

Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030

Índice

1: Poner fin a las epidemias en una nueva era sanitaria mundial

- 1.1 Avances desiguales en las principales epidemias
- 1.2 Cambios estratégicos para poner fin a las epidemias: intervenciones conjuntas centradas en las enfermedades
- 1.3 Marco de las estrategias
- 1.4 Proceso de elaboración de las estrategias
- 1.5 Información sobre este documento

2: Visión, objetivos, orientaciones estratégicas y metas

- 2.1 Visión, objetivos y orientaciones estratégicas
- 2.2 Metas e impacto
- 2.3 Teoría del cambio

3: Enfoques comunes para una respuesta centrada en las personas

- 3.1 Metas clave en materia de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual
- 3.2 Orientación estratégica 1: prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas
- 3.3 Orientación estratégica 2: optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto
- 3.3 Orientación estratégica 3: generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción
- 3.4 Orientación estratégica 4: implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas
- 3.5 Orientación estratégica 5: fomentar la innovación para lograr impacto

4: VIH

- 4.1 Metas relativas al VIH
- 4.2 Orientación estratégica 1: prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas
- 4.3 Orientación estratégica 2: optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto
- 4.4 Orientación estratégica 3: generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción
- 4.5 Orientación estratégica 4: implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas

4.6 Orientación estratégica 5: fomentar la innovación para lograr impacto

5: Hepatitis víricas

5.1 Metas relativas a las hepatitis víricas

5.2 Orientación estratégica 1: prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas

5.3 Orientación estratégica 2: optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto

5.4 Orientación estratégica 3: generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción

5.5 Orientación estratégica 4: implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas

5.6 Orientación estratégica 5: fomentar la innovación para lograr impacto

6: Infecciones de transmisión sexual

6.1 Metas relativas a las infecciones de transmisión sexual

6.2 Orientación estratégica 1: prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas

6.3 Orientación estratégica 2: optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto

6.4 Orientación estratégica 3: Generar y utilizar datos y orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción

6.5 Orientación estratégica 4: implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas

6.6 Orientación estratégica 5: fomentar la innovación para lograr impacto

7: Aplicación, rendición de cuentas y seguimiento

7.1 Puesta en práctica de las estrategias

7.2 Importancia de las alianzas

7.3 Papel de la OMS

7.4 Rendición de cuentas, seguimiento y presentación de informes

7.5 Costos de la aplicación

Anexos

Anexo 1: Lista recapitulativa de las medidas que deben adoptar los países y la OMS

Anexo 2: Marco de medición

1. Poner fin a las epidemias en una nueva era sanitaria mundial

Las estrategias mundiales del sector de la salud para 2022-2030 contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual tienen como objetivo orientar al sector de la salud a la hora de aplicar respuestas estratégicas encaminadas a alcanzar los objetivos de poner fin al sida, las hepatitis víricas B y C y las infecciones de transmisión sexual (ITS) de aquí a 2030.¹ Las estrategias para el periodo comprendido entre 2022 y 2030 parten de los logros y las lecciones aprendidas en las estrategias mundiales del sector de la salud para el periodo 2016-2021^{2,3,4} y tienen en cuenta los cambios epidemiológicos, tecnológicos y contextuales acaecidos durante los últimos años. Además, fomentan los aprendizajes en todas áreas y generan oportunidades de aprovechar las innovaciones y los nuevos conocimientos para responder con más eficacia al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual. En las estrategias se recomienda que los países adopten en los próximos ocho años, por un lado, medidas comunes y, por otro, medidas específicas para cada enfermedad, con el apoyo de las medidas que adoptarán la OMS y los asociados.

Cada país debe definir los grupos de población más afectados y que mayores riesgos corren en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, y comprometerse a adoptar medidas adaptadas al sistema de salud y a los contextos epidemiológicos locales, sin dejar de defender los derechos humanos fundamentales con un enfoque centrado en el acceso equitativo a la salud y en las prácticas científicamente corroboradas.

Las estrategias para 2022-2030 recalcan el papel fundamental que desempeña el sector de la salud a la hora de poner fin a las epidemias, al tiempo que evidencian la necesidad de adoptar un enfoque multisectorial de salud en todas las políticas, a fin de derribar los obstáculos estructurales y sistémicos y acelerar el proceso.⁵ En dichas estrategias se recomienda centrar la atención en las personas más afectadas y que presentan mayor riesgo, a fin de evitar las desigualdades. También se promueven las sinergias en el marco de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud con miras a alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.⁶

¹ Si bien se reconoce la importancia de las hepatitis víricas A y E, que provocan hepatitis víricas agudas, las estrategias mundiales del sector de la salud se centran en las infecciones crónicas por los virus de las hepatitis B y C. Ambas infecciones, que pueden causar cirrosis y carcinoma hepatocelular, concentran el 96% de la mortalidad de todas las hepatitis víricas. La coinfección o sobreinfección por hepatitis D acelera la progresión de la hepatopatía crónica, pero únicamente en personas infectadas por el virus de la hepatitis B. En el capítulo 5 se ofrecen más detalles al respecto.

² Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021: hacia el fin del SIDA. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250574>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

³ Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: hacia el fin de las hepatitis víricas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250578>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

⁴ Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: hacia el fin de las ITS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250253>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

⁵ 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279452>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

⁶ Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

1.1 Avances desiguales en las principales epidemias

El VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual causan colectivamente 2,3 millones de muertes y 1,2 millones de casos de cáncer al año⁷ y siguen representando una carga importante para la salud pública en todo el mundo. Más de un millón de personas contraen infecciones de transmisión sexual cada día, mientras que cada año 4,5 millones de personas se infectan por el VIH y las hepatitis B y C. Aunque se han hecho progresos en las tres áreas, la respuesta mundial no va por buen camino, puesto que la mayoría de las metas de salud mundiales para 2020 no se han alcanzado (véase el recuadro 1.1). No se están aprovechando todas las ventajas de las herramientas y tecnologías disponibles. Además, muchos grupos de población se han quedado atrás y persisten los obstáculos estructurales, sistémicos y financieros que impiden acelerar los avances. La pandemia de COVID-19 ha menoscabado todavía más los avances, de modo que es preciso acelerar las medidas y atajar las epidemias.

Recuadro 1.1: Logros y brechas durante el periodo comprendido entre 2016 y 2021

Las respuestas frente a las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual se encuentran en fases diferentes.⁸

La epidemia mundial de **VIH** ha dado un vuelco por la expansión a gran escala del tratamiento antirretrovírico, gracias al cual las defunciones relacionadas con el VIH en el mundo se han situado en el nivel más bajo desde 1994. Sin embargo, 680 000 personas murieron por causas relacionadas con el VIH en 2020, lo que significa que la mortalidad sigue siendo inaceptablemente elevada. A ello se suma que los avances en la reducción de la mortalidad se están estancando. Por añadidura, más de 1,5 millones de personas contraen nuevas infecciones por el VIH cada año; las metas mundiales para reducir esta cifra no están en vías de alcanzarse. No se han conseguido tantos avances en el acceso a los servicios entre la población infantil como entre los adultos. En el contexto del VIH, las poblaciones clave incluyen los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales, las personas transexuales y los reclusos. Las poblaciones clave⁹ y sus parejas suponen el 65% de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo; sin embargo, estos grupos de población a veces tienen dificultades para acceder a los servicios, puesto que se enfrentan a obstáculos jurídicos y normativos y a los determinantes sociales de la salud dentro y fuera del sector de salud.

La respuesta a **las hepatitis víricas** cobró un gran impulso durante el periodo de ejecución 2016-2021. Sin embargo, los compromisos en materia de financiación siguen siendo insuficientes para alcanzar los objetivos mundiales. La meta mundial sobre la reducción de la

⁷ Esta cifra incluye el carcinoma hepatocelular provocado por las hepatitis B y C; el cáncer cervicouterino provocado por el virus del papiloma humano y otros tipos de cáncer causados por las hepatitis víricas y el virus del papiloma humano.

⁸ Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021: accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341412>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

⁹ «Cada país debería determinar los grupos de población específicos que son centrales en su epidemia y la respuesta que dan a ella teniendo en cuenta el contexto epidemiológico local y observamos (...) que las pruebas epidemiológicas mundiales demuestran que los grupos de población clave tienen más posibilidades de quedar expuestos al VIH o de transmitirlo». Resolución 75/284 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030, 2021 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/34/pdf/N2114534.pdf?OpenElement>, consultado el 20 de abril de 2022)

incidencia del virus de la hepatitis B sí pudo alcanzarse, gracias a las actividades de vacunación infantil y prevención. La cifra de personas que recibieron tratamiento contra la infección crónica por el virus de la hepatitis C fue casi diez veces superior a la de 2015, con la consiguiente reducción en la mortalidad relacionada con la hepatitis C. No obstante, casi el 80% de las personas infectadas por el virus de la hepatitis B o C siguen sin estar diagnosticadas o no tienen acceso a tratamientos asequibles. Las hepatitis B y C siguen cobrándose 1,1 millones de muertes al año, a manos de las hepatopatías crónicas y el cáncer. El acceso oportuno a la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B sigue siendo escaso en muchos países de ingresos bajos y medianos.

Las múltiples epidemias de **infecciones de transmisión sexual (ITS)** siguen conllevando una importante carga de morbilidad y la respuesta mundial se ha quedado a la zaga, como consecuencia de la falta de visibilidad, financiación y apoyo a la aplicación. **Hay cuatro infecciones de transmisión sexual curables** que provocan más de un millón de infecciones al día: la sífilis (*Treponema pallidum*), la gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), la clamidia (*Chlamydia trachomatis*) y la tricomoniasis (*Trichomonas vaginalis*). Se calcula que en 2020 se diagnosticaron 604 000 casos de cáncer cervicouterino entre las mujeres de todo el mundo, la mayoría de los cuales estaban relacionados con la infección de alto riesgo por el virus del papiloma humano. El virus del papiloma humano también puede provocar verrugas anogenitales y ciertos tipos de cáncer entre los hombres. Además, más de 500 millones de personas están infectadas por el virus del herpes simple genital. Las infecciones de transmisión sexual que no se tratan pueden provocar resultados irreversibles y potencialmente mortales a largo plazo, como dolor pélvico crónico, cánceres, embarazos ectópicos, infertilidad, desenlaces adversos del embarazo, muerte neonatal y anomalías congénitas. Sin embargo, no se ha avanzado lo suficiente en el tratamiento de dichas infecciones, por lo que muchas siguen sin ser diagnosticadas ni tratadas. La incidencia de la mayoría de las otras infecciones de transmisión sexual se está estabilizando, y no se han alcanzado las metas mundiales para 2020.

1.2 Cambios estratégicos para poner fin a las epidemias: intervenciones conjuntas centradas en las enfermedades

Los logros alcanzados hasta la fecha han evidenciado que contar con un liderazgo firme y con tecnologías y prácticas innovadoras, inversiones financieras y la participación de la comunidad puede reducir la transmisión de las enfermedades, mejorar los resultados del tratamiento y salvar vidas. Perder fuelle en los próximos ocho años pondría en peligro las mejoras alcanzadas hasta la fecha, con el consiguiente riesgo de que rebrotes. Es preciso impulsar cambios estratégicos e innovadores para proteger los avances conseguidos hasta ahora y acercar al mundo al objetivo de poner fin a las epidemias de sida, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual.

Las estrategias mundiales del sector de la salud para 2022-2030 no solo reconocen los elementos en común y las diferencias entre las enfermedades, sino que establecen un marco para combinar estratégicamente los enfoques comunes y específicos para cada enfermedad, centrandó la respuesta en las personas.

1.2.1 Respuestas centradas en las personas

El VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual tienen modos de transmisión e intervenciones comunes. También se ven condicionados de forma similar por los determinantes sociales y estructurales de la salud: las comunidades en las que imperan peores condiciones socioeconómicas o más discriminación hacia las poblaciones clave experimentan una mayor vulnerabilidad a las infecciones y peores resultados en materia de salud. Centrar las respuestas del sistema de salud en las personas y en sus derechos significa no vertebrar los servicios en torno a las enfermedades sino en torno a las necesidades de las personas, además de promover enfoques integrados centrados en los pacientes y vinculados con los servicios de atención primaria. Ahí estriba la clave para atajar las epidemias (recuadro 1.2). Las estrategias para 2022-2030 hacen hincapié en que los diferentes grupos de población tienen necesidades y circunstancias de salud únicas. Por ende, promueven respuestas adaptadas que reconozcan y respondan a las experiencias de quienes pertenecen a uno o más de estos grupos. Dichas estrategias también constatan claramente que la carga y la distribución del VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual varían de un país a otro, por lo que las respuestas deben adaptarse a los distintos contextos epidemiológicos y del sistema de salud.

Recuadro 1.2: Servicios de salud integrados y centrados en las personas

Los sistemas de salud que se organizan en torno a las necesidades de las personas y las comunidades resultan más eficaces, menos costosos, mejoran los conocimientos sobre la salud, aumentan la participación de los pacientes y están mejor preparados para responder a las crisis sanitarias. Los servicios de salud centrados en las personas constituyen una característica primordial de la atención primaria y contribuyen a ampliar la cobertura sanitaria universal.¹⁰ Centrar los servicios de salud en las personas requiere integrar los diferentes elementos de la prestación de servicios de una forma nueva, para prestar servicios asistenciales sin solución de continuidad y de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él, con arreglo a las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Para ello es preciso instaurar sistemas y redes de derivación y nuevas estrategias para apoyar, capacitar y empoderar a los pacientes y las comunidades a fin de que participen en su propia atención, a la vez que se reconoce la carga que suponen los cuidados no remunerados para las mujeres y otros colectivos.

1.2.2 Abordar las prioridades específicas para cada enfermedad

Aunque las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual están relacionadas entre sí, los desafíos que presentan son dispares. Además, las respuestas a dichas epidemias han evolucionado históricamente de forma diferente y están en fases distintas. Para acelerar los avances, es necesario abordar las prioridades específicas de cada enfermedad (recuadro 1.3).

¹⁰ Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: informe de la Secretaría. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

Recuadro 1.3: Hojas de ruta específicas para poner fin a las epidemias de aquí a 2030

El VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual requerirán medidas concretas para hacer frente a las especificidades y las problemáticas de cada enfermedad.

La respuesta mundial al **VIH** ha comportado más de 40 años de medidas a escala mundial para aumentar los recursos, ampliar los servicios y hacer frente a las desigualdades, respaldadas por una fuerte participación de la comunidad. Sin embargo, los avances han sido desiguales. En muchos países con una alta carga de infecciones por VIH se han alcanzado buenos niveles de cobertura de servicios, pero todavía queda mucho trecho por recorrer para ayudar a las poblaciones clave, por ejemplo mediante la reforma de las leyes y las políticas desfavorables que obstaculizan las intervenciones y los servicios con base empírica. También es preciso hacer más hincapié en eliminar la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH y abordar las necesidades específicas de los niños, amén de implicar a más hombres en la respuesta. Un aspecto al que debe prestarse mayor atención es la reducción de las muertes relacionadas con el VIH, que todavía se sitúan en niveles inaceptablemente altos; para ello hay que atajar la tuberculosis, la meningitis criptocócica, las infecciones bacterianas graves y las demás comorbilidades. En los próximos ocho años, el tramo final de los esfuerzos para acabar con el VIH como amenaza para la salud pública requiere que número de personas que contraen la infección por el VIH pase de 1,5 millones en 2020 a 335 000 en 2030 y que se logren evitar más de 500 000 defunciones anuales. Los recientes avances científicos en las tecnologías y el tratamiento contra el VIH, así como los métodos innovadores de prestación de servicios, brindan una oportunidad sin parangón para lograrlo. Para cosechar buenos resultados harán falta compromisos permanentes y enfoques flexibles para hacer frente a una epidemia cambiante, con esfuerzos redoblados de prevención primaria, prestación de servicios diferenciados para cubrir las necesidades de los grupos de población y los entornos específicos, y una preparación eficaz ante los brotes epidémicos. También será necesario seguir invirtiendo en tecnologías innovadoras, nuevas pautas terapéuticas y posibles vacunas y métodos de curación.

La respuesta mundial a las **hepatitis víricas** ha cobrado impulso y ha conseguido mayor compromiso político durante el periodo de aplicación de la estrategia 2016-2021, además de beneficiarse de los enormes avances en los enfoques de salud pública en materia de prevención y tratamiento. Aunque ha quedado demostrada la elevada rentabilidad de las intervenciones clave para responder a las hepatitis víricas, para alcanzar los objetivos de eliminación de dichas enfermedades es preciso aumentar la inversión financiera sustancialmente. La existencia de vacunas seguras y eficaces contra la hepatitis B, así como medicamentos antivíricos que podrían prevenir la transmisión de la hepatitis B y proporcionar una cura eficaz para la hepatitis C, entraña un gran potencial para acabar con las epidemias de hepatitis víricas de aquí a 2030. Algunos países con una elevada carga de hepatitis víricas han sido pioneros a la hora de adoptar medidas para poner freno a dichas enfermedades. Sin embargo, en la mayoría de los países sigue habiendo grandes lagunas en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones por los virus de las hepatitis. Para alcanzar los objetivos de la estrategia mundial en los próximos ocho años, la cifra de nuevas infecciones por hepatitis víricas B y C debe pasar de unos 3 millones de casos nuevos en 2020 a 520 000 en 2030. A la vez, la mortalidad por hepatitis víricas B y C debe reducirse de 1,1 millones de defunciones a

menos de 500 000. Para ello hay que generalizar la disponibilidad de los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos, y garantizar el acceso universal a la dosis neonatal de la vacuna contra el virus de la hepatitis B para evitar las infecciones en los lactantes. También es preciso integrar los servicios contra las hepatitis víricas en los planes de cobertura sanitaria universal, simplificar y descentralizar la prestación de servicios, revisar y reformar las leyes y las políticas que obstaculizan las intervenciones y los servicios con base empírica, mejorar la coordinación con otras áreas de salud como la oncología y la atención de la salud materno-infantil, aumentar la concienciación pública y política y recabar una financiación adecuada.

Tras años de desatención y de falta de compromiso político y de financiación, es imperativo revitalizar y replantear la respuesta mundial contra **las infecciones de transmisión sexual**. Se trata de infecciones que siguen estigmatizadas y ocultas; las contraen 374 millones de personas, pero la mayoría de ellas carece de acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, cabe destacar algunos avances, como la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis en 15 países en 2020. La vacuna contra el virus del papiloma humano también se está incorporando a los calendarios nacionales de inmunización, pero su cobertura sigue siendo baja. En muchos países los datos sobre las ITS son escasos. Tampoco se están aprovechando adecuadamente las oportunidades de vincular las respuestas a las ITS con las respuestas al VIH y a otras enfermedades transmisibles. A fin de que las epidemias de ITS dejen de ser problemas de salud pública de aquí a 2030 es preciso reducir sustancialmente las nuevas infecciones, además de redoblar los esfuerzos de prevención primaria, aumentar el acceso a las pruebas de detección, sensibilizar sobre las repercusiones de salud pública de las ITS y recabar una financiación adecuada. Se trata de objetivos ambiciosos, para cuya consecución también será necesario aumentar el acceso a una gestión de casos de ITS de alta calidad centrada en las personas y prestada por proveedores de servicios de carácter público, privado y no gubernamental. Además, será preciso aprovechar las sinergias con los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, salud de los adolescentes y VIH mediante un enfoque de atención primaria de la salud; reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y la resistencia a los antimicrobianos; acelerar la investigación de las nuevas vacunas y las pruebas de diagnóstico domiciliarias y en el lugar de consulta, y forjar nuevas alianzas, incluso con el sector privado.

1.2.3 Adoptar un enfoque común para reforzar los sistemas comunitarios y de salud

Las oportunidades de aumentar la repercusión de las respuestas a cada enfermedad se multiplican si todas se abordan conjuntamente en el marco de una cobertura sanitaria universal. Las estrategias hacen hincapié en la necesidad de adoptar medidas coordinadas para reforzar los sistemas comunitarios y de salud, garantizar que se establezcan vínculos sólidos entre los distintos actores y ampliar la colaboración entre los diferentes sistemas y sectores y dentro de ellos. Los sistemas de salud deben atender de manera coordinada las necesidades de las personas, las familias y las comunidades respecto a varias enfermedades. También es muy importante aprovechar las sinergias en la prestación de servicios y promover otros aspectos como la gobernanza, la financiación y la información sanitaria. Se debe empoderar a las comunidades y dotarlas de recursos para potenciar su función indispensable en la rendición de cuentas y en la prestación de servicios centrados en las personas y vinculados con el resto de los servicios de salud. Aunque no existe un criterio único para

equilibrar las consideraciones específicas de cada enfermedad con el fortalecimiento de los sistemas de salud en general, las presentes estrategias brindan orientaciones destinadas a armonizar las respuestas nacionales de conformidad con esta visión.

1.2.4 Responder a un contexto de salud y desarrollo que cambia rápidamente

Las respuestas frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual evolucionan en un entorno cada vez más complejo. La pandemia de COVID-19 ha supuesto un revés para la salud mundial, puesto que ha comportado la reorientación los recursos, ha evidenciado las deficiencias de los sistemas de salud y ha dejado al descubierto e intensificado las disparidades y desigualdades que provocan que algunos grupos de población sean más vulnerables a las enfermedades, como las poblaciones clave, cuyo acceso a los servicios se ve obstaculizado. Esto ha puesto de relieve la importancia de integrar una respuesta de salud pública basada en los derechos humanos, a fin de atenuar los efectos de algunas medidas públicas y sociales, sin olvidar la necesidad de contar con un personal de salud competente y bien equipado para mantener la continuidad de los servicios. La pandemia ha puesto de manifiesto que las comunidades desempeñan un papel fundamental a la hora de atender las necesidades de las personas durante las crisis, pero también ha evidenciado las desigualdades en la carga de cuidados de la comunidad. Por otro lado, ha potenciado la innovación en los sistemas comunitarios y de salud (como el rápido desarrollo y despliegue de nuevas vacunas y tecnologías) y la ampliación del uso de plataformas y sistemas de diagnóstico integrados, sistemas de información sanitaria, soluciones de salud digital y autogestión de la salud. La rapidez con la que se han concatenado avances en las vacunas contra la COVID-19 ha revitalizado a la comunidad mundial de salud y ha alimentado nuevas esperanzas de innovación. No obstante, no hay que olvidar las profundas desigualdades que se han producido en el acceso a las innovaciones. Muchas enseñanzas extraídas de la pandemia de COVID-19 sentarán las bases para futuras respuestas ante las enfermedades infecciosas. Por otro lado, el contexto mundial de salud y desarrollo también está cambiando como consecuencia de los cambios demográficos, el aumento de la carga de enfermedades no transmisibles, el cambio climático, los desplazamientos de población y la inseguridad económica. Por ejemplo, el sector de la salud puede contribuir a promover las intervenciones de adaptación al clima, como la ecologización de las adquisiciones en el ámbito de la salud, la prestación de servicios y la eliminación de residuos sanitarios. Nos hallamos en un momento sin precedentes para forjar sistemas comunitarios y de salud resilientes y adaptables¹¹ que promuevan la seguridad sanitaria, defiendan los derechos humanos, protejan a las personas ante futuras pandemias y desafíos, e impulsen la salud y el bienestar de todas las personas.

1.2.5 Eliminar la estigmatización, la discriminación y otros obstáculos estructurales

Para alcanzar las metas fijadas para 2030 se requiere una gran ampliación de los servicios, que no será posible sin iniciativas para afrontar la estigmatización, la discriminación, las desigualdades y la criminalización de las poblaciones clave, que exacerban su riesgo de infección e impiden que accedan a los servicios esenciales. El sector de la salud puede desempeñar un papel fundamental frente a la estigmatización, la discriminación y los

¹¹ Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19: documento de posición de la OMS. OMS, 2021 Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346533>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

obstáculos políticos en la atención de salud, por ejemplo generando datos sobre los efectos de la estigmatización y la discriminación en los grupos de población más afectados por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual. El sector de la salud también puede ejercer una función importante forjando alianzas multisectoriales para abordar los determinantes más amplios de la salud. Es preciso sensibilizar sobre la importancia de hacer frente a las epidemias y superar los tabúes y los comportamientos discriminatorios o estigmatizantes para llevar a la práctica el compromiso de la OMS de eliminar la discriminación de los entornos de salud.¹²

1.3 Marco de las estrategias

Las estrategias mundiales del sector de la salud para 2022-2030 sitúan la respuesta del sector a las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual en el centro de los esfuerzos dirigidos a alcanzar los objetivos de la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2016-2030 (o los Objetivos de Desarrollo Sostenible), especialmente los de poner fin al sida, la tuberculosis y la malaria, lograr la cobertura sanitaria universal, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades de aquí a 2030. Las estrategias se basan en las normas y los principios de los derechos humanos, en particular el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.¹³ Contribuyen a hacer realidad la perspectiva planteada en la declaración política de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal¹⁴ y el renovado compromiso con la atención primaria de salud que se refleja en la Declaración de Astaná, de 2018.¹⁵

Por lo que respecta a la OMS, las estrategias contribuyen directamente a la consecución de los objetivos del 13.º Programa General de Trabajo, concretamente las metas de los tres mil millones relacionadas con la cobertura sanitaria universal, la protección ante las emergencias sanitarias y mejora de la salud y el bienestar de todos.¹⁶ También están en consonancia con los compromisos contraídos en otras estrategias y planes mundiales en materia de salud, entre ellos la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2021,¹⁷ la revisión cuatrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo,¹⁸ el Marco de Eliminación de Enfermedades de la Organización Panamericana

¹² Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_es.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

¹³ Véase el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1966 (<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

¹⁴ Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Resolución 74/2 (2019) de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Nueva York, Naciones Unidas, 2019 (<https://undocs.org/es/A/74/L.4>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

¹⁵ Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328128>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

¹⁶ 13.º Programa General de Trabajo 2019-2023. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279452>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

¹⁷ Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030. Nueva York, Naciones Unidas, 2021 (https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids), consultado el 31 de diciembre de 2021.

¹⁸ Asamblea General de las Naciones Unidas. Revisión cuatrienal amplia de la política relativa a las actividades operacionales del sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo. Nueva York, Naciones Unidas, 2020 (<https://www.un.org/ecosoc/en/content/2020-qcpr>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

de la Salud¹⁹ y los trabajos en curso para elaborar un marco mundial para la eliminación de múltiples enfermedades. Asimismo, se basan en la perspectiva de las desigualdades presentada en la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026²⁰ para una respuesta eficaz del sector de la salud y están armonizadas con el llamamiento a la acción en favor de los derechos humanos iniciado por el Secretario General, especialmente en lo que concierne a los principios fundamentales de un enfoque basado en los derechos humanos, no dejar a nadie atrás, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluida la dimensión 1: Los derechos en el centro del desarrollo sostenible,²¹ las prioridades del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria,²² Unitaids²³ y los principales asociados bilaterales.

Los problemas de salud asociados al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual presentan interacciones complejas, por lo que las presentes estrategias también están en consonancia con otras estrategias y planes mundiales del ámbito de la salud sobre enfermedades y problemas de salud conexos.²⁴

1.4 Proceso de elaboración de las estrategias

Los proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 se elaboraron mediante un proceso de consultas, que se llevó a cabo en gran medida de forma virtual, dirigido por la OMS

¹⁹ Marco sostenible e integrado para la eliminación de enfermedades transmisibles en la Región de las Américas. Nota conceptual. Washington (DC), Organización Panamericana de la Salud, 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51107>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

²⁰ Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. Ginebra, ONUSIDA, 2021 (<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

²¹ António Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas. La aspiración más elevada. Llamamiento a la acción en favor de los derechos humanos. Nueva York, Naciones Unidas, 2020 (https://www.un.org/en/content/action-for-human-rights/assets/pdf/The_Highest_Aspiration_A_Call_To_Action_For_Human_Right_SPA.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

²² Véase The Global Fund 2023-2028 Strategy Framework. Ginebra, Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2021 (https://www.theglobalfund.org/media/11223/strategy_globalfund2023-2028_framework_en.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

²³ Véase Strategy 2017-2021. Ginebra, Unitaids, 2017 (<https://unitaids.org/about-us/strategy/#en>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

²⁴ Estas estrategias son, entre otras: la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): desarrollo en la primera infancia: informe del Director General. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276424>), consultado el 31 de diciembre de 2021; el Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos: fortalecimiento de la colaboración entre las organizaciones multilaterales para acelerar el progreso de los países en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331205>), consultado el 31 de diciembre de 2021; el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>), consultado el 31 de diciembre de 2021, en inglés); el Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255204>), consultado el 31 de diciembre de 2021; el Plan de acción mundial de la OMS en materia de discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/175064>), consultado el 31 de diciembre de 2021; la Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático: transformación necesaria para mejorar de forma sostenible las condiciones de vida y el bienestar mediante la creación de ambientes saludables. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328400>), consultado el 31 de diciembre de 2021; la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336583>), consultado el 31 de diciembre de 2021, en inglés.

durante el 2021. Tras analizar los progresos y las deficiencias observados al término del periodo de ejecución 2016-2021, se solicitaron aportaciones de los Estados Miembros, las comunidades y las demás partes interesadas para definir las prioridades y los cambios estratégicos necesarios para la consecución de los objetivos de poner fin a las epidemias en el 2030. Las lecciones del periodo de ejecución anterior también permitieron mejorar el formato y la estructura del propio documento, consolidando las estrategias en un único documento que incluye contenidos comunes y específicos en relación con las enfermedades, reduciendo y priorizando las medidas que deben adoptar los países e incluyendo una teoría del cambio con un marco de rendición de cuentas mejorado. Entre abril y julio de 2021 se celebraron consultas virtuales para recopilar aportaciones en todas las regiones de la OMS. Paralelamente a dichas consultas, entre mayo y agosto del mismo año se llevó a cabo una encuesta en línea, abierta a todas las partes interesadas, incluidos los Estados Miembros, y se convocó una serie de reuniones informativas con las partes interesadas. Se informó a los Estados Miembros antes de la 148.ª y la 150.ª reunión del Consejo Ejecutivo y de la 74.ª y la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud; se tuvieron en cuenta las observaciones formuladas en las sesiones informativas y durante el debate de los puntos pertinentes del orden del día. Los comités regionales de la OMS estudiaron varios marcos para abordar las enfermedades en cuestión durante el ciclo de reuniones de los comités en 2021 o planificar la reflexión sobre las estrategias mundiales en 2022. Por ejemplo, el Comité Regional para la Región de África de la OMS adoptó en agosto de 2021 un Marco para una respuesta multisectorial integrada a la tuberculosis, el VIH, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis para 2021-2030. Dicho marco está en total consonancia con las estrategias mundiales del sector de la salud propuestas.

En septiembre de 2021, la OMS convocó una reunión del Comité Consultivo Estratégico y Técnico sobre el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual a fin de examinar los primeros proyectos de estrategias. Los textos también se sometieron al examen de los Estados Miembros a través de una herramienta de colaboración documental; se solicitaron observaciones durante un periodo de cuatro semanas. El 20 de diciembre de 2021 se subió a la web un segundo proyecto, al que se hizo referencia durante las deliberaciones del Consejo Ejecutivo en su 150.ª reunión.

Los Estados Miembros se pronunciaron a favor de los proyectos de estrategias en la 150.ª reunión del Consejo Ejecutivo; varios de ellos propusieron que se reconsiderara el uso de algunos términos incluidos en los primeros proyectos. Tras otra ronda de consultas oficiosas antes de la 75.ª Asamblea Mundial de la Salud, se puso a disposición de los Estados Miembros el texto completo revisado antes de la Asamblea.

1.5 Información sobre este documento

Las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 se presentan en un único documento, que incluye contenidos comunes y específicos en relación con las enfermedades (véase la figura 1.1). Tras este capítulo, el documento se organiza de la siguiente manera:

El capítulo 2 presenta la visión, los objetivos, las orientaciones estratégicas y las principales metas de las tres estrategias.

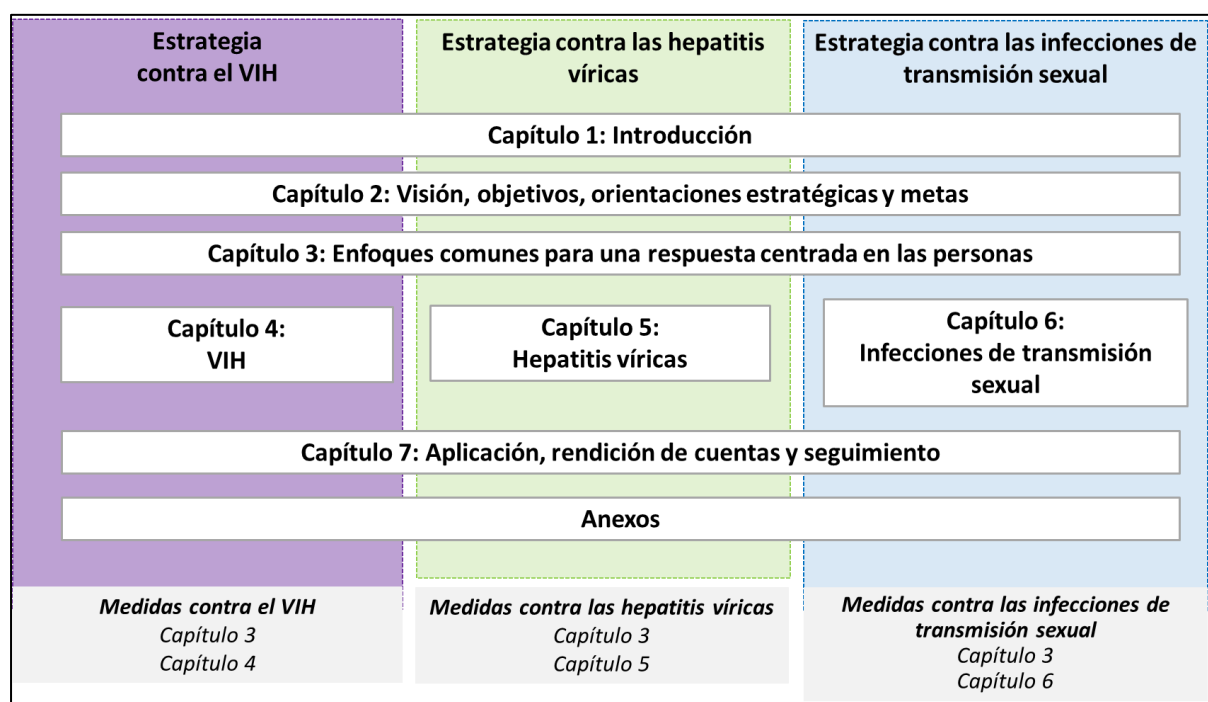
En el capítulo 3 se definen las medidas comunes que deberán adoptar los países frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para obtener resultados en el marco de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud.

En los capítulos 4, 5 y 6 se establecen medidas adicionales específicas que deberán adoptar los países en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, respectivamente. Todos los capítulos de medidas específicas deben leerse junto con el capítulo 3, puesto que las medidas contenidas en el capítulo 3 se considerarán elementos esenciales de las estrategias.

El capítulo 7 versa sobre aplicación, la rendición de cuentas, el seguimiento y el cálculo de costos para cada área. También se exponen las medidas específicas que debe adoptar la OMS para refrendar las estrategias.

En los anexos se ofrece una lista recapitulativa de todas las medidas, el marco de medición y un glosario.

Figura 1.1: Estructura de los proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030



2. Visión, objetivos, orientaciones estratégicas y metas

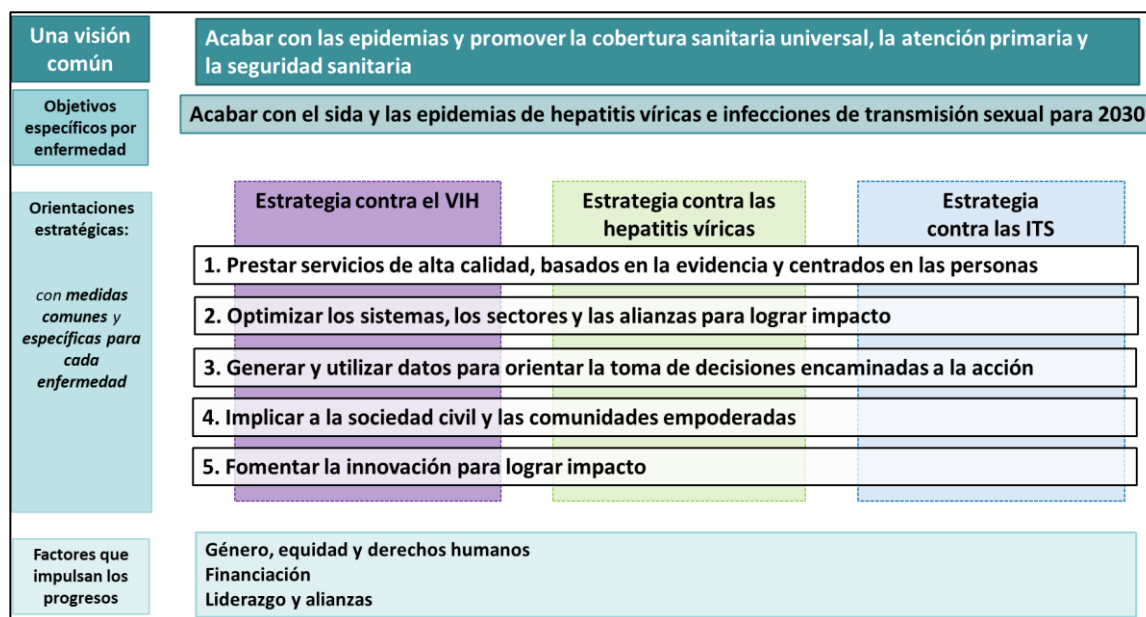
En este capítulo se explica la visión global, los objetivos y las orientaciones estratégicas de las estrategias. También se presentan las principales metas.

2.1 Visión, objetivos y orientaciones estratégicas

Las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 comparten una visión común:

poner fin a las epidemias y promover la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y la seguridad sanitaria. Cinco orientaciones estratégicas vertebran las medidas que se proponen en las tres estrategias, a fin de crear sinergias en las respuestas al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual (véase la figura 2.1).

Figura 2.1. Visión, objetivos y orientaciones estratégicas de los proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030



Visión: En estas estrategias se aspira a obtener una visión común para poner fin a las epidemias y promover la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y la seguridad sanitaria en un mundo en el que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de alta calidad, centrados en las personas y científicamente contrastados y puedan llevar una vida sana y productiva.

Objetivos: Las estrategias tienen como objetivo poner fin al sida y a las epidemias de hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual para 2030, con una actuación común en los ámbitos de convergencia que no pierda de vista las especificidades de cada enfermedad. Los objetivos están armonizados con los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Programa General de Trabajo de la OMS.

Orientaciones estratégicas: Hay cinco orientaciones estratégicas que conforman el marco de orientación general para la aplicación de las estrategias por parte de los países.

- **Orientación estratégica 1: prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas.** Utilizar orientaciones basadas en la evidencia e innovaciones en la prestación de servicios para acelerar el acceso y el uso de un conjunto de servicios esenciales de alta calidad contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, así como otros servicios de

salud conexos, adaptados para satisfacer las necesidades de las personas en diversos grupos poblacionales y entornos, garantizando que nadie quede desatendido.

- **Orientación estratégica 2: optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto.** Adoptar un enfoque orientado a los sistemas que promueva las sinergias con la atención primaria de salud, la gobernanza sanitaria, la financiación, el personal, los productos básicos y la prestación de servicios, al tiempo que se fomentan las respuestas multisectoriales a los determinantes sociales y estructurales de la salud. Armonizar a los asociados —incluidos los financiadores, las instituciones académicas y de investigación, las asociaciones profesionales y las entidades del sector privado— y colaborar con ellos para lograr el máximo impacto.
- **Orientación estratégica 3: generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción.** Recopilar, analizar y utilizar evidencias y datos, desglosados por sexo, edad y otras características pertinentes de la población para hacer un seguimiento y evaluar el progreso y para orientar la acción, la innovación, la investigación y el desarrollo, así como para promover la transparencia de los datos y la rendición de cuentas.
- **Orientación estratégica 4: implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas.** Implicar a las comunidades y a la sociedad civil, incluidas las poblaciones clave y afectadas, y ayudarlas a que tomen la iniciativa para asumir responsabilidades y desempeñar su función esencial en la promoción, la prestación de servicios y la elaboración de políticas, entre otras cosas para garantizar que los servicios sean culturalmente adecuados y respondan a las necesidades de la comunidad, y para hacer frente a la estigmatización, la discriminación y los obstáculos sociales y estructurales.
- **Orientación estratégica 5: fomentar la innovación para lograr impacto.** En colaboración con los asociados, contribuir a definir y aplicar programas nacionales, regionales y mundiales de investigación e innovación que den prioridad al desarrollo de nuevas tecnologías, modelos de prestación de servicios y prácticas del sistema de salud que superen los principales obstáculos a los progresos en la lucha contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual.

Factores que impulsan los progresos: El éxito de la aplicación de las estrategias se basa en los factores comunes que impulsan los progresos:

- **Género, equidad y derechos humanos.** La visión y los objetivos de las estrategias no se alcanzarán si no se subsanan las desigualdades subyacentes a las epidemias, que impiden a las personas acceder a los servicios de salud y mejorar activamente su propia salud. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental es extensible a todas las personas y a todas las comunidades. Sin embargo, la discriminación, en particular la discriminación por motivos de edad, género,

orientación sexual y otras características de la población, no debería poner en entredicho ese derecho. Promover la equidad e igualdad de género y respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos y la dignidad de todas las personas son factores indispensables para lograr el éxito en los países y fundamentales para la labor de la OMS de incorporar y supervisar progresivamente las cuestiones de género, equidad y derechos humanos en toda la organización, como parte de su misión de atender a la población vulnerable y no dejar a nadie atrás.

- **Financiación.** Para articular una respuesta sostenible, las estrategias mundiales del sector de la salud deben recabar toda la financiación necesaria en el marco de iniciativas más amplias dirigidas a incrementar las inversiones en el sector de la salud. Las respuestas frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual se enfrentan a diferentes obstáculos financieros, que los sistemas nacionales de financiación deben abordar. La OMS brinda apoyo a los países para conseguir una financiación continua y previsible, reducir los gastos catastróficos en salud y facilitar un acceso asequible a los productos básicos de salud.
- **Liderazgo y alianzas.** Para que la aplicación de las estrategias sea eficaz es preciso contar con un fuerte liderazgo político y comunitario y con las alianzas oportunas, para vertebrar la acción multisectorial a través de un enfoque de salud en todas las políticas que abarque la totalidad del gobierno y la totalidad de la sociedad. La OMS cumple una función importante a la hora de promover alianzas, en particular con otras entidades de las Naciones Unidas, con asociados en el ámbito de la financiación y con el sector privado, pero también a la hora de convocar diálogos sobre las políticas con otros miembros de los equipos de las Naciones Unidas en los países y con las autoridades nacionales, a fin de promover actividades intersectoriales para elaborar análisis comunes de los países, marcos de cooperación de las Naciones Unidas para el desarrollo y apoyo bilateral mediante planes de apoyo a los países. Invertir en la próxima generación de líderes es fundamental para cosechar éxitos a largo plazo.

2.2 Metas e impacto

Las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 tienen como objetivo poner fin al sida y a las epidemias que provocan las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual de aquí a 2030.

Los avances respecto a este objetivo se miden mediante un conjunto de metas e hitos comunes y específicos que deben alcanzarse en 2025 y 2030. Las figuras 2.2-2.5 muestran el impacto previsto de las estrategias a la hora de reducir la incidencia y la mortalidad del VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual. Alcanzar las metas para 2030 conllevará enormes beneficios para la salud pública, puesto que significará pasar de los

valores de referencia de 2020 a los siguientes resultados al final del periodo de ejecución de las estrategias en 2030:

- El número de nuevos casos de infección por el VIH y las hepatitis víricas al año pasará de 4,5 millones a menos de 500 000.
- El número de casos de cuatro infecciones de transmisión sexual curables entre adultos al año pasará de 374 millones a menos de 150 millones.
- El número de países en los que se ha validado la eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH, la hepatitis B o la sífilis pasará de 15 a 100.
- El número de defunciones por infección por el VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual al año pasará de 2,3 millones a menos de un millón.
- El número de casos de cáncer debidos a la infección por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual al año pasará de 1,2 millones a menos de 700 000.

En los capítulos sobre los elementos comunes y específicos de cada enfermedad (capítulos 3-6) se consignarán los indicadores, metas e hitos comunes y específicos. El anexo 2 incluye el marco de medición consolidado.

Figura 2.2. Incidencia y mortalidad del VIH con las medidas propuestas en la estrategia y en ausencia de medidas (2020-2030)

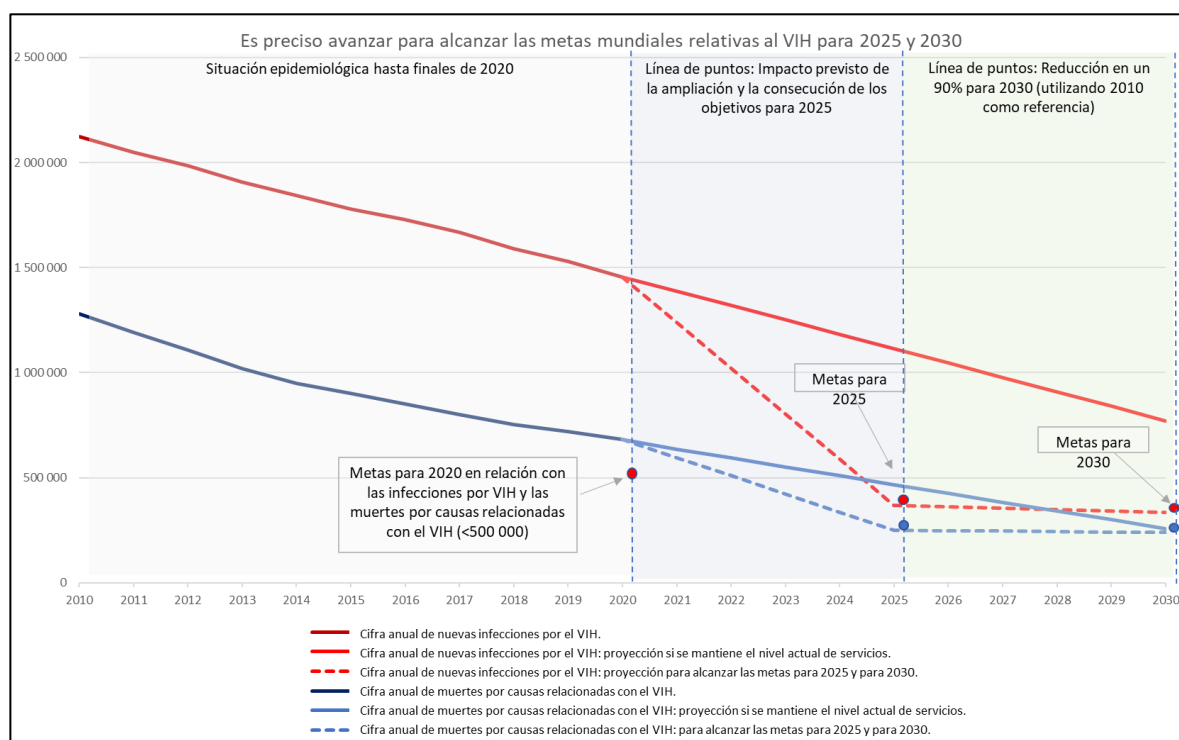


Figura 2.3. Tendencias de incidencia y mortalidad de la hepatitis B con las medidas propuestas en la estrategia y en ausencia de medidas (2020-2030)

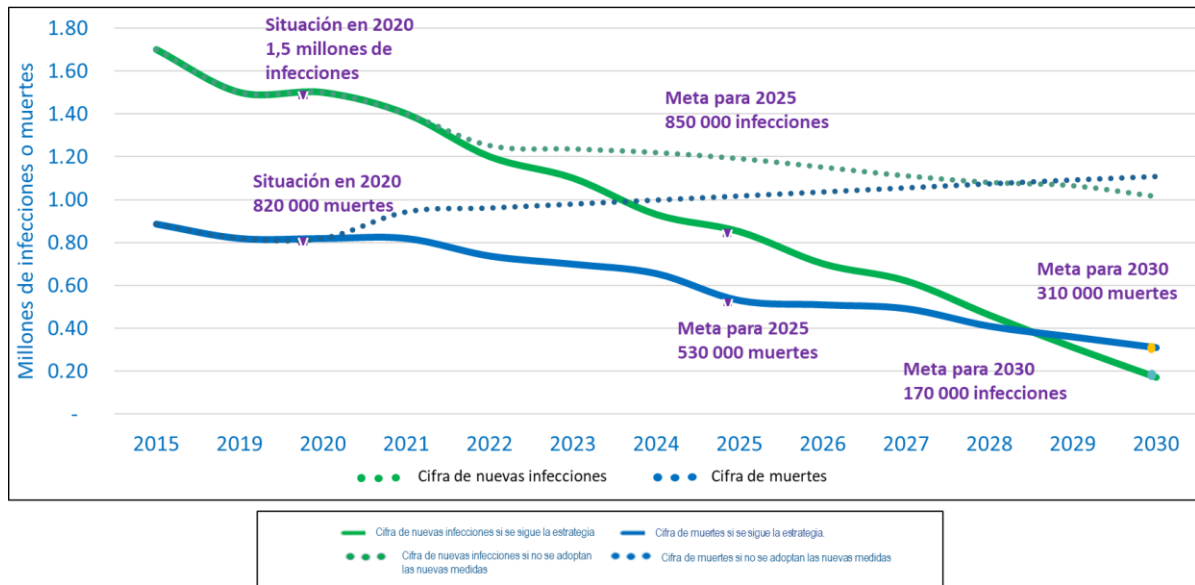


Figura 2.4. Tendencias de incidencia y mortalidad de la hepatitis C con las medidas propuestas en la estrategia y en ausencia de medidas (2020-2030)

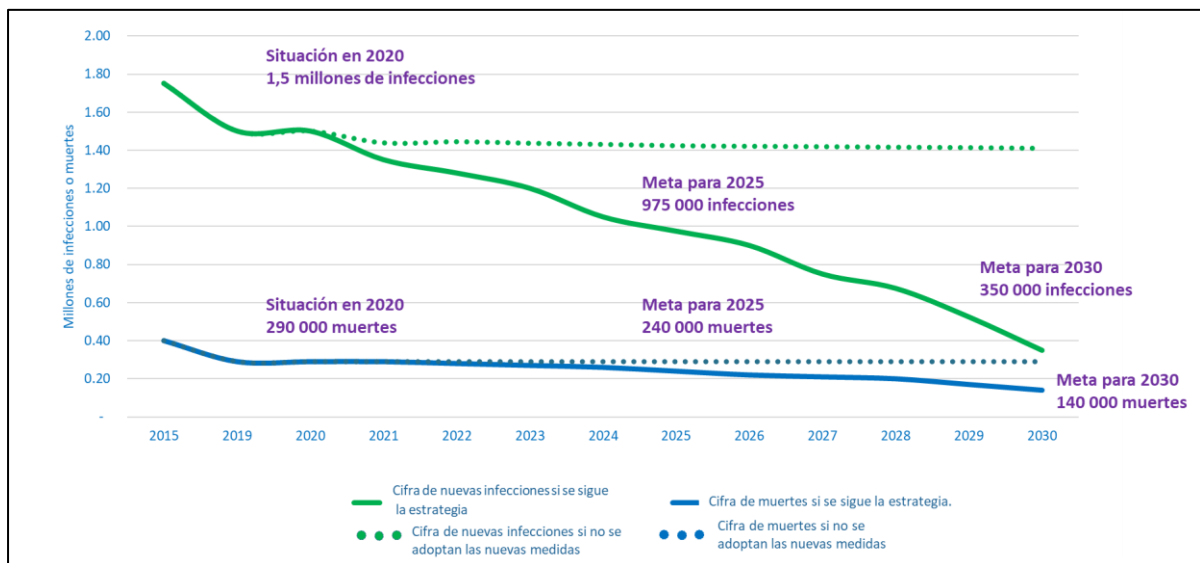
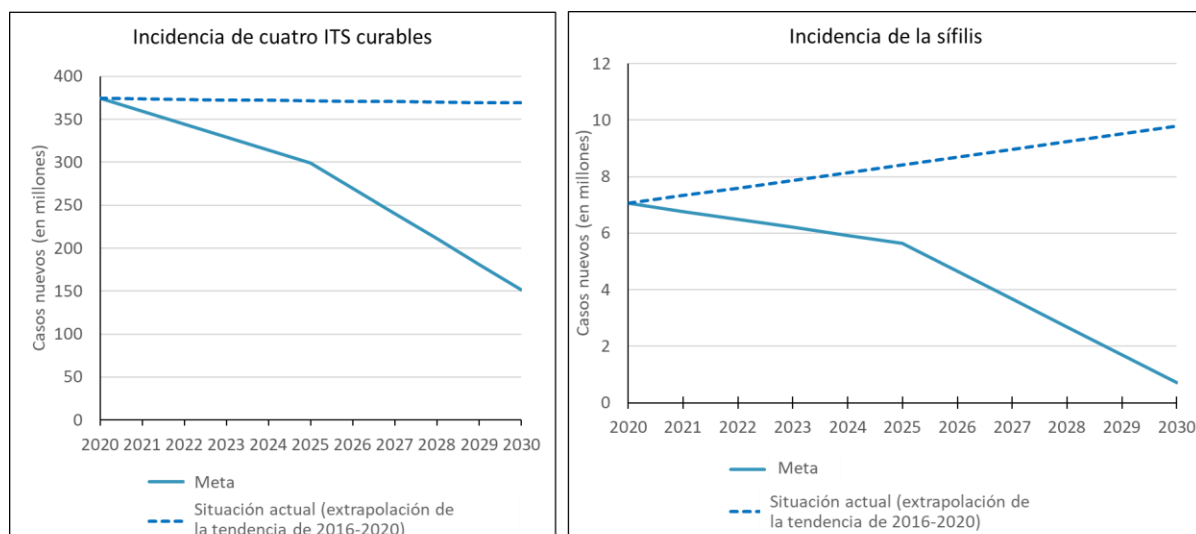


Figura 2.5. Incidencia de cuatro infecciones de transmisión sexual curables y de la con las medidas propuestas en la estrategia y en ausencia de medidas (2020-2030)



Las estrategias mantienen el máximo nivel de ambición y pretenden poner fin a las epidemias de aquí a 2030, aunque el ritmo al que las distintas regiones y países puedan lograrlo será diferente. Los objetivos mundiales orientan los objetivos nacionales y deben adaptarse al contexto de cada país. Hay que ir avanzando de manera equitativa para conseguir las metas fijadas respecto a todos los grupos de población. A tal efecto, las estrategias incorporan análisis de los datos desglosados por sexo, edad y otras características relevantes de la población, para hacer un seguimiento de las desigualdades y garantizar que los grupos más afectados y que mayores riesgos corren no se queden atrás.

2.3 Teoría del cambio

La visión, los objetivos, las orientaciones estratégicas y las medidas que contemplan las estrategias se sustentan en una teoría del cambio que marca el camino para que la aplicación de las estrategias conduzca a los resultados deseados (véase la figura 2.6). La comunidad mundial puede contribuir a poner fin a las epidemias y avanzar conjuntamente hacia la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria. Para ello es preciso plasmar las cinco orientaciones estratégicas en medidas comunes y específicas para cada enfermedad (recuadro 2.1) y situar a las personas en el centro de todos los esfuerzos.

Recuadro 2.1: Establecer prioridades de actuación para cada contexto regional y nacional

Las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual postulan un marco mundial integral de medidas comunes y específicas para cada enfermedad cuyo objetivo es orientar a los países y a los asociados en sus esfuerzos por alcanzar el objetivo de acabar con dichas epidemias. No hay una única solución que se aplique a todos los casos por igual, por lo que se exhorta a las regiones y a los países a seleccionar, priorizar y adaptar las medidas en función los contextos epidemiológicos y del sistema de salud local, al tiempo que se defienden los derechos humanos fundamentales, especialmente el principio transversal de igualdad y no discriminación en la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, productos, enfoques e

intervenciones de salud. La selección idónea de las medidas y los modelos de prestación de servicios debe estar en consonancia con las estrategias nacionales más amplias, en un marco de cobertura sanitaria universal que atienda en todo momento a las necesidades de las personas y las comunidades locales.

Figura 2.6. Teoría del cambio



3. Enfoques comunes para una respuesta centrada en las personas

El VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual tienen modos de transmisión y determinantes comunes, y muchos de los grupos de población afectados por estas enfermedades se solapan (véase el recuadro 3.1). Los enfoques centrados en las personas y organizados según sus necesidades pueden mejorar la atención de salud, promover la cobertura sanitaria universal, aumentar la calidad y la sostenibilidad de los servicios y maximizar el efecto de los recursos sanitarios disponibles.

En este capítulo se presentan los modelos de prestación de servicios y las intervenciones comunes frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual en el marco de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud. También se consignan las medidas que pueden adoptar los países para hacer frente a los problemas comunes en otras funciones del sistema de salud, como la gobernanza inclusiva, la información sanitaria, la financiación de la salud, los productos básicos, las necesidades de personal de salud y las iniciativas para promover la seguridad sanitaria. Las medidas de este capítulo deben aplicarse junto con las medidas específicas para cada enfermedad que se presentan en el capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual). Todas estas medidas son fundamentales para garantizar el éxito de las estrategias y deben aplicarse conjuntamente.

Los sistemas de salud engloban al sector de la salud pública y a los principales actores no estatales, como los proveedores de atención de salud del sector privado, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias que diseñan y prestan servicios de salud. El acceso a intervenciones eficaces también depende del contexto social, cultural, político y jurídico en el que viven las personas, puesto que dicho contexto condiciona su acceso a los servicios. Las decisiones del sector de la salud en relación con la integración de los servicios de varias enfermedades se tomarán en función del contexto y según el estado de las epidemias nacionales, las prioridades del sistema de salud y la consulta con los proveedores de servicios, las personas y las comunidades. Las partes interesadas procurarán que las iniciativas de integración no surtan consecuencias negativas inesperadas y harán lo posible por mantener los avances de las respuestas específicas frente a cada enfermedad, especialmente en las poblaciones más afectadas y los grupos en riesgo.

Recuadro 3.1: grupos de población prioritarios para el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual

Muchos de los grupos de población en riesgo o afectados por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual se solapan. Además, la mayor vulnerabilidad o riesgo de estos grupos suele ser fruto de los determinantes sociales y estructurales de la salud, especialmente las múltiples formas de discriminación o las condiciones de marginación o exclusión a las que deben hacer frente. Entre los grupos de población prioritarios para las respuestas nacionales comunes contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual cabe destacar los siguientes:

- Las personas expuestas por transmisión sexual: los jóvenes y adolescentes; los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; los trabajadores sexuales y sus clientes; los transexuales; las personas en cárceles y otros lugares de reclusión, y las personas cuyo comportamiento sexual está mediado por el consumo de drogas o alcohol.
- Las personas expuestas a través de suministros de sangre que no cumplen las condiciones de seguridad y de procedimientos médicos e inyecciones poco seguros.
- Los usuarios de drogas inyectables.
- Los niños expuestos a través de la transmisión vertical (de madre a hijo) o de la infección en la primera infancia.
- Las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- Las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres cuyo riesgo es mayor por las desigualdades de género y la exposición a la violencia, además de por los riesgos biológicos por motivos de sexo.
- La población joven, incluida la población joven clave.
- Las personas de todas las edades, sin olvidar los hombres que tienen menos probabilidades de utilizar los servicios de salud.
- Los migrantes y las poblaciones itinerantes, así como las personas afectadas por conflictos y disturbios.
- Los pueblos indígenas.
- Las personas con discapacidad.

Cada país debe definir los grupos de población específicos más afectados y que corren mayor riesgo de contraer el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual en el contexto local. Una vez identificados, será preciso cubrir las necesidades de estos grupos con perspectivas interseccionales que tengan en cuenta sus factores de riesgo y vulnerabilidad, que en ocasiones se solapan. Se exhorta a los países a seleccionar, establecer prioridades y adaptar las medidas nacionales propuestas en función los contextos epidemiológicos y del sistema de salud local, al tiempo que se defienden los derechos humanos fundamentales, el acceso equitativo a la salud y las prácticas basadas en datos científicos. En los capítulos específicos sobre cada enfermedad (capítulos 4-6) se ofrece más información sobre los grupos más afectados y que mayores riesgos corren en relación con cada enfermedad.

3.1 Metas clave en materia de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual

El cuadro 3.1 presenta los indicadores y metas clave en materia de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual, tanto los comunes como los específicos para cada enfermedad. También se presentan otras metas e indicadores específicos en capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual), respectivamente.

Cuadro 3.1. Metas e indicadores del impacto relativos al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para 2030^a

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030
Comunes	Reducción de la incidencia			
	- Número de nuevos casos de infección por el VIH y de hepatitis víricas al año	4,5 millones	<1,5 millones	<500 000
	- Número de nuevos casos de sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis ^c en personas de 15 a 49 años al año	374 millones	<300 millones	<150 millones ^d
	Vida sana: reducción de la mortalidad y el cáncer			
	- Número de personas que fallecen por infección por el VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual ^e al año	2,3 millones	<1,7 millones	<1 millón
	- Número de casos de cáncer debidos a la infección por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual al año	1,2 millones	<900 000	<700 000
VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH al año	1,5 millones	370 000	335 000
	Nuevas infecciones por el VIH por cada 1000 habitantes no infectados al año	0,19	0,05	0,025
	Número de niños de 0 a 14 años infectados por el VIH al año	150 000	20 000	15 000
	Número de personas que fallecen por causas relacionadas con el VIH al año	680 000	250 000	<240 000
	Número de personas infectadas por el VIH que fallecen por tuberculosis, hepatitis B y hepatitis C	210 000	110 000	55 000

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030
Hepatitis víricas	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños de 0 a 4 años ^f	0,94%	0,5%	0,1%
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis B al año	1,5 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	850 000 nuevos casos 11 por cada 100 000 personas	170 000 nuevos casos 2 por cada 100 000 personas
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C al año	1575 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	1 millón de nuevos casos 13 por cada 100 000 personas	350 000 nuevos casos 5 por cada 100 000 personas
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables al año	8 por cada 100 personas	3 por cada 100 personas	2 por cada 100 personas
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis B al año	820 000 defunciones 10 por cada 100 000 personas	530 000 defunciones 7 por cada 100 000 personas	310 000 defunciones 4 por cada 100 000 personas
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis C al año	290 000 defunciones 5 por cada 100 000 personas	240 000 defunciones 3 por cada 100 000 personas	140 000 defunciones 2 por cada 100 000 personas
Infecciones de transmisión sexual	Número de nuevos casos de sífilis en personas de 15 a 49 años al año	7,1 millones	5,7 millones	0,71 millones
	Número de nuevos casos de gonorrea en personas de 15 a 49 años al año	82,3 millones	65,8 millones	8,23 millones
	Casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos al año	425	<200	<50
	Porcentaje de niñas totalmente vacunadas con vacunas contra el virus del papiloma humano antes de cumplir los 15 años	14%	50%	90%

^a Las metas y los indicadores de impacto propuestos están en consonancia con la meta 3.3 y los indicadores 3.3.1 y 3.3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

^b A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19 en los datos notificados de 2020, algunas metas se basan en datos de 2019. Todos los datos se desglosarán por edad, sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad.

^c Infecciones de transmisión sexual que se pueden curar.

^d Incluye la meta de reducir en un 90% el número de nuevos casos de sífilis y de gonorrea y en un 50% el número de nuevos casos de clamidia y de tricomoniasis de aquí a 2030.

^e Se efectuará un desglose adicional de los datos de mortalidad para evaluar la necesidad urgente de abordar los factores impulsores y las causas de las defunciones. En el caso del VIH, son la meningitis criptocócica, la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves; en el de las hepatitis víricas, son otros tipos de cáncer y el consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

^f Debe tenerse en cuenta que las metas que se mencionan en este cuadro son de ámbito mundial y que los Estados Miembros, cuando establezcan los objetivos nacionales, deben adaptarlas en función del contexto interno. Por ejemplo, en algunos países la meta de prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B entre los niños menores de 5 años puede ser inferior al 0,1% o al 0,2%, aunque la meta mundial sea el 0,1%.

3.2 Orientación estratégica 1: Prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas.

En esta sección se describen las medidas comunes que pueden adoptar los países en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, así como otras áreas de la salud relacionadas. Dichas medidas pueden integrarse o replicarse en múltiples ámbitos para lograr una respuesta más eficaz centrada en las personas. Los países deben adoptar las medidas de esta sección teniendo en cuenta también las medidas específicas para cada enfermedad que se describen dentro de la orientación estratégica 1 en el capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual).

3.2.1 Intervenciones comunes en materia de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual

Medida 1: Prevención primaria. Renovar las inversiones en las intervenciones de prevención primaria y ampliar su aplicación, ofreciendo educación e información exhaustivas sobre salud sexual y reproductiva y prevención del VIH²⁵ tomando nota de las orientaciones técnicas de la OMS²⁶ y sobre el uso de preservativos de forma correcta y sistemática, afrontando la problemática del consumo nocivo de alcohol y drogas en el contexto del comportamiento sexual y aplicando estrategias de prevención diferenciadas y con base empírica, como la vacunación, centradas en las poblaciones clave y afectadas, en el contexto de la promoción general de la salud sexual y reproductiva y el bienestar. Entre las intervenciones más importantes para reducir el número de nuevas infecciones de conformidad con las metas mundiales cabe destacar las siguientes: fomentar el acceso a educación integral científicamente exacta y adecuada a la edad, pertinente para los contextos culturales, que proporcione a las chicas y chicos adolescentes, y a las mujeres y hombres jóvenes, en consonancia con la evolución de sus capacidades, información sobre la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH, y aptitudes de comunicación y de reducción de los riesgos y les permita construir relaciones respetuosas, en estrecha asociación con los

²⁵ Resolución 75/284 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N21/145/34/pdf/N2114534.pdf?OpenElement>), consultado el 20 de abril de 2022.

²⁶ Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. Edición revisada. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Secretaría de ONUSIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ONU-Mujeres y la Organización Mundial de la Salud, 2018. (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/265335spa.pdf>, consultado el 25 de marzo de 2022)

jóvenes, los progenitores, los tutores, los cuidadores, los educadores y los proveedores de atención de la salud, con objeto de que puedan protegerse del VIH, alineada con una base empírica científicamente exacta y con normas técnicas internacionales y de acuerdo con la legislación nacional promover el uso correcto y sistemático de preservativos y lubricantes masculinos y femeninos con una programación innovadora, y facilitar el acceso a vacunas como la vacuna contra el virus del papiloma humano y contra la hepatitis B. El VIH es una de las principales infecciones de transmisión sexual, y comparte determinantes conductuales, sociales y estructurales con otras ITS. Aunque en la mayoría de las epidemias de hepatitis la transmisión sexual de las hepatitis víricas B y C desempeña un papel relativamente menor, se deberá prestar especial atención a determinados grupos de población, como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se necesitan urgentemente campañas públicas de sensibilización dirigidas a estos grupos de población para que sean conscientes de los riesgos de transmisión de enfermedades y del papel del consumo nocivo de alcohol y drogas. Para ser eficaces, las iniciativas de prevención deben adaptarse a las necesidades de las poblaciones afectadas en diversos contextos.

Medida 2: Reducción de daños e intervenciones de tratamiento para los usuarios de drogas inyectables. Aplicar un conjunto integral de medidas accesibles de reducción de daños y tratamiento, como parte, si procede, de un conjunto integral de intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre los usuarios de drogas inyectables^{27,28} y de estimulantes,²⁹ en consonancia con el contexto nacional, la legislación y las responsabilidades jurisdiccionales. El conjunto esencial de servicios de reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables incluye el suministro de material de inyección estéril a través de programas de distribución de agujas y jeringas, los tratamientos de mantenimiento con agonistas opioides para las personas dependientes de estas sustancias, y la distribución en la comunidad de antagonistas opioides para el tratamiento de las sobredosis de opioides, así como las campañas específicas de información y comunicación, además de las pruebas de detección, el diagnóstico y el tratamiento del VIH, los virus de la hepatitis B y C, las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones conexas. También es importante adaptar las intervenciones a las necesidades de los usuarios de drogas inyectables, tales como los estimulantes de tipo anfetamínico, y hacer frente a otras formas de drogodependencia que pueden tener efectos en la conducta sexual de algunos grupos de población clave, además de ofrecer intervenciones de tratamiento adecuadas, en particular intervenciones psicosociales basadas en la evidencia que son eficaces para reducir el consumo de drogas, promover la abstinencia y prevenir la recaída. La reducción de daños resulta más eficaz cuando se combina con iniciativas de prevención y tratamiento más amplias; los mayores efectos se consiguen cuando las intervenciones de reducción de daños se acompañan de altos niveles de cobertura. Es importante que la reducción de daños forme

²⁷ Resolución WHA67.6 Hepatitis, Organización Mundial de la Salud, 2014 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-sp.pdf), consultado el 23 de febrero de 2022).

²⁸ Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. OMS, UNODC, ONUSIDA (revisión de 2021) (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/idu_target_setting_guide_en.pdf), consultado el 23 de febrero de 2022, en inglés.

²⁹ HIV prevention, treatment, care and support for people who use stimulant drugs. Technical Guide. UNODC, OMS y ONUSIDA, 2019 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf), consultado el 23 de febrero de 2022.

parte de un enfoque integral de prevención, tratamiento y atención a los usuarios de drogas inyectables, que incluya diferentes formas de tratamiento de la drogodependencia y ayudas para abandonar su consumo.

Medida 3: Transmisión vertical del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Avanzar en la triple eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B mediante la prestación de servicios integrales y accesibles de prevención, pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento de las mujeres, los niños y sus familias a través de un enfoque integrado con los servicios de salud materno-infantil y la promoción de la igualdad de género y los derechos humanos. Las intervenciones necesarias para prevenir la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B tienen elementos en común, por lo que resulta muy factible evitar las nuevas infecciones en niños mediante un enfoque integrado. Los servicios esenciales incluyen la planificación familiar con un enfoque de género y basado en los derechos humanos; las pruebas de detección del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B en la atención prenatal; las intervenciones rápidas y eficaces para tratar a las embarazadas con resultado positivo en las pruebas y prevenir la transmisión de las infecciones a sus hijos; el asesoramiento a las mujeres embarazadas y a sus parejas; el parto sin riesgo; el seguimiento de los lactantes expuestos, incluida la dosis de la vacuna contra la hepatitis B administrada al nacer y la serie completa de tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B; la alimentación óptima de los lactantes, y el tratamiento y seguimiento de las madres, los niños y las familias. Para reducir la transmisión durante el embarazo es fundamental que todas las mujeres en edad reproductiva tengan acceso a los servicios antes del embarazo o entre los embarazos. La OMS puede validar la eliminación de la transmisión vertical de estas infecciones con procesos normalizados y una atención continua y adaptada a las necesidades de las mujeres infectadas por el VIH.

Medida 4: Prevención, tratamiento y atención a niños y adolescentes. Prevenir las nuevas infecciones por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual en niños, y atender las necesidades de seguimiento, tratamiento y atención a largo plazo de los niños y adolescentes afectados como parte de un enfoque centrado en la familia. Hay que prestar especial atención a las necesidades de prevención, atención y tratamiento de los niños en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Alrededor de la mitad de los niños con infección por el VIH no están diagnosticados ni han empezado el tratamiento antirretrovírico; el acceso a tratamientos antirretrovíricos eficaces debe ampliarse con urgencia. Se han realizado avances sustanciales en el control de la hepatitis B a escala mundial y se ha alcanzado la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir la prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños menores de 5 años a menos del 1% para 2020. También ha aumentado la cobertura de la vacuna contra la hepatitis B de los lactantes, con resultados muy eficaces. Pese a todos los avances, para lograr el objetivo de poner fin al virus de la hepatitis B de aquí a 2030 será fundamental ampliar la dosis de la vacuna contra la hepatitis B administrada durante las 24 horas siguientes al nacimiento y mejorar la vacunación infantil sistemática. Los niños mayores no vacunados también corren el riesgo de contraer una infección crónica por el virus de la hepatitis B, con la consiguiente necesidad de prevención y atención. Los virus de la hepatitis A y B también se pueden transmitir de forma horizontal en los hogares y las familias. Es preciso abordar las necesidades de los niños con enfoques centrados en la familia que promuevan la salud y el desarrollo del

cerebro y que estén armonizados con los programas de salud maternoinfantil más amplios, como las intervenciones para empoderar a los niños, las niñas y los jóvenes destinadas a promover la igualdad de género y las relaciones sexuales respetuosas. También es fundamental brindar apoyo a los niños con infección por el VIH en su transición a la adolescencia y ofrecer la atención a largo plazo que necesiten, instaurando servicios de control y seguimiento periódicos adaptados a los adolescentes y revisando los obstáculos normativos relacionadas con la edad de consentimiento para solicitar los servicios.

Medida 5: Prevención y control de infecciones. Prevenir la transmisión de las enfermedades en entornos de atención de la salud formales e informales y en otros entornos de servicios.

Los sistemas de salud deben ser capaces de garantizar la seguridad de los equipos de inyección y suministro de sangre. Para ello deben seguirse en todo momento las precauciones habituales, especialmente en lo que concierne a la higiene de manos, el análisis sistemático de la sangre, los equipos de protección personal y la gestión de los residuos. Deben aplicarse medidas de control de las infecciones transmitidas por vía aérea para prevenir enfermedades como la tuberculosis y la COVID-19. Deben eliminarse las inyecciones innecesarias, prestando especial atención a los entornos en los que se administran muchas inyecciones innecesarias, sin olvidar la mayoría informal de trabajadoras de la salud, que pueden necesitar apoyo y formación específicos. Deben utilizarse jeringas con dispositivos de seguridad para todas las inyecciones médicas. Los dispositivos médicos deben descontaminarse de conformidad con los protocolos establecidos; los establecimientos de salud deben disponer de la infraestructura y el equipamiento que exigen dichos protocolos. Debe realizarse un cribado exhaustivo de los hemoderivados y eliminar las fuentes de productos sanguíneos potencialmente inseguros. Fuera de los establecimientos de salud, es necesario intervenir para evitar las inyecciones sin garantías de seguridad y prevenir la transmisión por contacto con fluidos corporales en el sector de la salud informal y en servicios como los tatuajes, perforaciones y tratamientos de belleza.

Medida 6: Pruebas de detección integradas. Integrar las pruebas de detección del VIH, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C, las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis y otras enfermedades.

Integrar pruebas de detección de varias enfermedades y vincularlas adecuadamente constituye un elemento fundamental de los servicios de salud centrados en las personas. Integrar varias pruebas en una única sesión puede aumentar la aceptación de las pruebas, además de suponer un ahorro en los costos de difusión, infraestructuras y recursos humanos para los sistemas de salud. Los protocolos de las pruebas integradas deben ser fiables y cubrir las necesidades de los beneficiarios de los servicios. Su aplicación debe resultar factible para los proveedores de servicios. Algunos modelos de pruebas integradas pueden utilizar herramientas de diagnóstico múltiple para agilizar la recogida y el cribado de muestras biológicas. Por ejemplo, las pruebas de sífilis y de VIH pueden realizarse con la misma muestra de sangre. Las pruebas de diagnóstico múltiple rápido en el lugar de consulta para el VIH y el virus de la hepatitis C, o bien para el VIH, el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C, permiten prestar servicios integrados con las pruebas autoadministradas o realizadas en la comunidad para estas enfermedades y facilitar el inicio inmediato del tratamiento. Otros modelos de pruebas integradas requieren varias muestras, pero la prestación de servicios puede organizarse de un modo que facilite el uso de múltiples pruebas en la misma visita clínica. Los servicios de pruebas integradas también

permiten revisar el estado de vacunación de las personas. Utilizar sistemas y redes de laboratorio comunes y plataformas de diagnóstico integradas aporta más flexibilidad y apoyo para el personal de laboratorio, el transporte de las muestras y los sistemas de información de laboratorio.

Medida 7: Notificación voluntaria a las parejas y otros enfoques basados en el círculo social de las personas infectadas. Desarrollar y aplicar estrategias basadas en los derechos humanos que tengan en cuenta las cuestiones de género para la notificación voluntaria a las parejas y otros servicios destinados a las parejas sexuales de las personas a las que se haya diagnosticado la infección por el VIH, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y las infecciones de transmisión sexual. Los planteamientos para informar a las parejas sexuales y de usuarios de drogas inyectables, incluidas las parejas de las poblaciones clave, y ofrecerles pruebas, asesoramiento y tratamiento varían según las circunstancias y deben tener en cuenta las desigualdades de género y los problemas de estigmatización y discriminación que entrañe cada contexto. Ofrecer pruebas de detección a las redes de contactos de las personas infectadas también puede ser una forma eficaz de aumentar el acceso a los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS.

Medida 8: Estigmatización y discriminación en los entornos de atención de salud. Eliminar la estigmatización y la discriminación en los entornos de atención de salud y reforzar la rendición de cuentas en pro de una atención de salud sin discriminación. La estigmatización y la discriminación que sufren las personas afectadas por el VIH, las hepatitis víricas o las infecciones de transmisión sexual (en especial las poblaciones clave), o por motivos de género u otros factores, menoscaban la respuesta a estas enfermedades. El sector de la salud tiene la responsabilidad de velar por que todo el mundo pueda acceder a los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual en un entorno inclusivo, no discriminatorio y de apoyo.³⁰ Entre las intervenciones más importantes del sector de la salud destacan la formación periódica de todo el personal de salud para mejorar el conocimiento sobre estas enfermedades, desmentir las ideas erróneas y los temores subyacentes, y sensibilizar sobre las consecuencias perjudiciales del estigma y la discriminación, como las demoras en la utilización de los servicios de salud y las desigualdades en materia de salud, así como la elaboración y seguimiento de normas para el personal de salud a fin de garantizar que todos los pacientes sean tratados con respeto, dignidad y compasión. El personal de salud debe recibir formación sobre los derechos de los pacientes y los suyos propios, y sobre cómo atender con sensibilidad a todos los pacientes, especialmente a las poblaciones clave y los grupos más afectados. Para conseguir este objetivo también debe abordarse la estigmatización y la discriminación de los trabajadores de salud, incluidos los infectados por el VIH, las hepatitis víricas o las ITS.

3.2.2 Intervenciones comunes para mejorar la integración y la vinculación con otras áreas de la salud

Medida 9: Enfermedades transmisibles y no transmisibles. Reforzar la integración y la vinculación entre los servicios contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

³⁰ Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros sanitarios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_es.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles que contraen las personas con VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual deben abordarse de forma coordinada y centrada en las personas. En función del contexto del sistema de salud y de las necesidades de los grupos de población afectados, los servicios se pueden integrar o vincular para facilitar una atención integral. La gestión integrada del VIH, las hepatitis víricas y las ITS debe incluir el diagnóstico precoz y el tratamiento de las coinfecciones de acuerdo con las directrices. Además de la tuberculosis (*véase la medida 10*), las personas infectadas por el VIH deben someterse a pruebas de detección de hepatitis víricas, ITS y otras comorbilidades como la meningitis criptocócica y las infecciones bacterianas graves, para recibir tratamiento si corresponde. Las personas que soliciten servicios relacionados con las ITS deberán hacerse pruebas de detección del VIH. También debe ofrecerse información a quienes puedan beneficiarse de profilaxis preventiva contra el VIH y circuncisión masculina voluntaria, con las derivaciones oportunas. Debe promoverse la vacunación contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano entre las personas coinfectadas por el VIH o las infecciones de transmisión sexual. En función de la dinámica epidemiológica, a la hora de prestar servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS puede ser preciso tener en cuenta otras enfermedades infecciosas, como la COVID-19 y el paludismo. También es necesario reforzar la vinculación con los servicios existentes contra enfermedades no transmisibles. Por ejemplo, las hepatitis víricas provocan muchos casos de cáncer de hígado y hepatopatía crónica, por lo que sería recomendable coordinar e integrar mejor los programas contra las hepatitis víricas y los programas oncológicos, además de reforzar la vigilancia. Los casos de cáncer cervicouterino asociados con la infección por el virus del papiloma humano están aumentando entre las mujeres infectadas por el VIH y requieren una atención específica, sobre todo teniendo en cuenta la disponibilidad de vacunas eficaces contra el virus del papiloma humano y las estrategias de detección y tratamiento para prevenir el cáncer cervicouterino. También es necesario hacer un seguimiento de las personas con VIH y hepatitis víricas por si durante el curso de su vida contraen otras enfermedades no transmisibles, como cardiopatías, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, hipertensión y otras afecciones. Se necesitan datos y pruebas fiables para orientar la toma de decisiones sobre la forma en la que los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS abordan las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Es importante establecer una vinculación con los servicios de atención primaria para atender las diferentes necesidades de salud mediante un enfoque integral centrado en las personas que tenga en cuenta el género y las características culturales.

Medida 10: Tuberculosis. Reducir la morbimortalidad asociada a la tuberculosis mediante la prevención, el diagnóstico oportuno y el tratamiento contra la tuberculosis de las personas infectadas por el VIH y las hepatitis víricas. La tuberculosis constituye la principal causa de muerte entre las personas infectadas por el VIH. Es fundamental diagnosticar y tratar oportunamente la tuberculosis, especialmente en el caso de los niños. También hay que ofrecer profilaxis antituberculosa a las personas con mayor riesgo de padecer la enfermedad. Además, el VIH y la tuberculosis suelen estar más presentes en las comunidades donde la hepatitis B es endémica, y las coinfecciones por VIH y tuberculosis se producen entre las personas con mayor riesgo de contraer el virus de la hepatitis C, especialmente los usuarios de drogas inyectables. Las poblaciones con mayor riesgo de infección por el virus de la hepatitis C, como los reclusos y los usuarios de drogas inyectables, también corren el riesgo de infectarse de tuberculosis, incluida la tuberculosis multirresistente. Esto puede suponer

un reto especial para la atención clínica y justifica una vigilancia adicional. La atención conjunta de la hepatitis C y la tuberculosis debe tener en cuenta los efectos secundarios e interacciones farmacológicas de los medicamentos utilizados contra las distintas enfermedades. El tratamiento contra la tuberculosis suele agravar la hepatopatía subyacente de las personas con hepatitis B crónica. Sigue siendo prioritario compartir la responsabilidad entre los gobiernos, las comunidades y los asociados, a fin de planificar conjuntamente y prestar servicios integrados contra el VIH, las hepatitis víricas y la tuberculosis, especialmente en los países con tasas elevadas de dichas enfermedades.

Medida 11: Salud sexual y reproductiva. Reforzar los vínculos programáticos y los servicios integrados para que las personas que utilizan los servicios relacionados con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual puedan acceder fácilmente a los servicios de salud sexual y reproductiva basados en los derechos humanos en consonancia con el contexto y la legislación nacional. Las medidas prioritarias relacionadas con la prestación de servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS como parte de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva requieren: establecer vínculos programáticos; prestar servicios integrados cuando resulte beneficioso; aprovechar los avances tecnológicos en materia de salud digital y las intervenciones de autogestión de la salud para ayudar a las poblaciones desatendidas a ejercer su derecho a la salud; fortalecer las alianzas multisectoriales para avanzar en pro de la atención universal de salud, y realizar investigaciones interdisciplinarias sobre la aplicación para ampliar los modelos de prestación de servicios basados en pruebas científicas para el VIH, las hepatitis víricas, las ITS y otros servicios de salud sexual y reproductiva en los países.

Medida 12: Salud mental. Velar por que se cubran las necesidades de salud mental de las personas afectadas por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual estableciendo vínculos adecuados con los servicios de salud mental, neurológicos y de tratamiento de la drogodependencia. La relación entre la salud mental y el VIH, las hepatitis víricas y las ITS es bidireccional. Muchos grupos de población gravemente afectados por el VIH, las hepatitis víricas y las ITS presentan también una elevada carga de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, como depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, alcoholismo y drogodependencia; las enfermedades mentales pueden redundar en peores resultados de salud. Por eso es necesario establecer vínculos entre la detección y la atención integrada de los trastornos de salud mental y los servicios de prevención y tratamiento contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Cuando sea necesario, el sistema de atención primaria de salud funcionará como mecanismo de enlace.

Medida 13: Discapacidad. Promover la inclusión de las personas con discapacidad en los programas y garantizar que los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual sean accesibles para las personas con discapacidad. Las complicaciones y secuelas del VIH, las hepatitis víricas y las ITS pueden asociarse a niveles elevados de discapacidad. Además, las personas con discapacidad pueden ser más vulnerables a las infecciones por VIH, hepatitis víricas o ITS por obstáculos físicos, falta de información o por las normas y actitudes sociales. La integración y participación de las personas con discapacidad en la planificación y la toma de decisiones deviene fundamental

para garantizar que los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual cubran sus necesidades.

Medida 14: Violencia de género. Prevenir y responder a la violencia de género, incluida la violencia sexual. Para ello hay que instaurar políticas para orientar la prevención y las respuestas a la violencia; prestar servicios de salud integrales a las víctimas; prevenir la violencia, y recabar pruebas y datos, especialmente mediante sistemas de información sanitaria. Estos cuatro pilares de acción se especifican en el plan de acción mundial de la OMS para fortalecer los sistemas de salud en su respuesta contra la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, que ha sido refrendado mediante resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y reconoce el papel fundamental del sector de la salud en la lucha contra la violencia de género.^{31,32} La prestación de servicios de salud integrales a las víctimas debe ceñirse a las directrices y herramientas de la OMS para las respuestas clínicas y políticas a la violencia de género.³³ La causa fundamental de la violencia de género radica en la desigualdad de género. Por ende, prevenir y responder a la violencia requiere intervenciones basadas en datos científicos que promuevan la igualdad de género. La aplicación de estas intervenciones con base empírica debería estar orientada por el conjunto de instrumentos de la OMS y ONU-Mujeres, *RESPECTO a las mujeres - Prevención de la violencia para las mujeres*, dirigido a los responsables de formular políticas y aprobado por 12 organismos bilaterales y multilaterales y de las Naciones Unidas.³⁴ Las adolescentes y las mujeres jóvenes sufren daños en particular relacionados con la violencia, y se ha demostrado que las mujeres con VIH, las trabajadoras sexuales y los transexuales también corren un mayor riesgo de sufrir violencia, así como falta de respeto y malos tratos por parte del sector de la salud. La OMS hace un llamamiento al establecimiento de políticas y de medidas de rendición de cuentas para prevenir la falta de respeto y los malos tratos hacia las pacientes/clientes.³⁵ Los trabajadores de la salud, en particular las mujeres, que constituyen la mayoría de los trabajadores de primera línea, también sufren violencia y acoso en el lugar de trabajo. La OMS ha publicado orientaciones para la seguridad ocupacional de los trabajadores de la salud en las que se aborda la prevención y el acoso sexual al que se enfrentan las trabajadoras de la salud.³⁶

³¹ Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Resolución WHA 69.5 (2016). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/253191>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

³² Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general. Resolución WHA 67.15 (2014). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170751/A67_R15-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consultado el 31 de diciembre de 2021.

³³ Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud, edición revisada, OMS, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349539>).

³⁴ OMS. RESPECTO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres. OMS, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337198/>).

³⁵ Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS. OMS 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>).

³⁶ OIT y OMS. Caring for those who care – guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers. OIT y OMS, 2022; https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_837585.pdf

Medida 15: Igualdad de género. Promover la igualdad de género incorporándola en todas las medidas y prestándole atención específica. Hay que adoptar enfoques específicos que atiendan las necesidades de las mujeres, más allá de los riesgos de transmisión vertical (de madre a hijo). Además de cubrir las necesidades prácticas inmediatas de las mujeres teniendo en cuenta las cuestiones de género, se requieren estrategias para afrontar las desigualdades de género que se traducen en riesgo de infección, como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y la falta de autonomía en la toma de decisiones sexuales y reproductivas. Para ello también hay que contar con la participación de las parejas masculinas y con la aplicación de estrategias para promover las relaciones de igualdad de género y combatir el estigma y la discriminación que sufren las personas afectadas por el VIH, las hepatitis víricas o las ITS, en especial las poblaciones clave. A fin de abordar los riesgos específicos de las trabajadoras de salud, es preciso impulsar su capacidad de liderazgo y de toma de decisiones en el sistema de salud. La carga de cuidados no remunerados en la comunidad, que recae principalmente en las mujeres, merece reconocimiento y apoyo formal.

3.3 Orientación estratégica 2: Optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto

Esta sección describe una serie de enfoques comunes para reforzar la prestación de servicios de salud y optimizar otras funciones del sistema de salud en colaboración con los asociados, en el marco de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud. Las medidas de esta sección deben aplicarse teniendo en cuenta también las medidas específicas para cada enfermedad que se describen dentro de la orientación estratégica 2 en el capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual).

3.3.1 Cobertura sanitaria universal y atención primaria de salud

Medida 16: Cobertura sanitaria universal. Aprovechar estratégicamente los sistemas de salud para ofrecer servicios esenciales relacionados con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual como parte de la cobertura sanitaria universal, mediante la alineación de las medidas específicas contra las enfermedades y las medidas del sistema de salud en todas las políticas, programas y servicios. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas. Para poner fin a las epidemias, es necesario incorporar servicios esenciales contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS en los conjuntos de prestaciones nacionales prioritarias en materia de salud y dotarlos de la financiación adecuada. Coordinar las medidas para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal pasa por armonizar las políticas y la planificación; coordinar las funciones de aportación, como la financiación sanitaria, los datos, los productos básicos y el personal; llevar a cabo intervenciones comunes mediante enfoques integrados; empoderar a las comunidades, y abordar los determinantes sociales comunes de la salud.

Medida 17: Atención primaria de salud. Promover la integración de los servicios relacionados con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, así como sus principales coinfecciones y comorbilidades, en las plataformas de atención primaria de salud, siempre que sea factible y adecuado, incluso mediante la prestación de servicios descentralizados y comunitarios, y contribuir al fortalecimiento conjunto de estas

plataformas para lograr un progreso sostenible hacia la cobertura sanitaria universal. La atención primaria abarca la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos necesarios a lo largo de la vida que se prestan lo más cerca posible del entorno cotidiano de las personas. Constituye la base de la cobertura sanitaria universal y resulta esencial para impulsar la equidad en la salud. La atención primaria puede aportar la plataforma para abordar la multimorbilidad siempre que sea viable y adecuado, además de empoderar a las personas, las familias y las comunidades para optimizar su salud. Para integrar adecuadamente los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual en la atención primaria se requieren inversiones para reforzar la infraestructura de la atención primaria y el personal de salud. La atención primaria de salud también reconoce que tanto la salud como el bienestar de las personas y las poblaciones son fruto de la interacción de factores sociales, económicos, ambientales y comerciales. Por tanto, el sector de la salud debe colaborar estrechamente con otros sectores para abordar sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud mediante políticas y acciones multisectoriales con base empírica. También deben afrontarse los retos relacionados con el propio sector, como la «ecologización» del sistema de salud para aumentar el uso de energías renovables y reducir las emisiones de carbono.

3.3.2 Modelos de prestación de servicios comunes

Medida 18: Prestación de servicios diferenciados. Identificar y optimizar las oportunidades de utilizar modelos de prestación de servicios diferenciados contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, que deben guiarse por la información estratégica para comprender las necesidades y preferencias diversas de los grupos beneficiarios en diversos entornos, a fin de ampliar el acceso a los servicios integrales centrados en las personas. Al adaptar la prestación de servicios a las necesidades y preferencias diversas de las comunidades afectadas, los enfoques diferenciados pueden mejorar la adopción de los servicios, aumentar su calidad y optimizar el uso de los recursos del sistema de salud. La prestación de servicios diferenciados se ha utilizado con mayor frecuencia para administrar el tratamiento antirretrovírico contra el VIH, mediante enfoques como el reparto de tareas, la modificación del horario de prestación de servicios, la adaptación de la frecuencia de las visitas clínicas y la reposición de medicamentos. Durante la pandemia de COVID-19, muchos países aceleraron todavía más la aplicación de modelos diferenciados para garantizar la continuidad en la prestación de servicios esenciales ante las medidas de confinamiento, los requisitos de distanciamiento físico y las interrupciones de suministros. Ampliar el uso de dichos enfoques puede conllevar oportunidades a largo plazo para acercar a las personas a los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS de una forma integrada. Es preciso dotar a los proveedores de atención de salud de las capacidades necesarias para prestar servicios diferenciados, aprovechando los medios tecnológicos y comunitarios y garantizando que la prestación de servicios de calidad centrados en las personas no conlleve estigma ni discriminación.

Medida 19: Descentralización. Identificar y optimizar las oportunidades de descentralizar los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, diversificando su prestación para incluir los niveles administrativos más bajos y el personal no especializado y simplificando los protocolos si es preciso, a fin de ampliar el acceso a los

servicios integrales centrados en las personas. Junto con la prestación de servicios diferenciados, la descentralización permite ampliar los servicios más allá de los establecimientos terciarios o especializados, mediante el reparto de tareas con el personal no especializado, los servicios comunitarios, la telemedicina y otros enfoques para ampliar el alcance geográfico. La descentralización también puede implicar una colaboración más activa con el sector privado de atención de salud. Los países deben evaluar en qué partes de la respuesta puede o debe aplicarse un enfoque centralizado o descentralizado, para impulsar la atención primaria de salud y alcanzar los objetivos de cobertura sanitaria universal. Los servicios de laboratorio pueden optimizarse para identificar las oportunidades de ampliar la zona de influencia de los laboratorios especializados o terciarios a través de establecimientos de salud no especializados y de plataformas de atención primaria para ampliar la cobertura geográfica. A la hora de decidir si hay que descentralizar la prestación de servicios es preciso tener en cuenta los contextos locales, las políticas y la legislación. Las decisiones deberán ir acompañadas de inversiones para reforzar las infraestructuras en el ámbito de la atención primaria, además de proporcionar el apoyo adecuado y capacitar al personal de salud y a los agentes de salud comunitarios formales o informales que prestan dicha atención, a fin de mantener la calidad de los servicios y la confianza de los usuarios.

Medida 20: Entornos especiales. Brindar un acceso equitativo a los servicios en los entornos especiales, como las cárceles y otros entornos de reclusión o las zonas con problemas humanitarios. En algunos entornos específicos, como las cárceles y otros entornos de reclusión o las zonas con problemas humanitarios, el acceso a los servicios básicos de salud dista mucho de ser fácil. Las poblaciones itinerantes y desplazadas, al estar lejos de sus comunidades, pueden tener un acceso inadecuado a los servicios locales, porque carecen de la documentación necesaria, no dominan el idioma o no pueden costearlos. La vulnerabilidad puede ser todavía mayor durante las emergencias y las crisis humanitarias, cuando se interrumpe la prestación de servicios de salud. También pueden producirse brotes del virus de la hepatitis A y de la hepatitis E en lugares con malas condiciones sanitarias e higiénicas. Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)³⁷ exigen que los estándares de atención de salud en las cárceles y otros entornos de reclusión, como los centros de detención, sean equivalentes a los disponibles en la comunidad, y que se garantice la continuidad de los servicios cuando las personas se desplacen dentro de estos entornos, entre ellos y en la comunidad en general.

Medida 21: Innovaciones digitales. Aprovechar el potencial cada vez mayor de las tecnologías digitales para mejorar la cobertura y la calidad de las intervenciones en materia de salud. Las tecnologías de salud digital pueden facilitar una comunicación más directa con los clientes. Por ejemplo, con los jóvenes o con las personas menos dispuestas a solicitar atención en persona por temor a la estigmatización y la discriminación. Los métodos de escucha social (como la cartografía virtual y las encuestas en línea) permiten entender mejor las necesidades y preferencias de las poblaciones destinatarias. Las tecnologías de salud digital pueden aumentar la autonomía y la representación de los pacientes, con dispositivos

³⁷ Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Las Reglas Nelson Mandela). Viena, UNODC, 2015 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Brochure_on_the_The_UN_Standard_Minimum_the_Nelson_Mandela_Rules-S.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

portátiles y aplicaciones móviles para el seguimiento personal de la salud. Las herramientas digitalizadas de apoyo al personal de salud pueden mejorar la calidad de la gestión y el seguimiento de los pacientes, mientras que los sistemas de información de salud electrónicos redundan en una mejor calidad de los datos. Las intervenciones en materia de salud digital deben diseñarse y aplicarse en el marco de la arquitectura de salud digital más amplia del sistema nacional de salud. Para aplicarlas hay que tener muy en cuenta los riesgos y obstáculos que comporta el uso de dichas herramientas, como los que conciernen a la confidencialidad y la privacidad. El uso de las tecnologías digitales no debe sustituir a los servicios presenciales ni crear desigualdades para quienes no tengan acceso a ellas.

3.3.3 Gobernanza

Medida 22: Gobernanza eficaz e inclusiva. Reforzar las estructuras nacionales de gobernanza y los planes estratégicos que incluyan una estimación de costos para orientar las respuestas nacionales frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, fomentando la participación significativa de las comunidades y la creación de sinergias con las estructuras y planes de gobernanza más amplios en materia de salud, en consonancia con los principios y normas internacionales de derechos humanos. Las estructuras nacionales de gobernanza en materia de salud deben abordar de forma integral los problemas específicos de las enfermedades e implicar de forma significativa a las comunidades afectadas por el VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Del mismo modo, las estructuras de gobernanza específicas de cada enfermedad, de haberlas, deben estar debidamente armonizadas y vinculadas con las estructuras y planes nacionales más amplios en materia de salud y desarrollo. Una gobernanza eficaz es inclusiva y participativa, promueve el liderazgo representativo en el sistema de salud e incluye a las mujeres y a las personas de las comunidades afectadas, además de fomentar la colaboración entre los sectores y las partes interesadas, incluidos los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y las comunidades, en un enfoque que abarca la totalidad del gobierno y la totalidad de la sociedad.

3.3.4 Financiación

Medida 23: Financiación. Canalizar la financiación de las respuestas contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual a través de los sistemas nacionales de financiación de la salud, para evitar la fragmentación de la financiación; maximizar el uso eficaz de los recursos, y minimizar los gastos sanitarios catastróficos generales de los hogares. Para seguir avanzando en las tres áreas es necesario instaurar cambios estratégicos en los sistemas de financiación de la salud para conseguir tres objetivos clave: recaudar fondos suficientes a través de las fuentes nacionales y complementarlos con fuentes externas; establecer mecanismos equitativos para recabar dichos fondos que garanticen la protección contra los riesgos financieros; optimizar el uso de los recursos mediante la integración de los servicios, la reducción de los costos y de los flujos de financiación fragmentados y la mejora de la eficiencia, y acometer estrategias de reducción de precios. Es importante garantizar que los servicios relacionados con el VIH, las hepatitis víricas y las ITS formen parte de los conjuntos de prestaciones esenciales en materia de salud, además de documentar y subsanar las carencias de financiación de los servicios e intervenciones esenciales. La asignación de recursos debe adecuarse a la prestación de servicios y a las

necesidades sanitarias, especialmente las de las poblaciones clave y los grupos de riesgo tanto a escala nacional como en entornos específicos. Es preciso brindar apoyo a los países para aumentar la financiación nacional destinada a la prevención, sobre todo para que las intervenciones lleguen a las personas en mayor riesgo o más afectadas por el VIH, las hepatitis víricas y las ITS. El sector privado, en tanto que proveedor de servicios de salud, debe participar mediante mecanismos de compra estratégica. En la financiación del sector de la salud también deben tenerse en cuenta las necesidades cada vez mayores de infraestructuras de tecnología de la información para mejorar las funciones del sistema de salud.

3.3.5 Productos básicos de salud

Medida 24: Productos básicos de salud. Garantizar un acceso equitativo y fiable a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios de calidad y asequibles para el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, acelerar el desarrollo, la garantía de calidad y el registro de dichos productos en los países; reducir los precios; reforzar la capacidad local de desarrollo, fabricación y distribución, y armonizar estas iniciativas con los planes y presupuestos más amplios para los productos básicos de salud. Para que estas epidemias dejen de ser una amenaza para la salud pública, garantizar un suministro seguro a largo plazo de productos básicos accesibles, asequibles y aceptables reviste una importancia capital. Es preciso apoyar la investigación y el desarrollo de tecnologías y productos orientados a cubrir las necesidades de salud pública. Hay que reforzar la capacidad de reglamentación nacional para garantizar el registro oportuno de los nuevos productos y asegurar la seguridad, la calidad y la eficacia de todos los productos sanitarios del mercado. Las estrategias de reducción de precios (como el fomento de la competencia en el ámbito de los genéricos mediante el otorgamiento voluntario de licencias con arreglo a términos y condiciones con una orientación de salud pública) constituyen un mecanismo fundamental para mejorar y acelerar el acceso a los tratamientos actuales contra el VIH y las hepatitis víricas. Dichas estrategias también pueden usarse para: ampliar el acceso a nuevos productos en los países de ingresos bajos y medianos; promover la transferencia voluntaria de tecnología en condiciones convenidas mutuamente y afrontar los obstáculos relacionados con la propiedad intelectual aprovechando la flexibilidad de algunos aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio; fomentar la fijación de precios diferenciales; negociar los precios directamente con los fabricantes y compartir precios de productos, todo lo cual puede mejorar la disponibilidad y acceso de dichos productos. Hay que reforzar los sistemas de información sobre la gestión logística para garantizar que la toma de decisiones y la rendición de cuentas se basen en datos oportunos y precisos sobre las necesidades y el consumo de productos básicos, y velar por que las compras y la eliminación de residuos sean ecológicas.

3.3.6 Personal de salud

Medida 25: Fortalecimiento del personal de salud. Abordar las necesidades inmediatas y futuras del personal de salud en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual y establecer sinergias para reforzar el personal de salud en general. La lucha para acabar con las epidemias de sida, hepatitis víricas e ITS de aquí a 2030 impondrá nuevas exigencias sobre los trabajadores de salud, a menudo muy sobrecargados. El personal de salud cada vez trabaja más en varios ámbitos de la salud y con diferentes grupos de

clientes. Las necesidades específicas de cada enfermedad deben cuantificarse y tenerse en cuenta en la toma de decisiones más amplia sobre la dotación de personal de los establecimientos de salud. Los planes nacionales integrales sobre personal de salud deben optimizar la utilización del personal existente, incluidos los agentes de salud comunitarios, e impulsar una atención basada en equipos multidisciplinarios en los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS de una forma continuada, con distintos perfiles de trabajadores que desempeñen funciones diferentes. La remuneración del personal de salud debe ajustarse a su nivel de formación, a las tareas que tengan encomendadas y a las condiciones generales del mercado laboral. Deben evitarse los incentivos financieros que generen desigualdades entre trabajadores de salud o que afectan negativamente a otras esferas de la prestación de servicios. Las competencias requeridas para las funciones específicas para tratar cada enfermedad deben incorporarse e integrarse a la capacitación previa al servicio de los profesionales de salud. Las políticas en materia de personal deben evitar las normas perjudiciales en cuestiones de género y abordar los requisitos de entrada, la capacitación, el despliegue y las estrategias de gestión.

Los sistemas de salud deben invertir en la capacitación, la formación continua y la supervisión de los trabajadores de salud, incluida la formación inicial y de posgrado de los trabajadores de los establecimientos de salud y los agentes de salud comunitarios de todos los niveles en relación con la salud sexual y las necesidades de las personas afectadas por el VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Hay que garantizar que el personal de los sistemas de salud esté protegido y disponga de todos los equipos y medios necesarios para aplicar las precauciones universales y promover la seguridad y el bienestar en el lugar de trabajo. En muchos entornos es preciso auspiciar estrategias para aumentar el personal de enfermería y de partería. Debe instarse a los jóvenes a cursar carreras en el ámbito de la atención de salud y el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual. El personal de salud debe participar en las iniciativas integrales para eliminar la estigmatización y la discriminación asociadas al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual en los entornos de atención de salud, tal como se describe en la medida 8.

3.3.7 Determinantes sociales y estructurales de la salud

Medida 26: Reforma de las leyes, los reglamentos y las políticas. Crear un entorno jurídico propicio mediante la revisión y la reforma, según proceda, de los marcos jurídicos y políticos restrictivos, con miras a facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud, especialmente en el caso de las poblaciones más afectadas y de los grupos en riesgo, y crear entornos institucionales y comunitarios (incluidos los de salud) que permitan el acceso seguro de las personas a los servicios. El sector de la salud tiene la obligación de promover un entorno seguro y no discriminatorio en la atención de salud, y un entorno propicio en otros sectores para reducir la vulnerabilidad de las personas y facilitar el acceso de toda la población a los servicios de salud. Se debe apoyar a los países para que revisen y reformen, según convenga, los marcos jurídicos y de políticas restrictivos, incluidas las leyes y prácticas discriminatorias que creen obstáculos o refuercen el estigma y la discriminación: por ejemplo, las leyes relativas a la no revelación de la condición de seropositivo y la exposición al VIH y su transmisión; las que imponen restricciones para viajar relacionadas con el VIH o pruebas de detección obligatorias, o las que criminalizan el consumo de drogas, el trabajo sexual y las

relaciones entre personas del mismo sexo, puesto que menoscaban la salud, la seguridad y el acceso a los servicios de las personas más vulnerables. También deben revisarse las leyes y políticas relacionadas con la edad de consentimiento para que los adolescentes y jóvenes puedan acudir a los servicios de detección, prevención y tratamiento del VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Es importante formular una legislación de apoyo que defienda la aplicación de intervenciones científicamente fundamentadas, promueva y proteja los derechos humanos y la igualdad de género y reduzca la estigmatización y la discriminación, además de facilitar la prestación de asistencia jurídica a las personas que la necesitan. Las medidas para mejorar la salud mediante un entorno jurídico propicio deben tener en cuenta el contexto, la legislación y las responsabilidades jurisdiccionales de cada país.

Medida 27: Alianzas multisectoriales para abordar la estigmatización, la discriminación y otros obstáculos sociales y estructurales. Forjar, catalizar y coordinar alianzas multisectoriales y comunitarias para derribar los obstáculos sociales y estructurales que dificultan las respuestas eficaces al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual. El estigma y la discriminación persistentes devienen obstáculos importantes a la hora de responder eficazmente al VIH, las hepatitis víricas y las ITS. Las personas infectadas por el VIH y las poblaciones más afectadas siguen teniendo que lidiar con la estigmatización, la discriminación y la criminalización, que agravan sus riesgos y vulneran sus derechos de acceso a los servicios que necesitan. En muchos entornos, las personas con hepatitis víricas se enfrentan a exclusión social, obstáculos en la atención de salud o discriminación en el lugar de trabajo. Las ITS siguen siendo motivo de vergüenza y permanecen ocultas. Muchos de estos obstáculos se ven influidos por las políticas y actividades en múltiples sectores, como la educación, la nutrición, la justicia, el empleo, la protección social, la vivienda y el medio ambiente. Una respuesta integral frente al VIH, las hepatitis víricas y las ITS pasa por la colaboración de todos los sectores para adoptar medidas positivas que impulsen la accesibilidad, la aceptabilidad, el uso y la calidad de las intervenciones para toda la población. También pasa por reforzar la colaboración con las entidades de las Naciones Unidas que cuentan con conocimientos técnicos especializados a escala regional y, sobre todo, a escala nacional, como ONUSIDA, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. La participación efectiva y el empoderamiento de las personas y las comunidades, especialmente las que representan a las poblaciones clave y otros beneficiarios, desempeñan un papel fundamental para derribar los obstáculos.

3.3.8 Seguridad sanitaria

Medida 28: Proteger a las personas durante las pandemias y otras emergencias sanitarias. Proteger los avances logrados en las respuestas frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual y garantizar la continuidad de los servicios de salud esenciales en el contexto de las pandemias y otras amenazas sanitarias emergentes, fomentando la resiliencia de los sistemas de salud y comunitarios. La pandemia de COVID-19 ha dificultado el acceso a los servicios contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS en todo el mundo, con la consiguiente amenaza de frenar o revertir los avances logrados en la respuesta a estas enfermedades. Por otro lado, la pandemia también ha demostrado la capacidad de adaptación y evolución de los sistemas de salud y los sistemas comunitarios para seguir

llegando a las personas necesitadas. Por ejemplo, las iniciativas lideradas por la comunidad propiciaron innovaciones gracias a las cuales pudieron mantenerse los servicios de salud esenciales para las poblaciones que más los necesitaban, pese a la difícil coyuntura de medidas de confinamiento e interrupciones de servicios y suministros. Las tecnologías digitales también permitieron prestar atención virtual a poblaciones remotas. Deben mantenerse estas innovaciones para garantizar la prestación continua de servicios esenciales durante las pandemias y amenazas sanitarias emergentes, con iniciativas conjuntas destinadas a aumentar la resiliencia del sistema de salud y el sistema comunitario, reforzar los vínculos con la atención primaria de salud, garantizar el acceso a los servicios de prevención y vacunación, y brindar protección social a las personas más vulnerables durante las pandemias y las emergencias sanitarias.

Medida 29: Gestión de futuros brotes de enfermedades. Aprovechar enseñanzas extraídas de la respuesta a la COVID-19 para prevenir y gestionar futuros brotes de enfermedades.

Durante la pandemia de COVID-19 se adoptaron enfoques innovadores para diferenciar, descentralizar y simplificar la prestación de servicios de salud esenciales en tiempos de crisis. Dichos métodos suponen una oportunidad histórica para reforzar las respuestas a las enfermedades infecciosas de una forma más amplia. A medida que los países se adentran en las últimas etapas de la eliminación del VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, es preciso aprovechar las lecciones extraídas de la respuesta a la COVID-19 para aumentar el grado de preparación y la agilidad de los sistemas de salud y de la comunidad a la hora de identificar y gestionar futuros brotes de VIH, hepatitis víricas e ITS, así como otras amenazas sanitarias emergentes.

