la información
11. Mejora y construcción de infraestructuras
12. Mejora de las infraestructuras de los laboratorios; nuevos equipos
13. Construcción de nuevos centros de salud
14. Capacitación de recursos humanos

Servicios de salud relacionados con el VIH incluidos en las estimaciones de las inversiones necesarias

1. Circuncisión masculina
2. Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS)
3. Prevención de la transmisión materno-infantil
4. Profilaxis posexposición (en un centro de atención sanitaria)
5. Medicamentos antirretrovíricos de primera línea para adultos
6. Medicamentos antirretrovíricos de primera línea para niños
7. Medicamentos antirretrovíricos de segunda línea para adultos
8. Tuberculosis y tratamiento antirretrovírico
9. Laboratorios de primera línea
10. Laboratorios de segunda línea
11. Nutrición
12. Suministro de servicios de primera línea
13. Suministro de servicios de segunda línea
14. Tratamiento de las infecciones oportunistas
15. Cuidados paliativos
16. Cotrimoxazol
17. Profilaxis de las infecciones oportunistas
18. Asesoramiento y pruebas inducidas por el proveedor
19. Detección de las ITS
20. Asesoramiento para personas que viven con el VIH y sus familias/parejas

Notas

Notas

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para la respuesta mundial al sida. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 80 países de todo el mundo.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Dirección electrónica: distribution@unaids.org

www.unaids.org

Uniendo al mundo contra el **sida**



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNLUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL