

**FAST-TRACK**

ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030



**HEMOS DOBLEGADO LA TRAYECTORIA**



**DE LA EPIDEMIA DE SIDA**

**AHORA TENEMOS**



**CINCO AÑOS**

**PARA PONER FIN A**

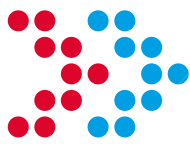


**LA EPIDEMIA**

**O NOS ARRIESGAMOS A QUE**



**LA EPIDEMIA RESURJA CON MAYOR FUERZA**



# Metas urgentes

para el año 2020

**90-90-90**

Tratamiento

**500 000**

Nuevas infecciones entre adultos

**CERO**

Discriminación

para el año 2030

**95-95-95**

Tratamiento

**200 000**

Nuevas infecciones entre adultos

**CERO**

Discriminación

**El mundo está embarcándose en una estrategia de aceleración para poner fin a la epidemia de sida para el año 2030.**

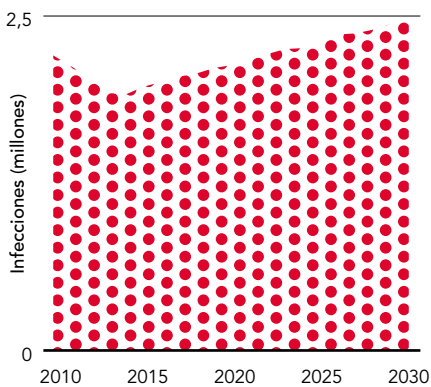
Para alcanzar esta meta visionaria tras tres décadas de la más grave epidemia que se recuerde, los países deberán hacer uso de las poderosas herramientas con las que se cuenta, exigirse mutuamente resultados y garantizar que nadie quede en el olvido.

# Acción acelerada

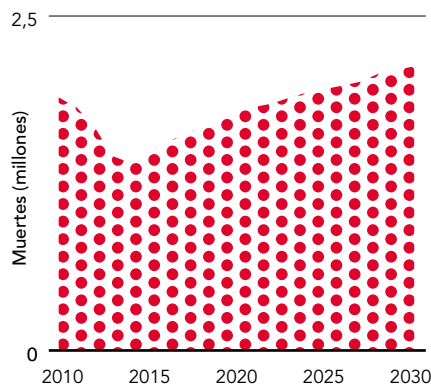
**SIN ESCALAMIENTO**—se mantienen los niveles de cobertura a 2013



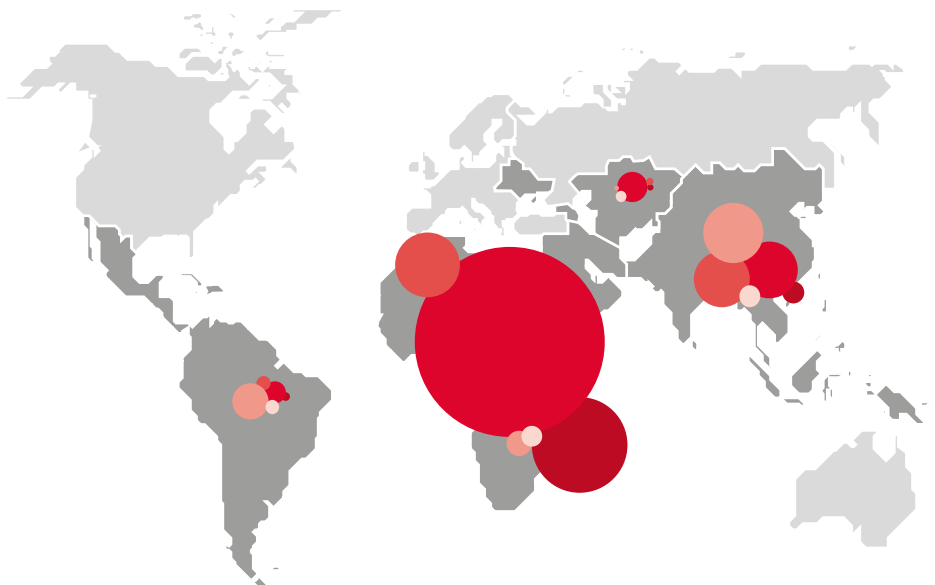
**Nuevas infecciones por VIH en países de ingresos bajos y medios (millones)**



**Muertes relacionadas con el sida en países de ingresos bajos y medios (millones)**



**Nuevas infecciones por el VIH en diferentes grupos de población, 2030**



- Niños
- Heterosexuales (incluidas mujeres jóvenes, excluidas profesionales del sexo)
- Mujeres profesionales del sexo y sus clientes
- Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
- Personas que se inyectan drogas



**Sin escalamiento, la epidemia de sida seguirá superando la respuesta, aumentará la necesidad prolongada de tratamiento del VIH e incrementará los costos futuros.**



## ESCALAMIENTO RÁPIDO—logro de metas ambiciosas

### BENEFICIOS SUSTANCIALES

**21 MILLONES**

Muertes relacionadas con el sida evitadas a 2030

**28 MILLONES**

Infecciones por el VIH evitadas a 2030

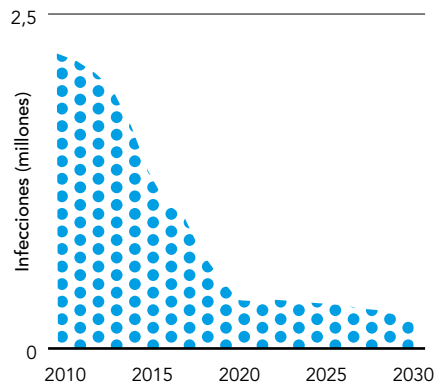
**5,9 MILLONES**

Infecciones entre niños evitadas a 2030

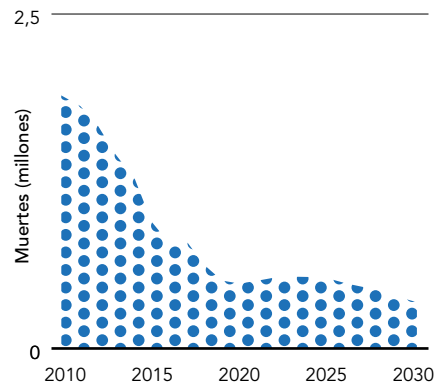
**15 VECES**

mayor retorno de las inversiones en el VIH

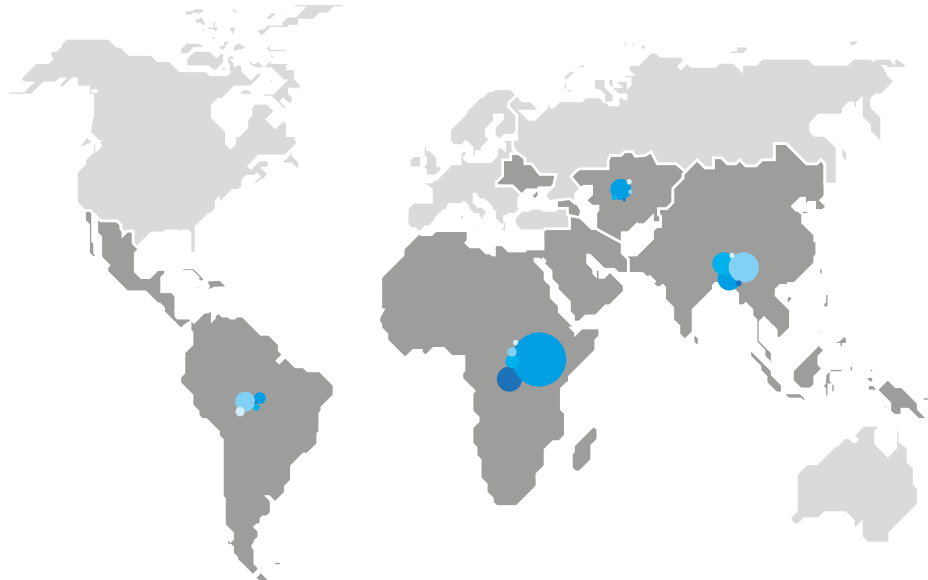
**Nuevas infecciones por VIH en países de ingresos bajos y medios (millones)**



**Muertes relacionadas con el sida en países de ingresos bajos y medios (millones)**

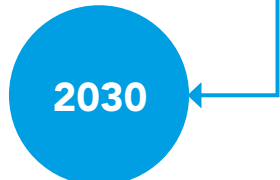


**Nuevas infecciones por el VIH en diferentes grupos de población, 2030**



- Niños
- Heterosexuales (incluidas mujeres jóvenes, excluidas profesionales del sexo)
- Mujeres profesionales del sexo y sus clientes
- Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
- Personas que se inyectan drogas

El escalamiento rápido de los abordajes esenciales de prevención y tratamiento posibilitará que la respuesta supere a la epidemia.



## PODEMOS PONER FIN A LA EPIDEMIA DE SIDA PARA EL AÑO 2030

Un sólido consenso mundial indica que ya existen las herramientas para poner fin a la epidemia de sida. Esta certeza se basa en una combinación de importantes avances científicos y el cúmulo de lecciones aprendidas a lo largo de más de una década de ampliar la respuesta al sida a escala mundial. Ahora, la consecución de objetivos en virtud de estas herramientas requiere celeridad.

El tratamiento del VIH puede prolongar radicalmente la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH y prevenir con eficacia la transmisión del virus. Existen también muchas posibilidades comprobadas para prevenir el VIH además de los medicamentos, entre ellas la programación del uso de preservativos, los cambios conductuales, la circuncisión masculina voluntaria por medios médicos y los programas para los grupos de población clave. Sin duda estas han demostrado su capacidad para reducir drásticamente las tasas de nuevas infecciones por el VIH. Los programas de VIH se fortalecen marcadamente cuando se combinan con abordajes sociales y estructurales —por ejemplo, un análisis reciente llegó a la conclusión de que esto podría reducir en un tercio o más las nuevas infecciones por el VIH entre los profesionales del sexo—(1).

Las infecciones por el VIH podrían no desaparecer en el futuro inmediato, pero la epidemia de sida puede llegar a su fin en su carácter de amenaza mundial contra la salud. Para lograr esto para el año 2030, será necesario reducir el número de nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida un 90%, en comparación con el año 2010.

Los beneficios de acelerar la respuesta al sida son sustanciales en los países de ingresos bajos y medios:

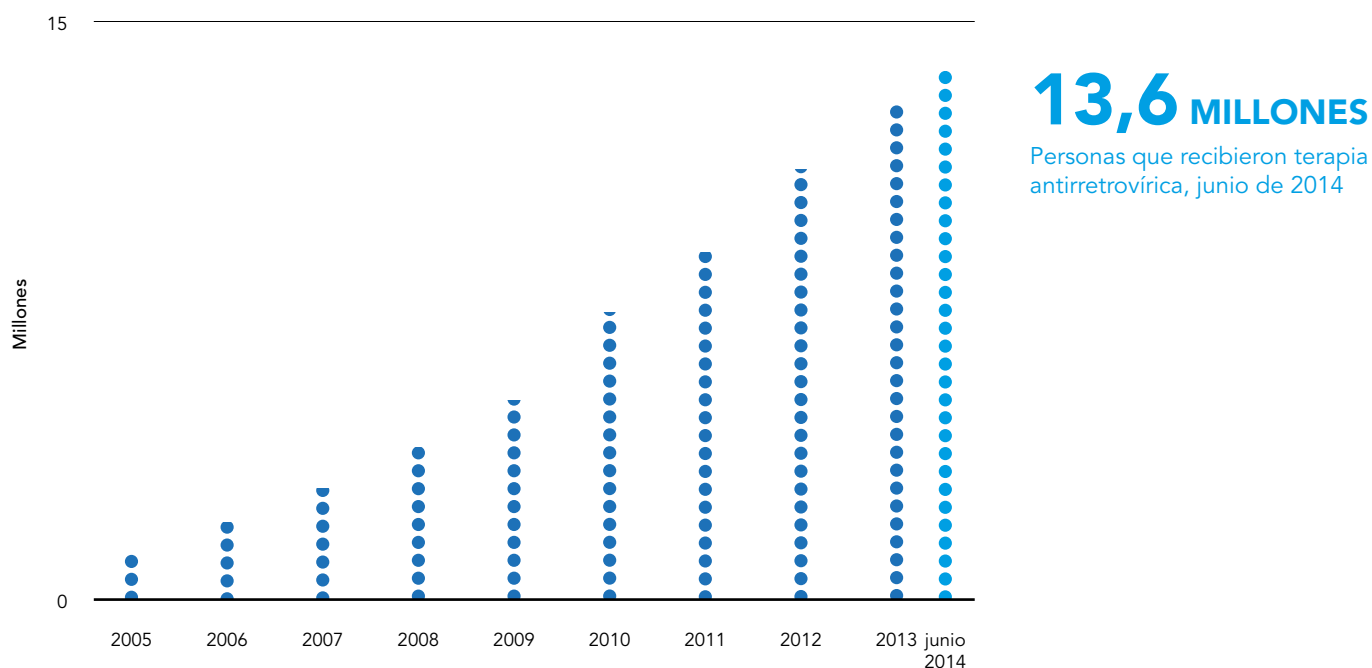
- Se habrán evitado 28 millones de infecciones por el VIH entre 2015 y 2030.
- Se habrán evitado 21 millones de muertes relacionadas con el sida entre 2015 y 2030.
- Se calcula que el retorno económico de las inversiones por la vía rápida será 15 veces mayor.
- No se habrán erogado 24 millones de dólares estadounidenses en costos de tratamiento del VIH.

## VALERSE DE LOS LOGROS PASADOS

Las inversiones en la respuesta al sida continúan generando resultados concretos y avivan el optimismo acerca del fin de la epidemia de una vez por todas. Para fines de 2013, 33,2 millones de personas [33,2 millones–37,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo. Las nuevas infecciones por el VIH en 2013 se estimaron en 2,1 millones [1,9 millones–2,4 millones], lo que significó un 38% menos que en 2001. El número de muertes relacionadas con el sida sigue bajando, con 1,5 millones [1,4 millones–1,7 millones] de personas que mueren por causas relacionadas con el sida en 2013, un 35% por debajo del punto máximo en 2005.



**Fig. 1 Personas que recibieron terapia antirretrovírica, 2005-junio 2014, todos los países**

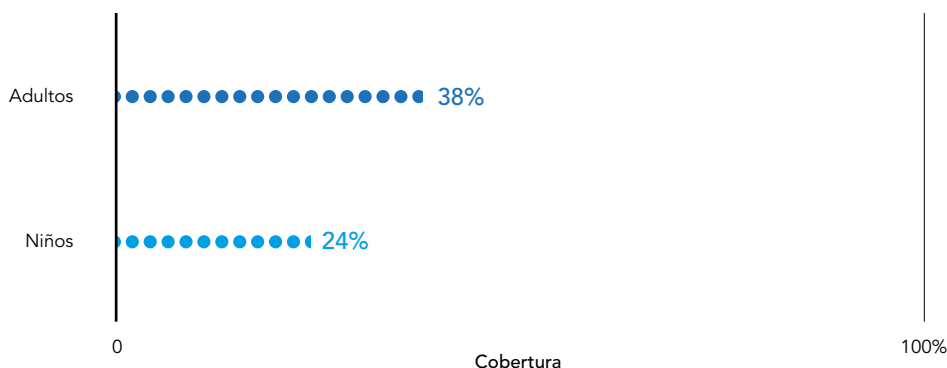


En los primeros seis meses de 2014, los países extendieron más el acceso a los programas de VIH prioritarios. Con 13,6 millones de personas que reciben terapia antirretrovírica a junio de 2014 en todos los países (Fig. 1), el mundo imprime velocidad para administrar tratamiento para el VIH a 15 millones de personas como mínimo en 2015, aunque el progreso en los niños está rezagado. La cobertura de la terapia antirretrovírica a fines de 2013 era del 38% para los adultos, pero solo del 24% para los niños (ver Fig. 2 y las planillas de resultados por país). El aumento del número de niños en terapia antirretrovírica durante la primera mitad de 2014 fue solo del 3%, en comparación con un aumento del 6% entre los adultos (Fig. 3).

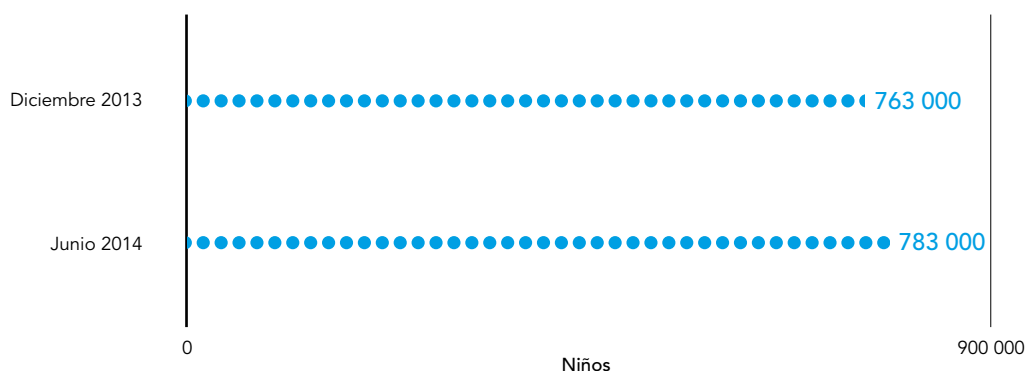
En 2013, cerca de 1 millón de hombres en países prioritarios en África subsahariana acababan de ser circuncidados, cifra que llevó el total de hombres circuncidados a 6 millones desde 2007, cuando ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaron por primera vez introducir esta poderosa herramienta de prevención del VIH.

Las recientes encuestas por hogares llevadas a cabo en África subsahariana también revelan tendencias positivas. Encuestas realizadas en 2007-2013 muestran un aumento en el conocimiento que los jóvenes poseen sobre el VIH y una mayor utilización del preservativo por parte de los adultos, en comparación con encuestas de 2001-2006, como así también disminuciones en la proporción de jóvenes que inician su actividad sexual antes de los 15 años y en el número de adultos que informan parejas sexuales múltiples.

**Fig. 2 Cobertura de terapia antirretrovírica para adultos y niños, 2013**



**Fig. 3 Número de niños que recibieron terapia antirretrovírica, 2013–2014**

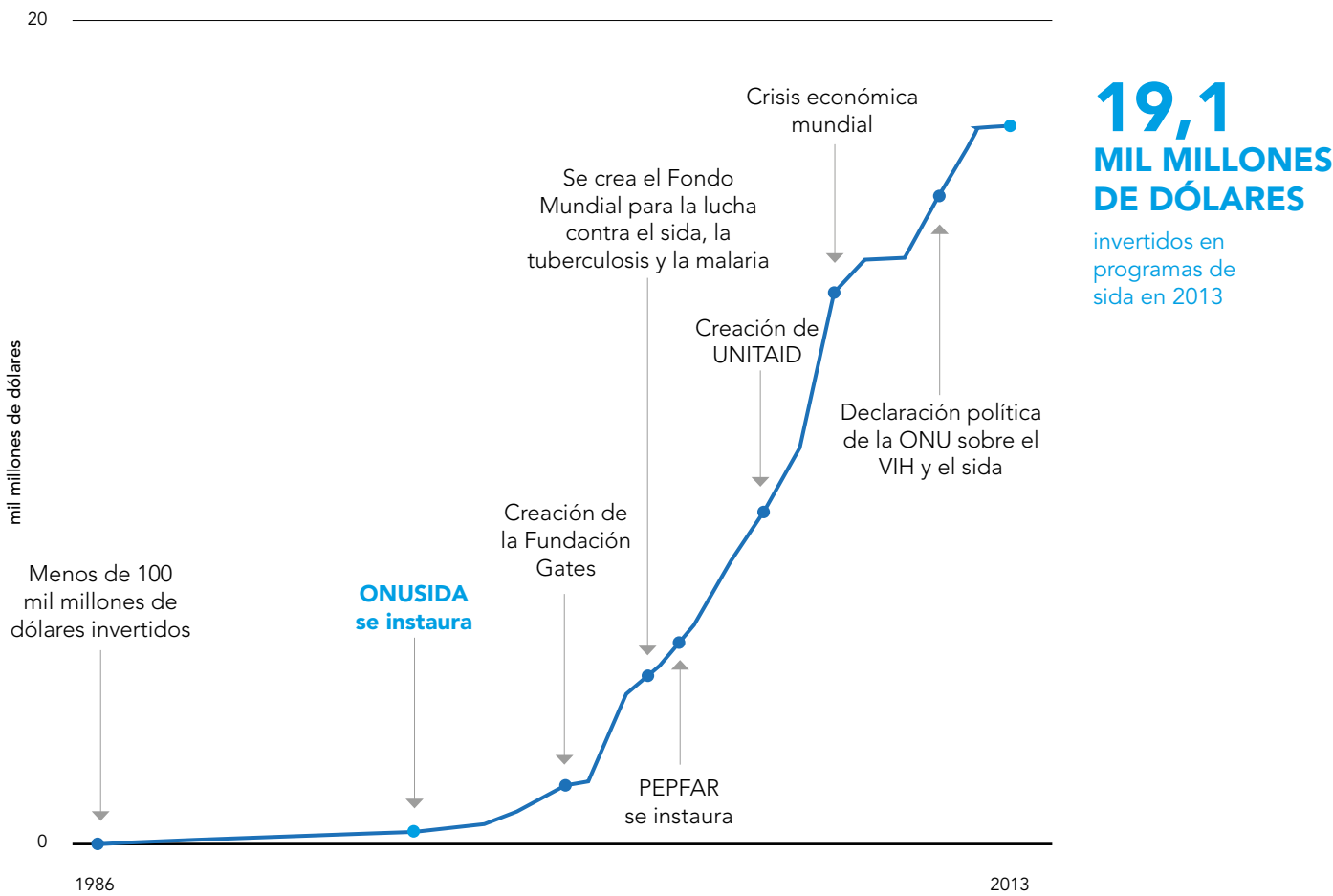


No obstante, los grupos de población clave en alto riesgo de VIH no se están beneficiando de igual modo de estas conquistas, lo que subraya la necesidad de reforzar los esfuerzos de prevención y tratamiento para estos grupos. Solo tres quintas partes de los países tienen programas de reducción del riesgo para los profesionales del sexo, mientras que el acceso a los servicios de prevención del VIH continúa siendo bajo entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; 88 países informan que menos de la mitad de los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres conoce su estado serológico positivo gracias al resultado de una prueba reciente, mientras que 50 de los países informan que más de la mitad conoce su estado serológico. La mayoría de los países no proporcionan terapia de sustitución de opioides o acceso a agujas y jeringas estériles para las personas que se inyectan drogas.

La movilización de recursos para los programas de sida continúan aumentando (Fig. 4). En 2013, se invirtieron 19,1 mil millones de dólares estadounidenses en la respuesta al sida en países de ingresos bajos y medios —un aumento de aproximadamente 250 millones de esta

divisa invertidos en 2012—. Los países mismos han impulsado en gran medida el reciente aumento de inversiones para el sida, dado que la asistencia internacional para el VIH se ha nivelado en los últimos años. Mientras aumentan la inversión local en sida, más países están adoptando un abordaje inversionista, centrando los recursos en los programas más efectivos y en las poblaciones y escenarios geográficos donde la necesidad es mayor. Con el drástico aumento de recursos para el VIH durante la década pasada, el mundo se está acercando al objetivo de movilizar 22-24 mil millones de dólares estadounidenses anuales para 2015, aunque para poner fin a la epidemia de sida para el año 2030 se necesitará aún más financiación.

**Fig. 4 Valerse de los logros pasados: inversiones en los programas de sida en los países de ingresos bajos y medios 1986–2013**



PEPFAR Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA, informes de la Fundación ONUSIDA-Kaiser Family sobre el financiamiento de la respuesta al VIH en países de ingresos bajos y medios, GARPR 2014, informes de seguimiento de recursos filantrópicos de Funders Concerned About AIDS, informes del Fondo Mundial y UNITAID.

## LAS METAS AMBICIOSAS SON COMPLETAMENTE ALCANZABLES

Tal como la experiencia previa en la respuesta al sida lo ha demostrado, las metas que se establecen en un marco de tiempo limitado impulsan el progreso, promueven la rendición de cuentas y alían diversas partes interesadas para abrirse paso hacia objetivos comunes. Para acelerar el avance hacia el fin de la epidemia, se han establecido nuevas metas urgentes para el período que sucederá a 2015 (Fig. 5). Estos objetivos apuntan a transformar la visión de cero nueva infección por el VIH, cero discriminación y cero muerte relacionada con el sida en hitos y criterios de valoración concretos.

Por primera vez existe un consenso mundial para lograr que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico positivo, que el 90% de las que lo conocen reciban tratamiento y que el 90% de quienes se encuentran en tratamiento para el VIH logren la supresión de la carga vírica para que su sistema inmunitario permanezca fuerte y no presenten más infección. Los objetivos 90–90–90 son aplicables a los niños y adultos, hombres y mujeres, pobres y ricos, de todas las poblaciones —mientras es preciso alcanzar niveles incluso más altos entre las mujeres embarazadas.

Con el logro de los objetivos 90-90-90 para el año 2020, todavía quedaría un 27% de personas que viven con el VIH con la carga vírica sin suprimir, por lo que aumentar las inversiones en estrategias de prevención del VIH comprobadas será fundamental para la expectativa de poner fin a la epidemia de sida. Las metas urgentes de los programas de prevención recomendados (p. ej., bajo el abordaje inversionista) son incluso más elevadas que lo recomendado anteriormente. Se necesitarán niveles muy altos de cobertura de los programas que promuevan el uso correcto y continuo de preservativo en todo tipo de epidemia. En los entornos de alta prevalencia, será preciso llegar a más personas a través de los medios de comunicación masiva y reuniones en persona que insten a disminuir el riesgo sexual. En contextos de muy alta prevalencia de VIH, las nuevas evidencias sugieren que será preciso incorporar programas de transferencia de dinero en efectivo para las jóvenes con un escalamiento sustancial.

Muchos miembros de los grupos de población clave informan no haber tenido contacto con los programas de prevención del VIH en los últimos 12 meses. Por lo tanto, los programas de difusión necesitarán una cobertura mayor —cercana a la saturación— para llegar a los profesionales del sexo, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas. Asimismo, la cobertura de las terapias de sustitución de opioides para quienes se inyectan drogas y de los programas de prevención en los establecimientos penitenciarios también debe aumentar significativamente. La meta de eliminación de las nuevas infecciones por el VIH en los niños requiere una cobertura de saturación.

El acceso a las herramientas de prevención biomédica también deben extenderse. En los ámbitos prioritarios del África subsahariana donde la prevalencia del VIH es alta y las tasas de circuncisión masculina son bajas, será preciso lograr el 80% del objetivo de cobertura de circuncisión masculina voluntaria por medios médicos para el año 2020. Sobre la base de las pruebas recientes sobre la profilaxis previa a la exposición y anticipándose a los acontecimientos futuros de su formulación y efectividad, deberá garantizarse el acceso a la profilaxis antirretrovírica previa a la exposición para los profesionales del sexo y los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, las parejas serodiscordantes en escenarios de alta prevalencia y entre los adolescentes de entornos en los que la prevalencia de VIH es extremadamente elevada.

**Fig. 5 Objetivos para poner fin a la epidemia de sida**



En conjunto, estos tratamientos para el VIH y herramientas de prevención prioritarios pueden reducir la aparición de nuevas infecciones por VIH en los adultos en países de rentas bajas y medias, de 2,1 millones en 2010 a cerca de 300 000 en 2030. Las predicciones indican que la terapia antirretrovírica representará el 60% de las infecciones prevenidas mediante la ampliación de estas estrategias prioritarias.

La eliminación de las nuevas infecciones por VIH entre los niños también requerirá que los niveles de cobertura de la terapia antirretrovírica sean muy altos entre las mujeres embarazadas, y que superen los objetivos de tratamiento 90-90-90.

Los facilitadores fundamentales también deben escalar para poner fin a la epidemia de sida. Para que los programas de VIH sean más efectivos, deben llegar a más personas con prisa y aceleración e incluir el abordaje de temas sociales y estructurales que impiden que las personas accedan a los servicios. La movilización comunitaria mejorará el acceso a las pruebas de VIH y a los servicios de prevención y tratamiento, como así también promoverá el cumplimiento del tratamiento. Además, las sinergias con otros sectores de desarrollo —incluida la educación, la salud, la protección social y la igualdad de género— ayudarán a mejorar los resultados del VIH.

El fundamento de la respuesta al sida es un compromiso absoluto con la protección de los derechos humanos. Solo es aceptable la total ausencia de discriminación.

## LOS PRÓXIMOS SEIS AÑOS SON CRUCIALES

Si el mundo debe poner fin a la epidemia de sida para el año 2030, debemos realizar un avance presuroso para 2020. La agilización de los abordajes a la prevención y el tratamiento del VIH esenciales pondrá coto a la epidemia a niveles más manejables, y permitirá que los países avancen a la fase de eliminación. Si la respuesta es demasiado lenta, la epidemia de sida continuará creciendo, con grandes pérdidas humanas y económicas por una creciente demanda de terapia antirretrovírica y un aumento de los costos de prevención y tratamiento del VIH.

Los modelos encomendados por ONUSIDA confirman este resultado (2). Es crucial apresurarse durante los próximos años para que las perspectivas mundiales lleven la epidemia de sida a su fin. Si el mundo cumple con los objetivos 2020 recién para el año 2030, se producirían 3 millones más de nuevas infecciones por el VIH y 3 millones de muertes relacionadas con el sida adicionales entre 2020 y 2030.

## ALCANZAR LAS METAS PRESUROSAS PONDRÁ FIN A LA EPIDEMIA DE SIDA EN FORMA EFECTIVA

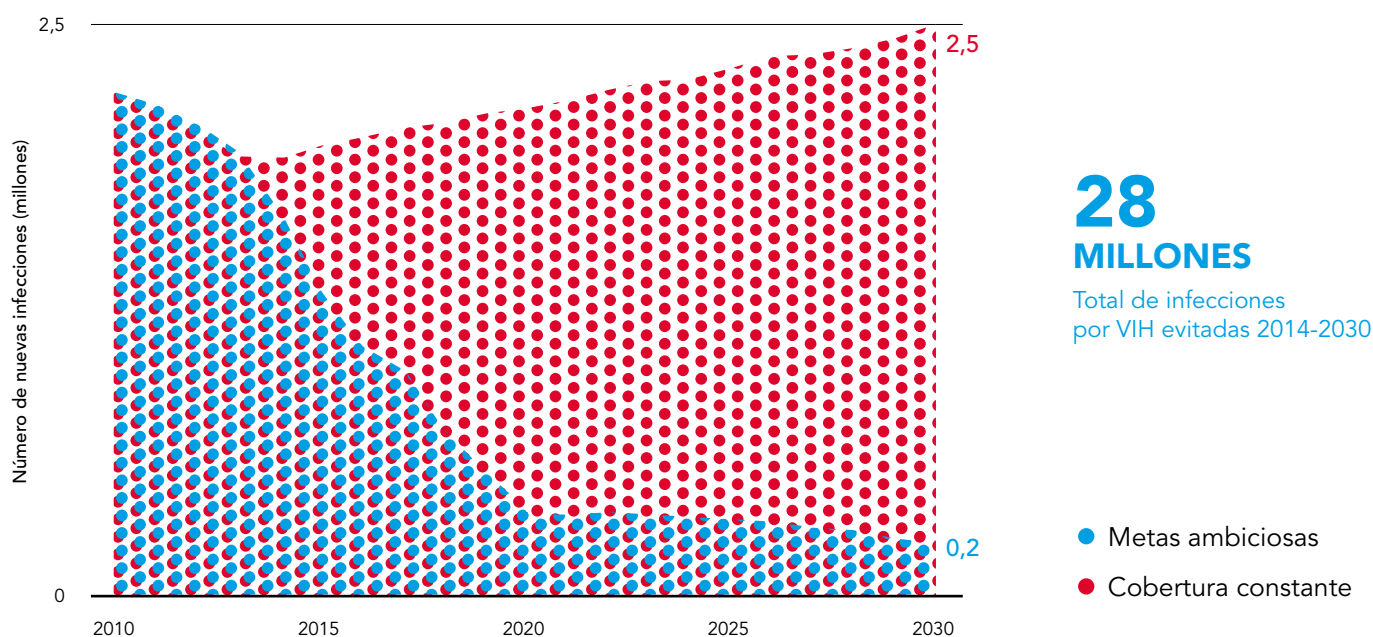
Poner celeridad para alcanzar las metas presurosas a escala mundial revertiría la epidemia de sida para el año 2020. Con el logro de estos nuevos objetivos, la epidemia se hallaría en merma para el año 2030. Por el contrario, si seguimos como hasta ahora (con una cobertura de los servicios en los niveles de 2013), la epidemia se habrá restablecido para 2030, lo que representaría una amenaza aún más grave para la salud y el bienestar futuros del mundo y que requería recursos sustanciales para lo que entonces sería una epidemia descontrolada.

Si agilizamos las herramientas de prevención y tratamiento del VIH, el número de infecciones por el VIH sería un 89% menor en 2030 que en 2010, y el número de muertes relacionadas con el sida en 2030 sería un 81% menor. Un rápido escalamiento evitaría 27,9 millones de nuevas infecciones para el año 2030 en los países de ingresos bajos y medios, en comparación con la continuación de las actuales tendencias de cobertura (Fig. 6).

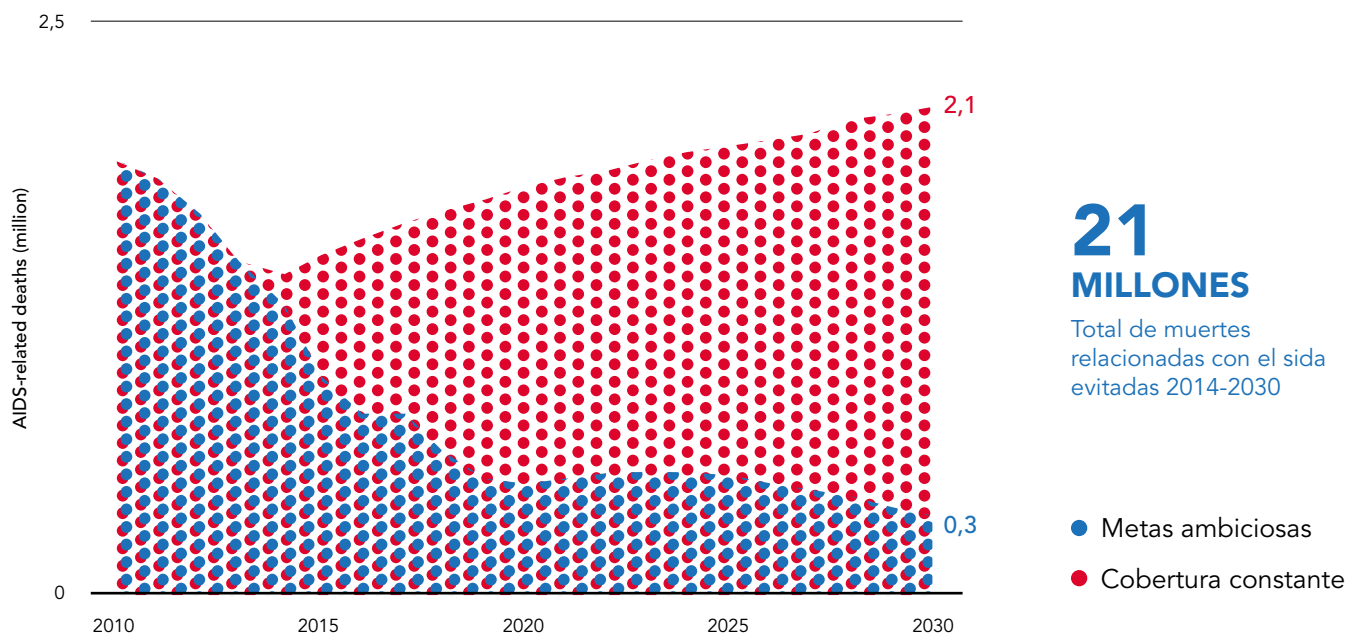
Cumplir con las urgentes metas ambiciosas también evitará 20,6 millones de muertes relacionadas con el sida para 2030, en comparación con la continuación de la cobertura actual (Fig. 7).

Cada región experimentará una reducción de nuevas infecciones y muertes relacionadas con el sida como resultado del logro de los objetivos (Fig. 8).

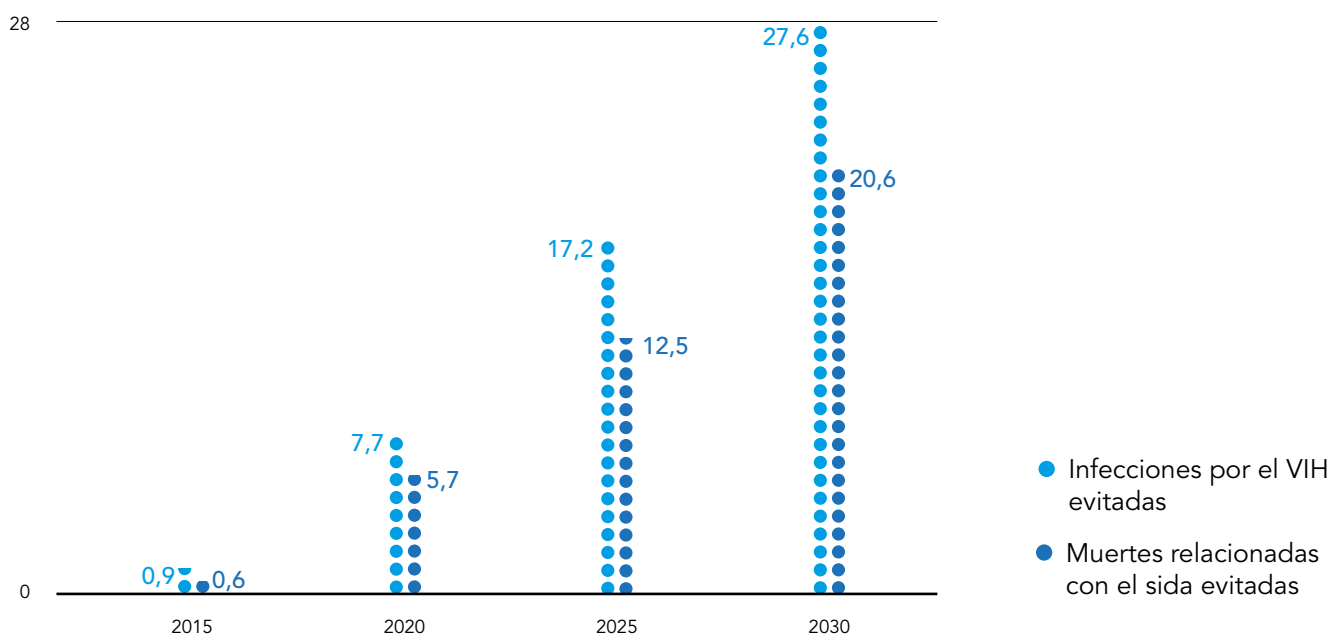
**Fig. 6a Nuevas infecciones por VIH en países de ingresos bajos y medios, 2010-2030, tras alcanzar las urgentes metas ambiciosas, versus la continuación de la cobertura a 2013**



**Fig. 6b Muertes relacionadas con el sida en países de ingresos bajos y medios, 2010-2030, tras el logro de las urgentes metas ambiciosas, versus mantener la cobertura a 2013**



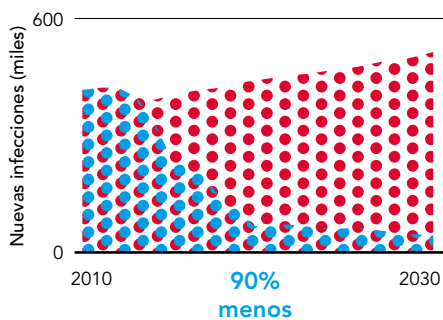
**Fig. 7 Infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida acumulativas evitadas por el logro de las urgentes metas ambiciosas, versus la continuación de los niveles de cobertura a 2013, en países de ingresos bajos y medios, 2015-2030**



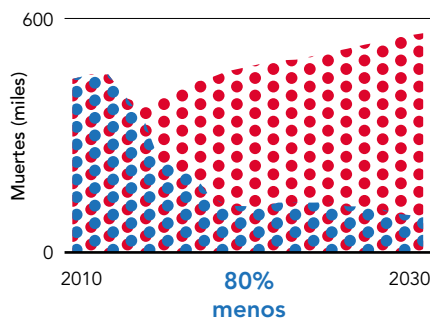
**Fig. 8** Número anual de nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el sida en países con ingresos medios y bajos estimado por región, según el logro de las urgentes metas ambiciosas versus la continuación de los niveles de cobertura a 2013 y su reducción porcentual con las metas ambiciosas, 2030

**ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL**

Nuevas infecciones por el VIH

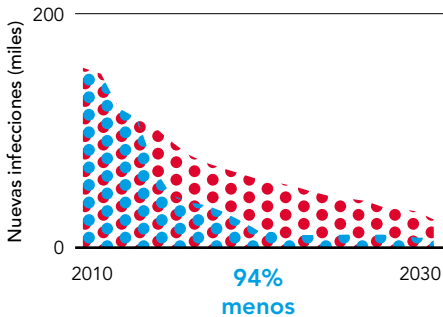


Muertes relacionadas con el sida

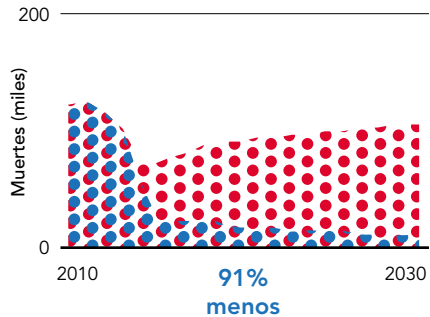


**REGIÓN DEL CARIBE**

Nuevas infecciones por el VIH

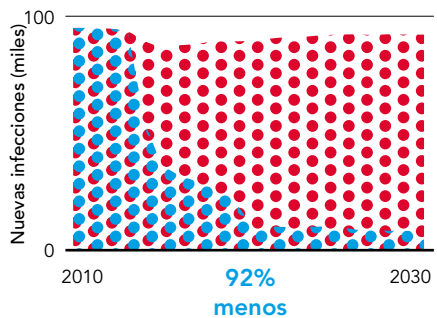


Muertes relacionadas con el sida

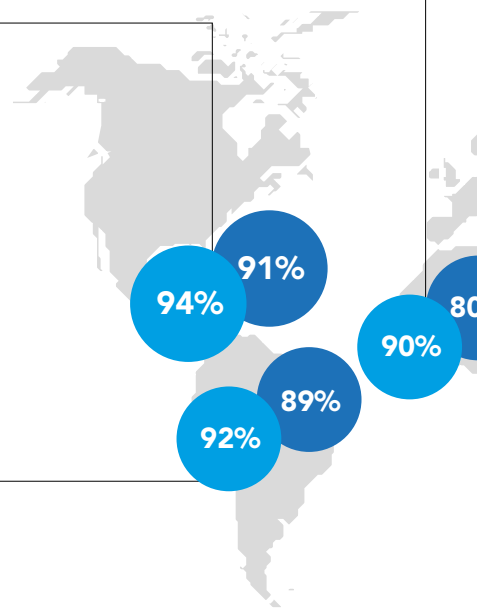
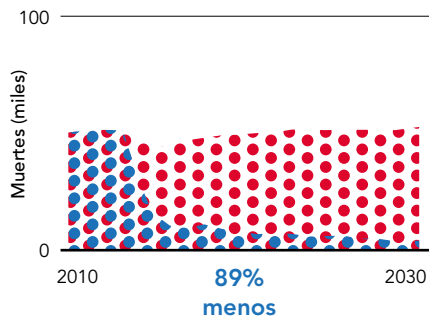


**AMÉRICA LATINA**

Nuevas infecciones por el VIH



Muertes relacionadas con el sida



Nuevas infecciones por el VIH

- Metas ambiciosas
- Cobertura constante

Muertes relacionadas con el sida

- Metas ambiciosas
- Cobertura constante

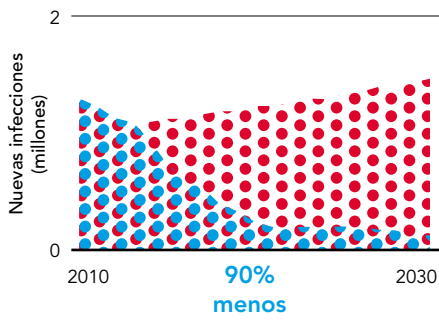
Impacto de las metas ambiciosas, 2010-2030

- % Reducción de nuevas infecciones por el VIH
- % Reducción de muertes relacionadas con el sida

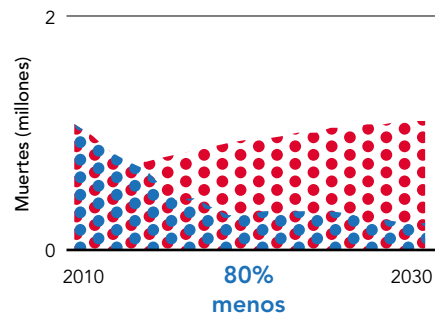


## ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL

Nuevas infecciones por el VIH

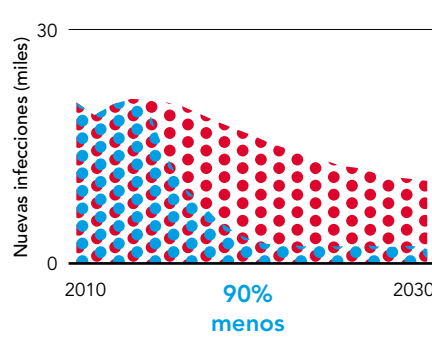


Muertes relacionadas con el sida

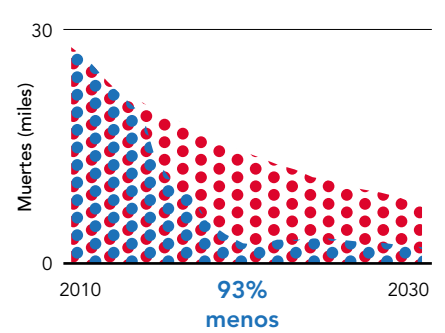


## EUROPA ORIENTAL Y ÁFRICA CENTRAL

Nuevas infecciones por el VIH

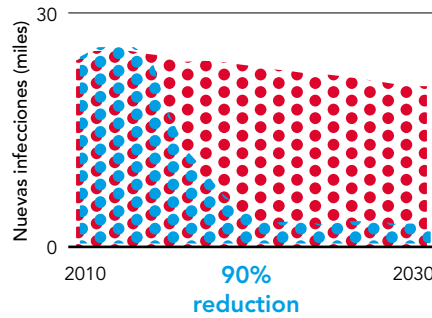


Muertes relacionadas con el sida

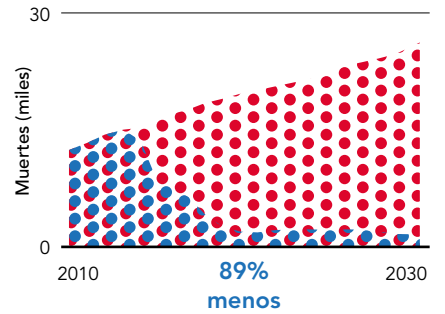


## ORIENTE PRÓXIMO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL

Nuevas infecciones por el VIH

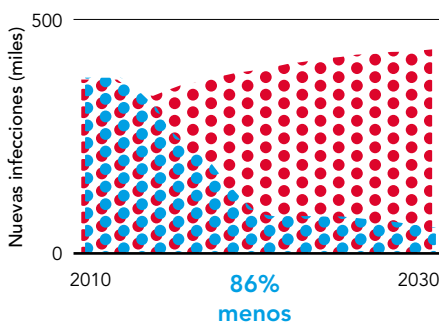


Muertes relacionadas con el sida

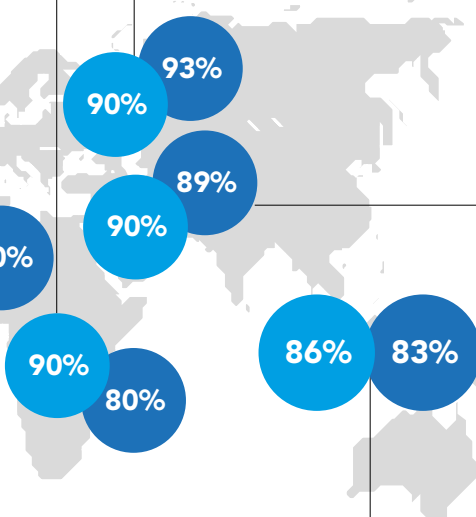
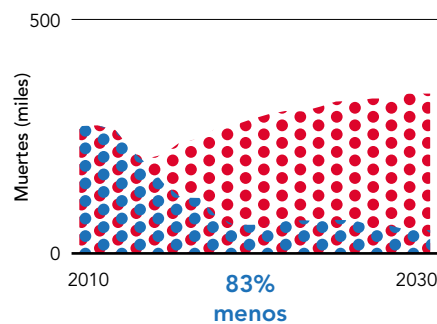


## ASIA Y REGIÓN DEL PACÍFICO

Nuevas infecciones por el VIH



Muertes relacionadas con el sida



Los patrones del número de infecciones por VIH evitadas en diferentes grupos de población gracias al logro de las urgentes metas ambiciosas variarán por región.

En África y Oriente Próximo, la agilización de los programas de tratamiento y prevención del VIH evitarán aproximadamente 13 millones de nuevas infecciones por el VIH por transmisión heterosexual, sin contar a los profesionales del sexo (Fig. 9). Particularmente las mujeres jóvenes, quienes continúan desigualmente afectadas por la epidemia en la región estarán protegidas contra el VIH. El avance presuroso hacia la meta de eliminar las nuevas infecciones por VIH entre los niños evitará que cerca de 5,6 millones de niños contraigan la infección. Para cada población, el número de nuevas infecciones por el VIH evitadas es sustancialmente mayor con el logro de las nuevas metas que con la continuación de los niveles actuales de cobertura.

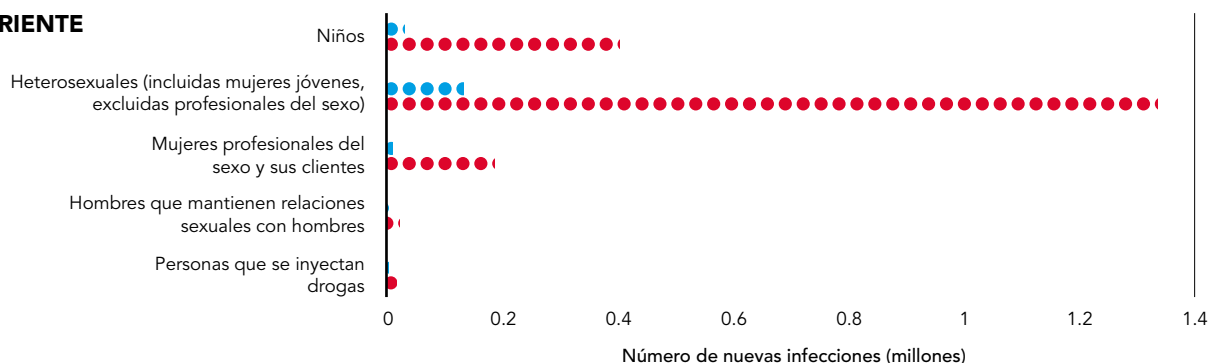
En Asia y la región del Pacífico, la agilización disminuirá las carencias en materia de prevención del VIH para los hombres que mantienen relaciones con hombres y los profesionales del sexo y sus clientes, y evitará cifras similares de nuevas infecciones entre estos grupos de población (Fig. 9). El avance presuroso hacia la meta de eliminar las nuevas infecciones por VIH entre los niños evitará que cerca de 250 000 contraigan la infección. La rápida expansión del acceso a las estrategias comprobadas de prevención y tratamiento también evitarán importantes números de nuevas infecciones contraídas por relaciones heterosexuales no relacionadas con el trabajo sexual.

En Europa oriental y Asia central, la celeridad reducirá las carencias en materia de prevención para las personas que se inyectan drogas. Dado el rápido aumento de la transmisión sexual de la que otrora fue una epidemia regional principalmente impulsada por el consumo de drogas inyectables, la mayor porción de nuevas infecciones evitadas tendrá lugar entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales (Fig. 9). El rápido avance hacia la meta de eliminar las nuevas infecciones por VIH entre los niños evitará que cerca de 13 000 contraigan la infección.

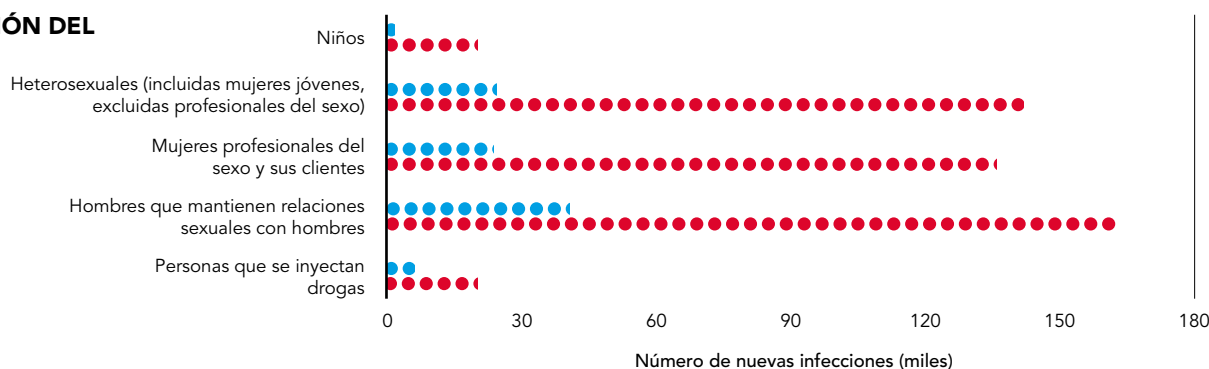
En América Latina y la región del Caribe, disminuirán las carencias para los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, con 672 000 nuevas infecciones por el VIH evitadas para el año 2030. También se evitarán 250 000 casos de infección por el VIH contraída por relaciones heterosexuales no relacionadas con el trabajo sexual en la región, mediante el logro de las metas urgentes (Fig. 9). El avance vertiginoso hacia la meta de eliminar las nuevas infecciones por el VIH entre los niños evitará que casi 41 000 contraigan la infección.

**Fig. 9 Nuevas infecciones por el VIH estimadas en 2030 en países de ingresos medios y bajos, con el logro de las metas urgentes, versus la continuación de la cobertura a 2013**

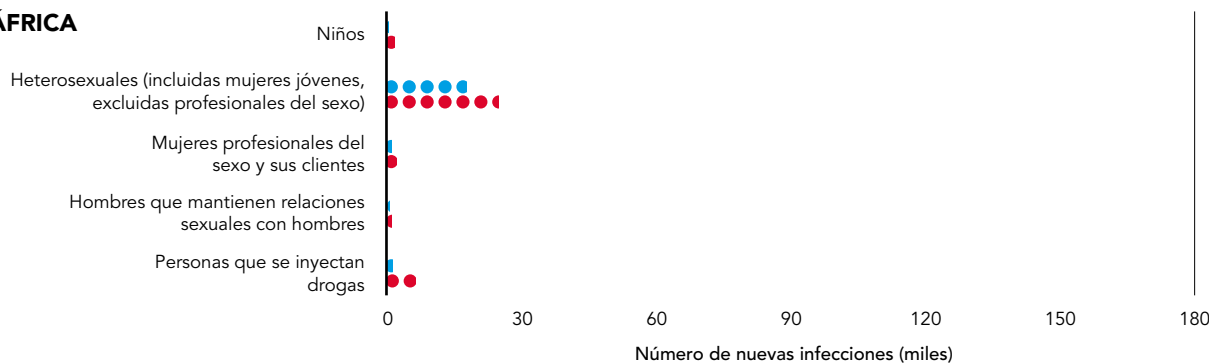
**ÁFRICA Y ORIENTE PRÓXIMO**



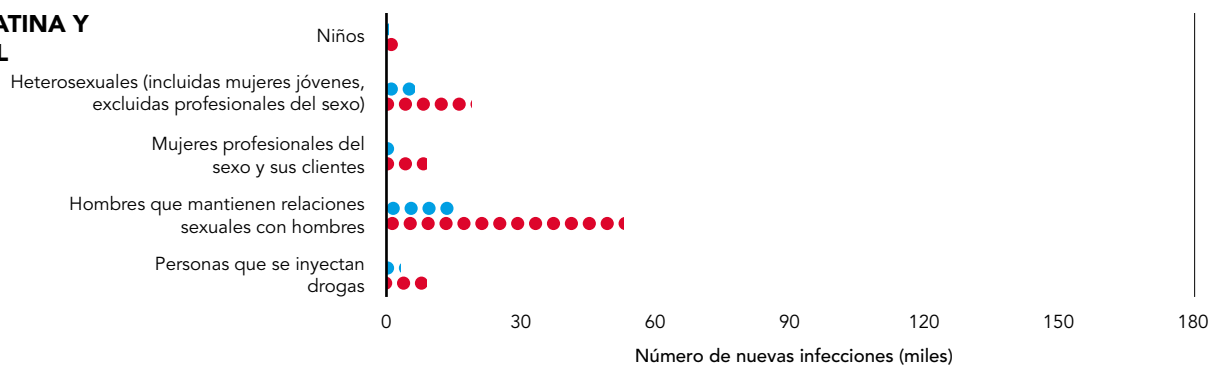
**ASIA Y REGIÓN DEL PACÍFICO**



**EUROPA Y ÁFRICA CENTRAL**



**AMÉRICA LATINA Y REGIÓN DEL CARIBE**



● Metas ambiciosas de cobertura      ● Cobertura constante

## LOS PAÍSES SE ESTÁN ALINEANDO CON LAS METAS URGENTES

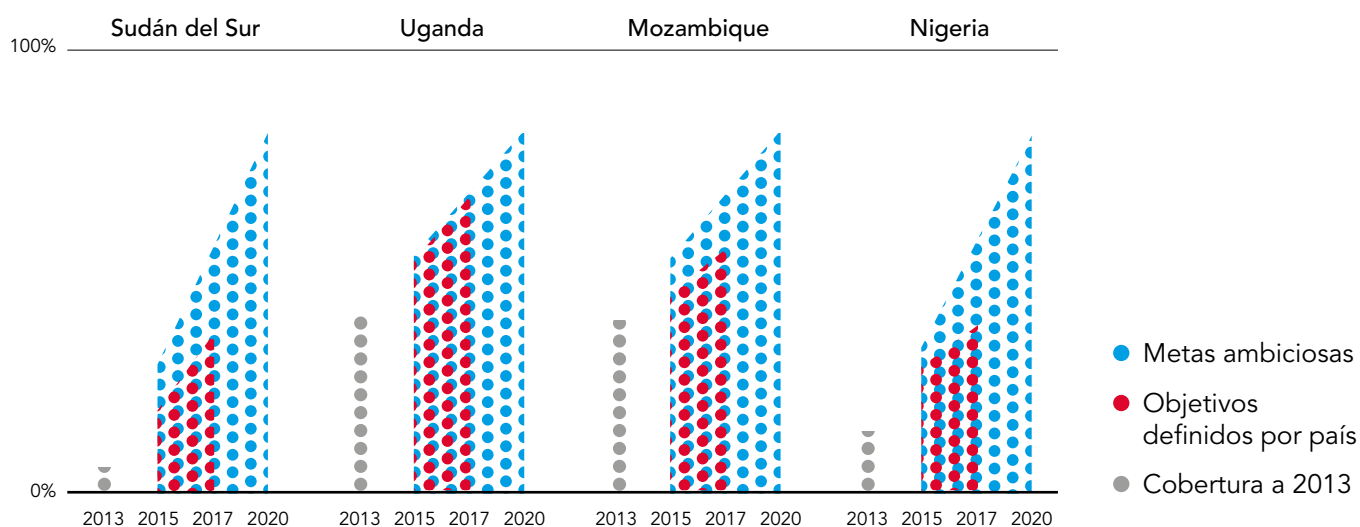
Las epidemias varían considerablemente dentro y entre los países y las regiones, y esto se refleja en las respuestas nacionales. El éxito radica en centrarse en los lugares y las poblaciones donde el riesgo es mayor. Los objetivos nacionales respaldados por sistemas robustos de monitorización del desempeño permiten que los interesados directos a escala nacional evalúen continuamente los esfuerzos locales, aborden los problemas o los atascos a medida que surgen y que las personas se hagan responsables de los resultados.

Muchos objetivos nacionales recientes se encuentran adecuados a las nuevas metas mundiales para el período posterior a 2015. Por ejemplo, se están modificando muchos programas de tratamiento para el VIH nacionales para poner en marcha las directrices consolidadas de la OMS 2013 sobre la terapia antirretrovírica (Fig. 10), mientras también se adecuan los programas para la prevención de la transmisión maternoinfantil.

Algunos países, como Nigeria, han definido objetivos nacionales más ambiciosos.

No obstante, también se evidencian importantes déficits. En Mozambique, los objetivos nacionales de programación para los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres se encuentran muy por debajo de los objetivos mundiales (Fig. 11). Otros países, como Sudán, tampoco alcanzan las metas mundiales para los grupos de población clave en mayor riesgo, tales como los profesionales del sexo. Las razones de estos objetivos de cobertura escasa para los grupos de población clave varían, incluida la percepción de que existen pocos miembros de estos grupos en estos países o de que es muy difícil llegar a ellos. Las aspiraciones de escalamiento tan escasas para ciertos grupos de población clave en estos países subrayan la necesidad de mejorar los facilitadores fundamentales para abordar los marcos de políticas y otros factores que obstaculizan las respuestas efectivas para estos grupos.

**Fig. 10 Objetivos de cobertura de la terapia antirretrovírica para 2015-2020 en determinados países**



Aunque la agilización es una necesidad en todos los países, se requieren esfuerzos especiales en los 30 países listados a continuación que, en conjunto, representan cada región del mundo y dan cuentas del 89% de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, dado que los resultados en estos países producirán un gran impacto en las posibilidades de dar fin a la epidemia. Para acelerar las respuestas nacionales, se necesitará una movilización integral de recursos humanos, institucionales y económicos. En colaboración con los interesados directos nacionales y asociados estratégicos internacionales, ONUSIDA intensificará su apoyo para el establecimiento de los objetivos nacionales, la planificación de la inversión y el análisis crítico de los abordajes nacionales con miras a acelerar el avance hacia metas 2020 provisionales en estos países prioritarios.

### Países que representan el 89% de las nuevas infecciones por el VIH

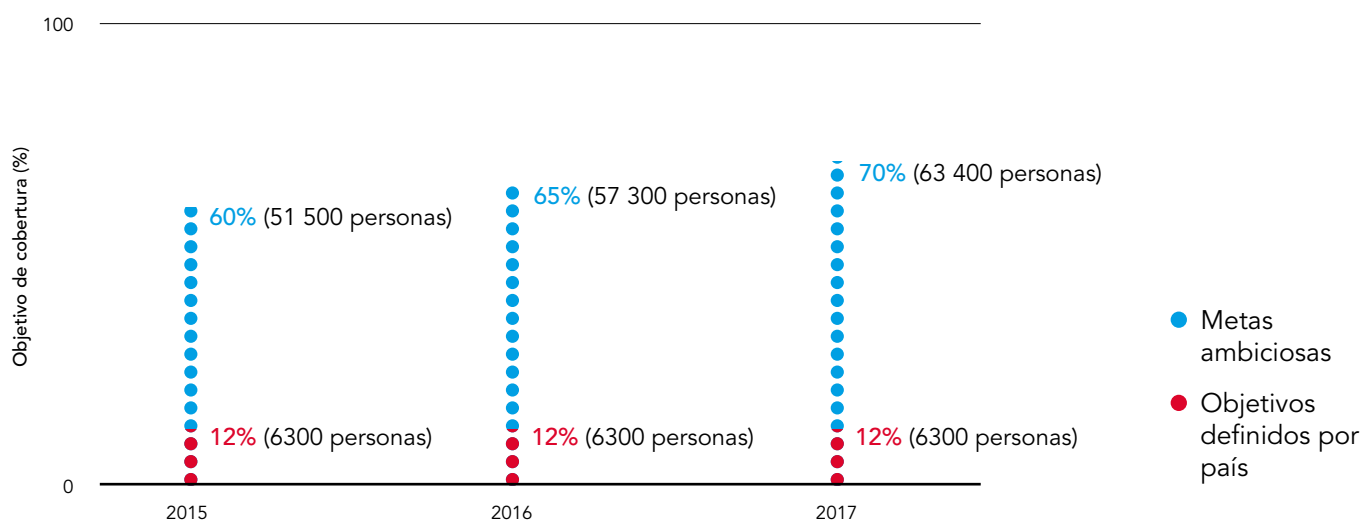
#### PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

- Angola
- Brasil
- Camerún
- Chad
- China
- Costa de Marfil
- República Democrática del Congo
- Etiopía
- Haití
- India
- Indonesia
- Irán (República Islámica de)
- Jamaica
- Kenia
- Lesoto
- Malawi
- Mozambique
- Nigeria
- Pakistán
- Sudáfrica
- Sudán del Sur
- Suazilandia
- Uganda
- República Unida de Tanzania
- Ucrania
- Vietnam
- Zambia
- Zimbabue

#### PAÍSES DE INGRESOS ALTOS

- Federación Rusa
- Estados Unidos de América

**Fig. 11 Objetivos de cobertura de la difusión para hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, Mozambique**



## LO QUE COSTARÁ

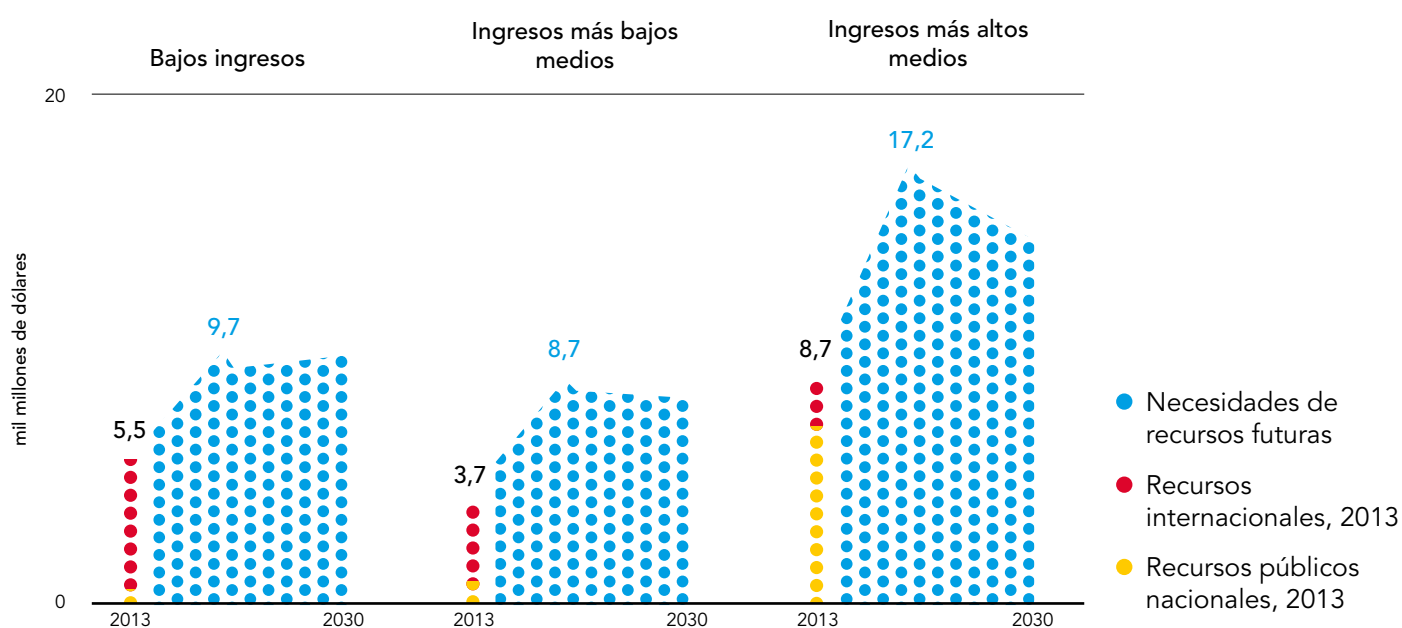
Para apresurar el fin de la epidemia de sida, los países de ingresos bajos necesitarán el financiamiento de 9,7 mil millones de dólares estadounidenses en 2020 y los países de ingresos más bajos medios, 8,7 mil millones de la divisa. Debido a la condición de sus ingresos y la envergadura de la epidemia de VIH en estos países, estos seguirán necesitando apoyo internacional para financiar la respuesta al sida.

Bajo la estrategia de aceleración, los países de ingresos más altos medios necesitarán financiar para el sida 17,2 mil millones de dólares estadounidenses en 2020, tras lo que sus necesidades se reducirán a 14,2 mil millones de dólares estadounidenses en 2030 (Fig. 12). Los países de ingresos más altos medios ya se encuentran financiando la mayor parte de las respuestas al sida con recursos públicos locales (80% en 2013), en comparación con el 22% en los países de ingresos más bajos medios y 10% en los de ingresos bajos. Por su parte, los países de ingresos más altos medios requerirán aproximadamente la mitad de toda la inversión mundial para el sida.

En lo que respecta a las regiones, África subsahariana necesitará la porción más grande de financiación mundial para el sida, es decir, 19,4 mil millones en 2020.

Estos recursos proveerán terapia antirretrovírica al doble de personas en los países de ingresos bajos y medios en 2020 en comparación con 2015 —incluidas las mujeres embarazadas—, una cobertura de los servicios de prevención mucho mayor para los grupos de población clave afectados, transferencias de dinero en efectivo para las niñas de los países con muy alta prevalencia del VIH, circuncisión masculina voluntaria por medios médicos en los países prioritarios y profilaxis previa a la exposición para determinadas poblaciones.

**Fig. 12 Recursos disponibles en 2013 y requeridos en 2014-2030, por nivel de ingresos en países de ingresos bajos y medios**



Tanto los recursos requeridos como las asignaciones entre los programas variarán entre regiones y países y evolucionarán a medida que se cumplan los objetivos. Por ejemplo, el número de huérfanos a causa del sida disminuirá a medida que la prevención y el tratamiento del VIH se expandan; por ende, el financiamiento necesario para brindar apoyo a los niños huérfanos o vulnerables a causa del sida debería disminuir de 204 millones de dólares estadounidenses en 2013 a 91 millones de la divisa en 2030.

Los servicios comunitarios se convertirán en una parte mayor de la respuesta al sida. ONUSIDA estima que los recursos para las movilizaciones comunitarias aumentarán del 1% de las necesidades de recursos mundiales en 2014 (216 millones de dólares estadounidenses) al 3,6% en 2020 y al 4% en 2030. Esto incluye terapia antirretrovírica y pruebas y asesoramiento de VIH. El fortalecimiento del sistema comunitario apunta a respaldar el papel de los grupos de población clave, las comunidades y las organizaciones comunitarias en el diseño, monitorización y evaluación de los servicios, actividades y programación.

## MOBILIZING THE RESOURCES NEEDED

Para poner fin a la epidemia de sida para el año 2030, la comunidad mundial deberá desafiar las expectativas una vez más. La obtención de los fondos necesarios para poner fin a la epidemia de sida demandará un compromiso renovado, financiamiento innovador y un foco estratégico intensificado. La decisión de movilizar estos recursos es en realidad sencilla, dado que el gasto en el escalamiento acelerado generará beneficios sanitarios históricos y ganancias económicas enormemente mayores.

Sobre la base de los principios de solidaridad mundial y responsabilidad compartida, será esencial un abordaje estratégico para movilizar los recursos necesarios para poner fin a la epidemia de sida.

- Todos los países de ingresos bajos y medios necesitarán adaptar la financiación local a su riqueza nacional y carga de VIH. En casi todos los casos, esto exigirá incrementar la suma del financiamiento local para la respuesta. En la medida que las economías crezcan, los desembolsos locales para la respuesta también deberían aumentar.
- Los países de ingresos bajos, especialmente los que tienen una gran carga de VIH, necesitarán un importante apoyo internacional para asegurar el escalamiento rápido para poner fin a la epidemia.
- Los países de ingresos más bajos medios deberán cambiar por un mayor autofinanciamiento de la respuesta, aunque los que soportan una gran carga de VIH seguirán necesitando donaciones considerablemente.
- Los países de ingresos más altos medios deberían tomar medidas inmediatas referidas a la transición al autofinanciamiento de la respuesta, mientras los pactos entre países puntualizan la transición de la dependencia de donaciones a la autofinanciación.
- Será preciso un mayor financiamiento proveniente de la comunidad de donantes durante varios años por venir. Los donantes deberían orientar su financiación hacia los países de ingresos bajos y los de más bajos medios, y disponer los fondos de

financiación para los países de ingresos más altos medios en un período de transición planificado y regido por acuerdos trazados entre los países. No obstante, se necesitarán medidas preventivas especiales donde la disposición de los montos de la financiación del donante pudieran dar como resultado la desfinanciación de los programas esenciales para los grupos de población clave en los países de ingresos más altos medios.

- Mientras colaboran para movilizar los nuevos recursos esenciales, todos los interesados directos deberían priorizar los esfuerzos para incrementar su provecho en la respuesta.

Los países de ingresos bajos y medios necesitarán acelerar sus inversiones si el mundo debe movilizar los recursos necesarios para poner fin a la epidemia para 2030. Los países tienen varias opciones para expandir el espacio fiscal para el sida, entre ellas la movilización de nueva financiación desde la habitual financiación pública local, la introducción de nuevos mecanismos de financiación innovadores y una mayor eficiencia y efectividad de los programas de sida.

Tras reconocer que la salud es central para la prosperidad y el desarrollo nacionales, los países africanos se comprometieron en la Declaración de Abuya 2001 a asignar el 15% de sus presupuestos nacionales a la salud, aunque para el año 2013 solo seis países habían cumplido con este criterio (3). El cumplimiento del compromiso de la Declaración de Abuya generaría recursos sustancialmente mayores para la salud en África subsahariana y norte de África, y daría lugar a mayores asignaciones para los programas de sida. Esto debería ir acompañado de la asignación de recursos sanitarios para la respuesta al sida correspondientes a la porción de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos como resultado del sida.

Si los países de África subsahariana adhirieran a estos principios —cumplir con los objetivos de Abuya de gasto sanitario y asignar estos recursos de acuerdo con su carga de salud— se dispondría de nuevos recursos sustanciales para la respuesta al sida.

También se necesitará innovación. Hay una necesidad urgente de nuevas fuentes sostenibles de financiación para la respuesta al sida y muchos países se encuentran explorando y adoptando activamente mecanismos innovadores. Algunos países han implementado recaudaciones fiscales especiales, enmarcadas en las actividades de respuesta al sida. Estas incluyen impuestos a los pasajes aéreos, al uso de teléfonos móviles, a la compra de bebidas alcohólicas y a los ingresos empresariales y personales. Los impuestos a las remesas y al turismo también pueden generar nueva financiación para la respuesta al sida. Unos pocos países han explorado las loterías para financiar actividades relacionadas con el sida y mecanismos para capturar el retorno a la inversión de fondos inactivos (activos no reclamados). Los bonos para el sida, o deuda pública para gastos de sida son asimismo otro mecanismo posible, aunque a menudo son vistos como último recurso que debería ser considerado solamente por los países con niveles de deuda sostenibles.

Idealmente, los mecanismos de financiación innovadora deberían ser:

- **Sostenibles:** que generen fondos de financiación renovables que no disminuyan con el tiempo.
- **Adicionales:** que movilicen nuevos recursos y no reemplacen los fondos existentes.



- **Estables:** que produzcan fondos confiables de un año a otro.
- **Progresivos:** que coloquen la carga en quienes tienen mayor capacidad de pago.
- **Eficientes:** que eviten costos administrativos sustanciales.
- **Sin efectos secundarios importantes:** que no tengan consecuencias para el desarrollo económico, político o social.

Otra forma innovadora de generar nuevos fondos de financiación para el sida es incorporar el VIH a sistemas de financiación sanitaria nacionales más integrales, como por ejemplo, a través del seguro de salud social. Este enfoque puede generar nuevos fondos para el sida y arrojar más beneficios sanitarios masivos. Casi todos los esquemas de seguro médico permiten compartir el riesgo y los recursos entre los miembros, habitualmente a través de la redistribución desde los miembros de la sociedad más ricos a los más pobres.

Para que los países movilicen más recursos para los programas de sida, ya sea a través de asignaciones presupuestarias o la introducción de mecanismos de financiación innovadores, deben contar con el espacio fiscal para hacerlo. El espacio fiscal es flexibilidad presupuestaria que permite que un gobierno aumente los recursos para un propósito en particular sin socavar la posición económica del gobierno. Los factores a considerar son múltiples, entre ellos la riqueza nacional, las asignaciones presupuestarias, la capacidad para generar nuevos fondos de financiación mediante mecanismos innovadores y la disponibilidad de esquemas más amplios de financiamiento sanitario a los que el VIH pudiera incorporarse. Por lo tanto, el espacio fiscal para un mayor gasto nacional para el sida varía de país en país.

Dependiendo de las circunstancias nacionales, el espacio fiscal también puede lograrse a través de préstamos del Banco Mundial o los bancos de desarrollo regionales. En cualquier caso, los préstamos deberían ser sumamente concesivos y congruentes con las estrategias de desarrollo nacionales. Los países con altos niveles de endeudamiento podrían no tener acceso a los préstamos.

En la medida que las economías crezcan, el financiamiento local para la respuesta al sida también debería aumentar. El Banco Mundial proyecta un crecimiento económico del 5,2% para África subsahariana en 2014 (4). Esta tasa robusta de crecimiento económico permitirá que la recaudación nacional de impuestos crezca, y proporcionará el espacio para que los países aumenten el gasto local de sida para una respuesta acelerada.

Algunos países con gran carga de VIH han tomado medidas para aumentar la responsabilidad nacional para su respuesta. A medida que los países aumenten sus fondos de financiación nacionales y reduzcan su dependencia de la asistencia de donantes, necesitarán sistemas y procesos que aseguren una transición sin contratiempos y sostenible, que incluya la monitorización y garantice la transparencia y la rendición de cuentas de los compromisos adquiridos por los países y los donantes. El establecimiento de acuerdos entre países podría proporcionar un mecanismo factible para una coordinación efectiva entre la comunidad de donantes y los gobiernos.

Para alcanzar las nuevas metas ambiciosas para el período posterior a 2015, los países deben maximizar su capacidad para prestar servicios, mediante el uso de todos los fondos de la manera más eficiente posible. La mayoría de los países necesitará aumentar hasta el límite de su capacidad la prestación de servicios, lo que demandará esfuerzos especiales para reducir los costos. Se necesitarán estrategias múltiples, incluidas las reducciones de precios, una mayor envergadura o expansión (y cambio a) de la prestación de servicios comunitarios.

Aunque la financiación local desempeñará un papel fundamental en la movilización de los recursos necesarios para alcanzar las nuevas metas ambiciosas en el período posterior a 2015, será imposible poner fin a la epidemia de sida sin una asistencia internacional continuada. El actual compromiso de la comunidad internacional en la respuesta al sida reconoce que poner fin a la epidemia de sida es una obligación mundial que beneficiará al mundo entero.

Incluso utilizando el espacio fiscal existente para aumentar su financiación local para el sida, muchos países enfrentarán la necesidad persistente de financiación internacional. Estudios del espacio fiscal han llegado a la conclusión de que los países de ingresos bajos con alta prevalencia del VIH tiene la capacidad de asignar hasta el 2% de su producto bruto interno (PBI) a la respuesta al sida sin comprometer otros sectores (5). Sin embargo, la necesidad de recursos para la respuesta supera el 2% del PBI en varios países, lo que subraya la urgencia de un compromiso continuado por parte de los donantes. Además, dado que la transición hacia un mayor financiamiento nacional llevará tiempo —incluso para los países sumamente motivados—, resultará esencial el compromiso continuado de los donantes internacionales.

Existen muchas formas en las que la comunidad donante puede valerse de los actuales niveles de financiación para ayudar a reducir el déficit de recursos para poner fin a la epidemia de sida. En primer lugar, los países donantes deberían asegurarse de que su participación económica de respuesta al sida coincida o supere su participación de la economía mundial. Entre los países de ingresos altos, la participación de la respuesta mundial supera la participación del PBI mundial solo en cuatro países: Dinamarca, Noruega, Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Un abordaje más ambicioso, y aún así viable, sería asegurar que todos los países donantes aporten un monto per capita como mínimo igual a las contribuciones per capita de los principales donantes. Existe una diferencia enorme de aportes per capita entre los países donantes, lo que brinda una importante oportunidad para que los donantes aumenten su contribución.

## **LAS METAS URGENTES GENERARÁN GANANCIAS EXTRAORDINARIAS**

El acceso al tratamiento y la prevención del VIH incrementa el potencial económico de los países gracias al aumento de la esperanza de vida y la mejoría de la salud de las personas que viven con el VIH, con lo que se evitan pérdidas futuras de productividad relacionadas con el VIH y gastos en atención de la salud de las personas que nunca contraerán la infección, y por la reducción del número de niños que quedan huérfanos a causa del sida y los recursos sociales afines que se requieren. Esto minimiza los desembolsos requeridos para abordar las necesidades de estos niños vulnerables. Las estimaciones preliminares de ONUSIDA indican que la aceleración de la respuesta al sida entre 2015 y 2030 arrojará un retorno de 15 dólares estadounidenses por dólar invertido, sobre la base de los beneficios económicos totales

de una mejor salud gracias al mejor acceso a los tratamientos que pueden salvar vidas y las infecciones evitadas, utilizando un abordaje de ingreso completo (6).

Cada región experimentaría beneficios económicos sustanciales de dar fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública. África subsahariana recogería los beneficios más importantes.

## LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEBERÁ MEJORAR

Si el mundo debe alcanzar las metas urgentes, se necesitarán innovaciones en la forma de prestar servicios. Las iniciativas de pruebas deberán enfocarse más estratégicamente para alcanzar efectivamente a quienes se encuentran en riesgo mayor, y los países necesitarán hacer uso de estrategias múltiples (tales como campañas de pruebas comunitarias, pruebas y asesoramiento iniciados por el prestador y autocomprobación) para alcanzar la meta de asegurar que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico positivo.

El número de personas que viven con el VIH podría aumentar a 41,5 millones en 2030 si los servicios de tratamiento y prevención se mantienen constantes al nivel de 2013 (cobertura actual). Por el contrario, si cumplimos con las metas ambiciosas para 2020, el número de personas que viven con el VIH disminuiría a 29,3 millones en 2030.

Será preciso poner mucho más énfasis en el suministro de servicios comunitarios. De acuerdo con las consultas realizadas a países y expertos, el 95% de los servicios para el VIH se prestan actualmente en centros de salud. Para optimizar la eficiencia, ONUSIDA proyecta que la prestación de servicios comunitarios deberá reforzarse para cubrir como mínimo el 30% de la prestación total de servicios. La prestación de servicios comunitarios no solo reducirá los costes, sino que, acercando más los servicios a las personas que los necesitan, también mejorará la aceptación de los servicios.

Será preciso realizar inversiones continuas para desarrollar la capacidad de los sistemas de salud comunitarios de alcanzar la meta ambiciosa de poner fin a la epidemia de sida para el año 2030. De manera importante, agilizar el escalamiento de los servicios esenciales de tratamiento y prevención del VIH dará como resultado, en sí y para sí mismos, beneficios sustanciales a los sistemas de salud más amplios. Además de ayudar a mantener la respuesta al sida, las inversiones en programas para el VIH tendrán el potencial de transformar la capacidad nacional para abordar otras prioridades de salud, tales como las enfermedades no transmisibles, la salud maternoinfantil, las enfermedades emergentes y los brotes de enfermedades infecciosas.

El papel que desempeña la respuesta al sida como catalizador para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios se hace evidente en Ruanda, donde la esperanza de vida se ha duplicado desde mediados de la década de 1990 (7). La decisión temprana de Ruanda de ampliar el tratamiento del VIH, combinada con un robusto apoyo económico ligado al VIH por parte de donantes externos, fortaleció sustancialmente el sistema de atención primaria del país, el que a su vez permitió que Ruanda preste una creciente diversidad de servicios sanitarios. Como resultado, el índice de vacunación infantil ha llegado al 97% y, ahora, los médicos atienden el 69% de los partos en los establecimientos sanitarios.

De modo similar, la experiencia de Kenia confirma que las inversiones en programas de VIH generan amplios beneficios para el sistema sanitario. Si bien las inversiones realizadas por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida dieron lugar a importantes mejoras de los resultados relacionados con el VIH en Kenia —con más de dos tercios de las mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibían antirretrovíricos para el año 2009—, también se concretaron inversiones críticas para un mayor fortalecimiento de los sistemas sanitarios, incluidas la capacitación de los trabajadores de la salud, la renovación de los establecimientos sanitarios, la expansión de la capacidad de los laboratorios, y se introdujeron innovaciones para mejorar la gestión de la adquisición de productos y las cadenas de suministro (8).

Las inversiones en materia de sida también reducirán marcadamente la carga futura de los sistemas sanitarios asociados con el VIH. Las inversiones para alcanzar las nuevas metas ambiciosas a escala mundial en relación con el sida en el período posterior a 2015 permitirán además que los sistemas sanitarios se concentren en otras prioridades sanitarias. Los recientes brotes de ébola ocurrieron en países de África Occidental que cuentan con menos inversiones para el VIH que los países con mayor prevalencia del VIH. La gravedad y propagación del brote de ébola está ligado, al menos en parte, a la existencia de sistemas sanitarios más débiles.

Aunque el fin de la epidemia de sida puede lograrse con las herramientas actualmente disponibles, se necesita invertir más en investigación y desarrollo. En particular, se requiere innovación para producir antirretrovíricos con fórmulas más potentes y de efecto prolongado para el tratamiento y la profilaxis, una vacuna profiláctica o curativa y una cura, de modo tal de acelerar el fin de la epidemia de sida.

## COSECHAR LOS BENEFICIOS

El mundo necesita recoger los beneficios producidos por las inversiones en la respuesta al sida realizadas durante las décadas pasadas.

Extendiendo la tendencia creciente de apoyo local e internacional al VIH observada en los últimos 10 años, será posible reducir el número anual de infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida en un 90% para 2030. Además de poner fin a la epidemia de sida en forma efectiva como amenaza contra la salud pública, las estimaciones preliminares muestran que el logro de estos objetivos podría generar beneficios económicos 15 veces mayor a la inversión necesaria (6). Asimismo, fortalecerá sustancialmente los sistemas sanitarios mediante la creación de la infraestructura fundamental para que estos sistemas se puedan concentrarse en incrementar los servicios para otras prioridades, tales como las enfermedades emergentes o crónicas y los brotes de enfermedades sumamente infecciosas.

El costo de la inacción será inmenso: si los países no realizan un escalamiento de los servicios de prevención y tratamiento del VIH con rapidez para el año 2020 —y en cambio continúan con los niveles existentes de cobertura de los servicios—, perderán la oportunidad de salvar 21 millones de vidas y 27,9 millones más de personas continuarían viviendo con el VIH para el año 2030. En lugar de evitar estas muertes y las nuevas infecciones, la continuación de los actuales niveles de cobertura significarán que el mundo deberá pagar otros 24 mil millones de dólares estadounidenses cada año por el tratamiento antirretrovírico para el año 2030.

# REDUCIR LA CARENCIA:

PLANILLAS DE RESULTADOS DE LA RESPUESTA AL SIDA POR PAÍS

## Planillas de resultados por país

### Referencias

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No

1. Porcentaje estimado de adultos (15 años o más) que viven con el VIH y que reciben terapia antirretrovírica, 2013
2. Porcentaje estimado de niños (0 a 14 años) que viven con el VIH y que reciben terapia antirretrovírica, 2013
3. Porcentaje estimado de casos de tuberculosis incidente VIH-positiva que recibieron tratamiento tanto para la tuberculosis como para el VIH, 2013
4. Porcentaje estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno-infantil, 2013
5. Uso de preservativo (datos más recientes informados en 2014)
  - 5a = Uso de preservativo en la última relación sexual entre personas con parejas sexuales múltiples
  - 5b = Uso de preservativo: profesionales del sexo
  - 5c = Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
6. Restricciones al ingreso, estadía o residencia específicamente por estado serológico, 2014

	1. Terapia antirretrovírica: adultos	2. Terapia antirretrovírica: niños	3. Tuberculosis y VIH	4. Prevención de transmisión de VIH materno-infantil	5a. Uso de preservativo Parejas múltiples	5b. Uso de preservativo: profesionales del sexo	5c. Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	6. Restricciones de viaje según estado serológico
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>								
Angola	●	●		●	●	●	●	●
Benín	●	●	●	●	●	●	●	●
Botsuana	●	●	●	●	●	●	●	●
Burkina Faso	●	●	●	●	●	●	●	●
Burundi	●	●	●	●	●	●	●	●
Camerún	●	●	●	●	●	●	●	●
Cabo Verde	●	●	●	●	●	●		
República Centroafricana	●	●	●	●	●	●	●	●
Chad	●	●	●	●	●	●		●
Comoras					●	●	●	●
Congo	●	●	●	●	●	●	●	●
Costa de Marfil	●	●	●	●	●	●	●	●
República Democrática del Congo	●	●	●	●	●	●	●	●
Guinea Ecuatorial			●		●	●		
Eritrea	●	●	●	●	●	●		
Etiopía	●	●	●	●	●	●		●
Gabón	●	●	●	●	●	●		●

## Referencias

	1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
	● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí		
	● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones		
	● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No		
			<b>1.</b> Terapia antirretrovírica: adultos	<b>2.</b> Terapia antirretrovírica: niños	<b>3.</b> Tuberculosis y VIH	<b>4.</b> Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	<b>5a.</b> Uso de preservativo Parejas múltiples	<b>5b.</b> Uso de preservativo: profesionales del sexo	<b>5c.</b> Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	<b>6.</b> Restricciones de viaje según estado serológico
Gambia			●	●	●	●	●		●	
Ghana			●	●	●	●	●	●	●	
Guinea			●	●	●	●	●	●	●	
Guinea-Bissau			●	●	●	●	●	●	●	
Kenia			●	●	●	●	●	●	●	
Lesoto			●	●	●	●	●		●	
Liberia			●	●	●	●	●	●	●	
Madagascar			●	●	●	●	●	●	●	
Malawi			●	●	●	●	●		●	
Mali			●	●	●	●	●	●	●	
Mauritania					●		●	●	●	
Mauricio			●		●		●	●	●	
Mozambique			●	●	●	●	●		●	
Namibia			●	●	●	●	●		●	
Níger			●	●	●	●	●	●		
Nigeria			●	●	●	●	●	●	●	
Ruanda			●		●		●	●	●	
Santo Tomé y Príncipe			●	●	●	●	●	●		
Senegal			●	●	●	●	●	●	●	
Seychelles										
Sierra Leona			●	●	●	●	●	●	●	
Sudáfrica			●	●	●	●	●	●	●	
Sudán de Sur			●	●		●				

Referencias

1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí		
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones		
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No		
		<b>1.</b> Terapia antirretrovírica: adultos	<b>2.</b> Terapia antirretrovírica: niños	<b>3.</b> Tuberculosis y VIH	<b>4.</b> Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	<b>5a.</b> Uso de preservativo Parejas múltiples	<b>5b.</b> Uso de preservativo: profesionales del sexo	<b>5c.</b> Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	<b>6.</b> Restricciones de viaje según estado serológico
Suazilandia	●	●	●	●	●	●	●	●	
Togo	●	●	●	●	●	●	●	●	
Uganda	●	●	●	●	●	●	●	●	
República Unida de Tanzania	●	●	●	●	●	●	●	●	
Zambia	●	●	●	●	●	●	●	●	
Zimbabue	●	●	●	●	●	●	●	●	
<b>ASIA Y REGIÓN DEL PACÍFICO</b>									
Afganistán	●	●	●	●	●	●	●	●	
Australia							●	●	
Bangladesh	●	●	●	●	●	●	●	●	
Bután	●		●			●			
Brunei Darussalam								●	
Camboya	●	●	●	●	●	●	●	●	
China			●			●	●	●	
República Popular Democrática de Corea								●	
Fiji	●		●			●	●	●	
India	●	●	●	●	●	●	●	●	
Indonesia					●	●	●	●	
Japón					●	●	●	●	
Kiribatí									
República Popular Democrática de Lao	●	●	●	●	●	●	●	●	
Malasia	●	●	●	●	●	●	●	●	
Maldivas	●							●	
Islas Marshall					●			●	
Micronesia (Estados Federados de)					●	●		●	
Mongolia	●		●		●	●	●	●	



Referencias

1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí		
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones		
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No		
		1. Terapia antirretrovírica: adultos	2. Terapia antirretrovírica: niños	3. Tuberculosis y VIH	4. Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	5a. Uso de preservativo Parejas múltiples	5b. Uso de preservativo: profesionales del sexo	5c. Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	6. Restricciones de viaje según estado serológico
Myanmar		●	●	●	●	●	●	●	
Nauru									
Nepal		●	●	●	●		●	●	
Nueva Zelanda								●	
Pakistán		●	●		●		●	●	
Palao						●			
Papúa Nueva Guinea		●	●	●	●	●	●	●	
Filipinas				●			●	●	
República de Corea						●	●	●	
Samoa							●	●	
Singapur						●	●	●	
Islas Salomón						●		●	
Sri Lanka		●		●			●	●	
Tailandia		●	●	●	●	●	●	●	
Timor Oriental						●	●	●	
Tonga						●	●	●	
Tuvalu						●		●	
Vanuatu						●	●	●	
Vietnam		●	●	●	●	●	●	●	
<b>REGIÓN DEL CARIBE</b>									
Antigua y Barbuda						●		●	
Bahamas		●	●	●	●	●	●	●	
Barbados		●		●		●		●	
Cuba		●		●		●	●	●	
Dominica						●		●	
República Dominicana		●		●		●	●	●	
Granada						●		●	

## Referencias

1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí		
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones		
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No		
		<b>1.</b> Terapia antirretrovírica: adultos	<b>2.</b> Terapia antirretrovírica: niños	<b>3.</b> Tuberculosis y VIH	<b>4.</b> Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	<b>5a.</b> Uso de preservativo Parejas múltiples	<b>5b.</b> Uso de preservativo: profesionales del sexo	<b>5c.</b> Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	<b>6.</b> Restricciones de viaje según estado serológico
Haití		●	●	●	●	●	●	●	
Jamaica		●	●	●	●	●	●	●	
San Cristóbal y Nieves						●	●	●	
Saint Lucía						●	●	●	
San Vicente y Las Granadinas						●	●		
Trinidad y Tobago		●	●	●	●		●	●	
<b>EUROPA ORIENTAL Y ÁFRICA CENTRAL</b>									
Albania		●					●	●	
Armenia		●		●		●	●	●	
Azerbaiyán		●	●	●	●	●	●	●	
Bielorrusia		●		●		●	●	●	
Bosnia y Herzegovina						●	●	●	
Georgia		●	●	●	●		●	●	
Kazajistán				●		●	●	●	
Kyrgyzstan		●	●	●	●	●	●	●	
Montenegro				●			●	●	
República de Moldava		●	●	●	●	●	●	●	
Federación Rusa						●	●	●	
Tayikistán		●	●	●	●	●	●	●	
Ex República Yugoslava de Macedonia		●					●	●	
Turkmenistán								●	
Ucrania		●		●		●	●	●	
Uzbekistán		●	●	●	●		●	●	
<b>AMÉRICA LATINA</b>									
Argentina		●				●	●	●	
Belice		●	●	●	●	●	●	●	
Bolivia (Estado Plurinacional de)		●	●	●	●	●	●	●	

**Referencias**

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No

	1. Terapia antirretrovírica: adultos	2. Terapia antirretrovírica: niños	3. Tuberculosis y VIH	4. Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	5a. Uso de preservativo Parejas múltiples	5b. Uso de preservativo: profesionales del sexo	5c. Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	6. Restricciones de viaje según estado serológico
Brasil	●				●	●	●	●
Chile	●				●	●	●	●
Colombia	●		●			●	●	●
Costa Rica	●		●		●	●	●	●
Ecuador	●	●	●	●	●		●	●
El Salvador	●	●	●	●		●	●	●
Guatemala	●	●	●	●	●	●	●	●
Guyana	●		●		●	●	●	●
Honduras	●	●	●	●	●	●	●	
México	●	●	●	●		●	●	●
Nicaragua			●			●	●	●
Panamá	●	●		●	●	●	●	●
Paraguay	●	●	●	●		●	●	●
Perú	●	●	●	●	●		●	●
Surinam			●		●	●	●	
Uruguay	●		●		●	●	●	●
Venezuela (República Bolivariana de)	●	●	●	●				●
<b>ORIENTE PRÓXIMO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL</b>								
Argelia	●	●	●	●	●	●		
Bahréin								●
Yibuti	●	●	●	●	●	●		●
Egipto	●	●	●	●		●	●	●
Irán (República Islámica de)	●	●	●	●	●	●	●	●
Irak								●
Jordania						●		●
Kuwait								●
Líbano					●	●	●	●
Libia							●	●

Referencias

1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí		
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones		
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No		
		1. Terapia antirretrovírica: adultos	2. Terapia antirretrovírica: niños	3. Tuberculosis y VIH	4. Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	5a. Uso de preservativo Parejas múltiples	5b. Uso de preservativo: profesionales del sexo	5c. Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	6. Restricciones de viaje según estado serológico
Marruecos	●	●	●	●	●	●	●	●	
Omán				●				●	
Catar								●	
Arabia Saudita								●	
Somalia	●	●	●	●				●	
Sudán	●	●	●	●	●	●	●	●	
República Árabe Siria								●	
Túnez	●		●		●	●	●	●	
Emiratos Árabes Unidos								●	
Yemen	●	●	●	●		●	●	●	
<b>EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y NORTEAMÉRICA</b>									
Andorra							●		
Austria								●	
Bélgica							●	●	
Bulgaria			●		●	●	●	●	
Canadá					●		●	●	
Croacia						●	●	●	
Chipre					●			●	
República Checa							●	●	
Dinamarca							●	●	
Estonia			●		●	●	●	●	
Finlandia						●		●	
Francia					●		●	●	
Alemania					●	●	●	●	
Grecia			●		●	●	●	●	
Hungría					●		●	●	
Islandia								●	

## Referencias

1	2	3	4	5a	5b	5c	6		
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Sí		
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Sí, pero con condiciones		
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No		
		<b>1.</b> Terapia antirretrovírica: adultos	<b>2.</b> Terapia antirretrovírica: niños	<b>3.</b> Tuberculosis y VIH	<b>4.</b> Prevención de transmisión de VIH maternoinfantil	<b>5a.</b> Uso de preservativo Parejas múltiples	<b>5b.</b> Uso de preservativo: profesionales del sexo	<b>5c.</b> Uso de preservativo: hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	<b>6.</b> Restricciones de viaje según estado serológico
Irlanda				●				●	
Israel								●	
Italia							●	●	
Letonia				●		●	●	●	
Liechtenstein								●	
Lituania				●	●	●	●	●	
Luxemburgo								●	
Malta					●			●	
Mónaco								●	
Países Bajos							●	●	
Noruega							●	●	
Polonia							●	●	
Portugal					●	●	●	●	
Rumanía				●		●	●	●	
San Marino									
Serbia				●	●	●	●	●	
Eslovaquia								●	
Eslovenia				●			●	●	
España					●		●	●	
Suecia				●	●	●	●	●	
Suiza					●	●	●	●	
Turquía				●	●		●	●	
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte					●		●	●	
Estados Unidos de América							●	●	

## REFERENCIAS

1. Shannon K, Strathedee SA, Godenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al, Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants, *Lancet*, 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60931-4.
2. El modelo fue realizado por el Instituto Futures, utilizando el modelo de planificación "Goals and the Resource Needs Model", y los resultados fueron confirmados por el Instituto Kirby utilizando Optima. Las primeras metas ambiciosas tuvieron origen en una reunión de expertos del 7 al 8 de abril de 2014.
3. African Union, Accountability Report on Africa – G8 partnership commitments: Delivering results toward ending AIDS, Tuberculosis and Malaria in Africa, 2013, UNAIDS: Geneva.
4. World Bank., Africa's pulse. Volumen 9., Abril 2014: Consultado en noviembre 12 de 2014: [http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/ Report/Africas-Pulse-brochure\\_Vol9.pdf](http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Report/Africas-Pulse-brochure_Vol9.pdf).
5. Haacker M, Lule E, The fiscal dimensions of HIV/AIDS in Botswana, South Africa, Swaziland and Uganda, 2012, Washington DC: World Bank.
6. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A et al, Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet* 2013; 382: 1898-955.
7. Binagwaho A, Farmer PE, Nsanzimana S, Karema C, Gasana M, Ngirabega J et al. Rwanda 20 years on: investing in life. *Lancet*. 2014;384:371–5.
8. Dutta A, Wallace N, Savosnick P, Adungosi J, Kioko UM, Stewart S et al. Investing in HIV services while building Kenya's health system: PEPFAR's support to prevent mother-to-child HIV transmission. *Health Affairs*. 2012;31:1498-1507.

ONUSIDA/ JC2686

ISBN 978-92-9253-063-1

Copyright © 2014.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).

Todos los derechos reservados. Las publicaciones producidas por ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información de ONUSIDA. Se permite la reproducción de gráficos, mapas y texto parcial solo para fines educativos,

en tanto se dé el crédito apropiado a ONUSIDA: ONUSIDA + año. Para las fotografías, el crédito debe presentarse como a continuación: ONUSIDA/nombre del fotógrafo + año. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir las publicaciones —sea con fines comerciales o no— deben dirigirse al Centro de Información de ONUSIDA, por correo electrónico a [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

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

ONUSIDA no garantiza que la información aquí publicada sea completa y correcta y no se responsabiliza de los daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) lidera e inspira al mundo para conseguir su visión compartida de cero nuevas infecciones por el VIH, cero discriminación y cero muertes relacionadas con el sida. El ONUSIDA reúne los esfuerzos de 11 organizaciones de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mujeres, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial) y trabaja en estrecha colaboración con asociados mundiales y nacionales para maximizar los resultados de la respuesta al sida. Acceda a más información en [unaids.org](http://unaids.org) y conecte con nosotros a través de Facebook y Twitter.



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

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

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666  
distribution@unaids.org

unaids.org