3.4 Orientación estratégica 3: Generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción.

En esta sección se describen los enfoques comunes para reforzar los sistemas de información sanitaria con el fin de mejorar la disponibilidad, el uso y la rendición de cuentas de los datos. Las medidas de esta sección deben aplicarse teniendo en cuenta también las medidas específicas para cada enfermedad que se describen dentro de la orientación estratégica 3 en el capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual).

Medida 30: Disponibilidad, análisis y uso de los datos. Generar datos de alta calidad y analizarlos para orientar las actuaciones, incluso de manera descentralizada.

Obtener datos precisos, oportunos y detallados es fundamental para la planificación estratégica nacional, la asignación de recursos, la prestación de servicios de salud, la promoción y la rendición de cuentas. Es importante actuar conjuntamente para reforzar los sistemas de información estratégica, incluidas las estimaciones de la carga de morbilidad de la población y el desglose pertinente de los datos por sexo, edad y otras características relevantes de la población, a fin de orientar la aplicación de los programas y mejorar la calidad. También es importante invertir en mejorar la capacidad de recopilación, notificación, análisis y uso de los datos, incluidos los relativos a las comorbilidades. Los datos deben servir de base para la toma de decisiones y la mejora de los programas, incluso a nivel subnacional, con la ayuda de la capacidad analítica

adecuada a escala nacional, de distrito y de cada establecimiento de salud. La presentación de informes periódicos sobre la ejecución, la financiación, el rendimiento y el impacto de los programas, así como la transparencia de los datos, son importantes a efectos de rendición de cuentas.

Medida 31: Seguimiento de los datos centrado en la persona. Ampliar el seguimiento centrado en la persona para que los servicios sitúen a las personas en el centro de los sistemas de información sanitaria y aumenten el grado de detalle de los datos, que deben desglosarse por sexo, discapacidad, edad y otras características relevantes de la población y complementarse con la información del seguimiento en la comunidad. El seguimiento centrado en la persona brinda apoyo a las personas a medida que avanzan en el continuo de servicios. De esta forma se prestan servicios diferenciados que cubran las necesidades de las personas, aumentan la continuidad de la atención a largo plazo y mejoran los resultados de los programas. Un componente importante del sistema de información sanitaria puede radicar en el seguimiento de la comunidad: cuando las comunidades contribuyen directamente a recopilar, analizar y utilizar la información para supervisar y mejorar la calidad de los servicios, eliminar los cuellos de botella y exigir responsabilidades a los proveedores de servicios y a los responsables de la toma de decisiones, además de empoderar a las personas, las familias y las comunidades para mejorar su salud. Se debe capacitar a los profesionales de salud para analizar y utilizar estos datos con miras a mejorar la calidad de la prestación de servicios. Es fundamental aplicar rigurosamente las normas a la hora de recopilar y utilizar los datos centrados en la persona para salvaguardar la seguridad de los datos y la confidencialidad de las personas y las comunidades, amén de reforzar la interoperabilidad de los sistemas y garantizar que las actividades de recopilación de datos no resulten perjudiciales.

Medida 32: Sistemas de información sanitaria. Armonizar los sistemas de información relacionados con enfermedades o infecciones específicas con los sistemas de información sanitaria generales a fin de reforzar la cobertura sanitaria universal y facilitar la transición hacia sistemas de información digital que velen por la gobernanza, la seguridad y la interoperabilidad de los datos. Los enfoques armonizados para reforzar los sistemas de información (como las inversiones conjuntas en el fortalecimiento de los sistemas de seguimiento de los servicios ordinarios y del registro civil, la vigilancia integrada de las enfermedades, los métodos comunes para la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y las encuestas combinadas cuando sea pertinente) ofrecen una oportunidad para potenciar la alineación y la eficiencia, aumentar la calidad de los datos sobre todas las enfermedades y mejorar el seguimiento de los pacientes en todo el sistema de salud. Los datos comunitarios deben integrarse o vincularse con las plataformas de gestión de datos clínicos. A medida que aumenta el número de países que adoptan sistemas de información de salud electrónicos, es importante garantizar la confidencialidad y la seguridad de los datos en todos los sistemas, elaborar normas conjuntas y promover la interoperabilidad entre las plataformas de datos utilizadas en los diferentes programas y funciones conexas, como la gestión logística y los sistemas de laboratorio. También es fundamental consolidar las alianzas entre el sector público y privado para ampliar el acceso a los servicios a través del sector privado, garantizar la armonización de las normas de calidad de los servicios y promover el intercambio de datos de conformidad con las normas de seguridad y protección de datos.

3.5 Orientación estratégica 4: Implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas.

En esta sección se describen los enfoques comunes para implicar y empoderar a las comunidades, a la sociedad civil y a las poblaciones afectadas en la promoción, la prestación de servicios, la elaboración de políticas y las iniciativas para mejorar la prestación de servicios y derribar los obstáculos sociales y estructurales. Las medidas de esta sección deben aplicarse teniendo en cuenta también las medidas específicas para cada enfermedad que se describen dentro de la orientación estratégica 4 en el capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual).

Medida 33: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil. Implicar y apoyar a las comunidades y a la sociedad civil para aumentar su contribución fundamental a la promoción, la prestación de servicios, la elaboración de políticas, el seguimiento y la evaluación, así como a las iniciativas para derribar los obstáculos sociales y estructurales.

Las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil son un complemento esencial de los servicios de los establecimientos de salud y forman parte integral de una atención de salud eficaz, especialmente entre los grupos de población con problemas para acceder a los servicios o cuando los establecimientos de salud no son accesibles. La participación significativa de las comunidades y la sociedad civil en los procesos nacionales de planificación sanitaria y en la prestación de servicios acerca los servicios a quienes los necesitan; mejora el grado de aceptación, uso y continuidad del proceso asistencial; dota a las personas de mayor autonomía y posibilidades de autogestión de la salud y promueve la equidad. Las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil apuntalan las iniciativas de promoción, fortalecen el diseño y la ejecución de los programas, y promueven la rendición de cuentas, por ejemplo mediante el seguimiento en la comunidad. Para ser eficaces, las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil deben contar con una financiación previsible. Las demás partes interesadas deben reconocerlas como asociados clave en la lucha contra las epidemias de VIH, hepatitis víricas e ITS.

Medida 34: Agentes de salud comunitarios. Ofrecer reglamentación, capacitación, supervisión y apoyo a los proveedores de atención de salud en la comunidad.

Para subsanar las principales deficiencias en las respuestas frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual es necesario ampliar la capacidad de la comunidad para prestar servicios y productos básicos a los grupos de población a los que no se suele llegar de modo eficaz en los establecimientos de salud. Las necesidades del personal de salud de la comunidad en materia de reglamentación, capacitación y supervisión deben abordarse a la par que las del personal de salud formal. Es necesario reforzar los vínculos entre los servicios de salud de la comunidad y los servicios de salud formales. El personal de salud de la comunidad debe recibir una compensación adecuada por su trabajo. Como todos los trabajadores de la salud, deben tener acceso a equipos de protección y a protocolos de control de infecciones.

3.6 Orientación estratégica 5: Fomentar la innovación para lograr impacto.

En esta sección se describen los enfoques comunes para fomentar y difundir las innovaciones y acelerar su repercusión. Las medidas de esta sección deben aplicarse teniendo en cuenta también las medidas específicas para cada enfermedad que se describen dentro de la orientación estratégica 5 en el capítulo 4 (VIH), el capítulo 5 (hepatitis víricas) y el capítulo 6 (infecciones de transmisión sexual).

Medida 35: Alianzas para la innovación. Optimizar el potencial de innovación mediante el análisis del mercado y el fortalecimiento de las alianzas basadas en la investigación y el desarrollo, potenciando la colaboración con el sector privado y las comunidades. Para alcanzar las metas mundiales, los países no solo deben aprovechar los nuevos conocimientos, tecnologías y métodos de prestación de servicios, sino también utilizar las herramientas existentes de forma más eficaz y adaptarlas a los diferentes grupos de población, entornos y propósitos. La OMS y los países colaboran con numerosos asociados en materia de innovación para impulsar y catalizar las innovaciones en las respuestas frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, así como en el ámbito de la salud en general, con el fin de garantizar que los productos, herramientas y métodos innovadores que surgen en los países de ingresos altos puedan llegar a los países de ingresos bajos y medianos a precios asequibles y con una carga reducida para los sistemas de salud. Por ejemplo, el uso de tecnologías digitales en el ámbito de la salud abre nuevas vías para mejorar la calidad de los servicios, permitir la autogestión de la salud de los pacientes y mejorar el análisis y el uso de los datos. La participación de la comunidad en la investigación, impulsándola si procede, resulta importante para garantizar la pertinencia de las innovaciones propuestas y mejorar su futura adopción.

4. VIH

Este capítulo presenta la estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH. Se presentan los principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin al sida como amenaza para la salud pública de aquí a 2030 (recuadro 4.1), además de las metas, intervenciones e innovaciones prioritarias. La estrategia contra el VIH está en plena consonancia con la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026, la Estrategia Fin a la Tuberculosis (recuadro 4.2) y otras estrategias mundiales conexas. En 2026 se realizará un examen a mitad de periodo de las metas comunes para 2025, para facilitar la alineación futura con cualquier estrategia mundial contra el sida posterior. Las medidas que deben adoptar los países según este capítulo deben complementarse con las medidas comunes definidas en el capítulo 3.

Recuadro 4.1: Principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin al sida como amenaza para la salud pública de aquí a 2030:

- Renovar el enfoque en la prevención primaria.
- Abordar las principales causas de mortalidad relacionadas con el VIH, como la tuberculosis, la meningitis criptocócica y las infecciones bacterianas graves.
- Subsancar las deficiencias en el acceso a los servicios de niños y adolescentes.
- Garantizar que las personas infectadas por el VIH participen en todo momento en el tratamiento y en los servicios asistenciales, y cubrir sus necesidades de atención crónica para mejorar la calidad de vida de los pacientes más mayores.
- Derrocar los obstáculos a los que se enfrentan las poblaciones clave.
- Aplicar enfoques diferenciados en la prestación de servicios para cubrir las necesidades específicas de las poblaciones y los entornos.
- Aprovechar las innovaciones, como las nuevas pautas terapéuticas, los nuevos sistemas de prevención, las vacunas y las curas eficaces, investigando, entre otras cosas, las necesidades de los entornos con recursos limitados.

Recuadro 4.2: Respuesta conjunta a la tuberculosis y al VIH

La tuberculosis constituye la principal causa de muerte entre las personas infectadas por el VIH. Aunque el número de muertes ha disminuido entre 2010 y 2019, se calcula que menos de la mitad de las personas coinfectadas por VIH y tuberculosis en 2019 recibieron tratamiento contra el VIH o contra la tuberculosis.³⁸ La Estrategia Fin a la Tuberculosis,³⁹ de alcance mundial, da prioridad a las actividades de colaboración para atajar conjuntamente la tuberculosis y el VIH mediante la atención integrada centrada en las personas. Esto incluye el cribado sistemático para detectar cualquier síntoma de tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH, la profilaxis antituberculosa, las

³⁸ Informe mundial sobre la tuberculosis 2020. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340396>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

³⁹ Estrategia Fin de la Tuberculosis. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://www.who.int/tb/Spanish_EndTBStrategy.pdf), consultado el 31 de diciembre de 2021.

pruebas de detección del VIH en caso de presunción o diagnóstico de tuberculosis, el inicio oportuno del tratamiento antirretrovírico en las personas con tuberculosis, la quimioprofilaxis aprobada por la OMS y el tratamiento de la tuberculosis farmacosenible y resistente. Ambos programas pueden colaborar en aspectos como la planificación conjunta, la vigilancia y la financiación; adoptar enfoques comunes para abordar las desigualdades subyacentes al VIH y a la tuberculosis también es importante para prevenir y gestionar la tuberculosis asociada al VIH.

4.1 Metas relativas al VIH

El cuadro 4.1 presenta los indicadores del impacto y de la cobertura y las metas e hitos de las políticas en relación con el VIH.

Cuadro 4.1. Indicadores del impacto y la cobertura, metas e hitos relativos al VIH para 2030

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030
Impacto	Número de nuevas infecciones por el VIH al año	1,5 millones	370 000	335 000
	Nuevas infecciones por el VIH por cada 1000 habitantes no infectados al año (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.3.1)	0,19	0,05	0,025
	Número de niños de 0 a 14 años infectados por el VIH al año	150 000	20 000	15 000
	Número de personas que fallecen por causas relacionadas con el VIH al año ^b (en el caso del VIH, desglosando la meningitis criptocócica, la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves)	680 000	250 000	<240 000
	Número de personas infectadas por el VIH que fallecen por tuberculosis, hepatitis B y hepatitis C^c	210 000	110 000	55 000
	Número de países en los que se ha validado la eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH, la hepatitis B o la sífilis.	15	50	100
Cobertura	Porcentaje de personas infectadas por el VIH que conocen su estado serológico ^d	84%	95%	95%
	Porcentaje de personas que conocen su estado serológico y tienen acceso a tratamiento antirretrovírico ^d	87%	95%	95%

	Porcentaje de personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento y que han conseguido la supresión de la carga vírica ^d	90%	95%	95%
	Porcentaje de personas en riesgo de infección por el VIH que utilizan prevención de combinación con un conjunto de servicios definido	8%	95%	95%
	Uso de preservativo/lubricante en la última relación sexual con un cliente o una pareja no habitual		90%	90%
	Número de agujas o jeringas distribuidas por persona entre los usuarios de drogas inyectables (como parte de un programa integral de reducción de daños)	200	200	300
	Porcentaje de personas infectadas por el VIH que reciben profilaxis antituberculosa	50%	95%	95%
	Porcentaje de personas infectadas por el VIH y de personas en riesgo vinculadas a los servicios de salud integrados, incluidas las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis víricas		95%	95%
Hitos	Estigma y discriminación: porcentaje de personas infectadas por el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual y grupos prioritarios de población que sufren estigma y discriminación		Menos del 10%	Menos del 10%
	Leyes y políticas: porcentaje de países con leyes y políticas punitivas	La tasa varía según el grupo de población ^e	Menos del 10%	Menos del 10%
	Igualdad de género: prevalencia de violencia de pareja reciente (últimos 12 meses) entre mujeres y niñas de 15 a 49 años	13%	11%	Menos del 10%
	Integración: porcentaje de personas infectadas por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual vinculadas a otros servicios integrados de salud		95%	95%

Enfermedad en fase avanzada: porcentaje de personas que inician el tratamiento antirretrovírico con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm ³ (o fase III/IV) ^g	30%	20%	10%
Prestación de servicios diferenciados: porcentaje de países que han instaurado la reposición de medicamentos a los seis meses	19 países	50%	80%
Innovación: número de enfermedades adicionales (VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual) para las que hay vacuna o cura		1	2

^a Los datos más recientes son de finales de 2020. A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19 en los datos notificados de 2020, algunas metas utilizan datos de 2019. No se espera que la COVID-19 repercuta en las metas para 2025. Todos los datos se desglosarán por edad (incluida la de los adolescentes), sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad.

^b Se efectuará un desglose adicional de los datos de mortalidad para evaluar la necesidad urgente de abordar los factores impulsores y las causas de las defunciones. En el caso del VIH, se desglosará la meningitis criptocócica (a fin de reducir las muertes en un 50% de aquí a 2025 y un 90% de aquí a 2030) la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves.

^c Los datos se desglosarán y notificarán para cada causa, incluida la secuencia de las intervenciones y servicios necesarios para reducir la mortalidad, el cribado sistemático de los síntomas de tuberculosis, el diagnóstico rápido, la profilaxis antituberculosa, así como el tratamiento de la tuberculosis resistente.

^d Para todas las edades, sexos y poblaciones clave.

^e transmisión del VIH 61%, transexuales 24%, trabajadores sexuales 87%, usuarios o poseedores de drogas 83%, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo 36%.

^f Indicador 5.2.1 de los ODS: Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad (<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=5&Target=> consultado el 28.04.2022)

^g El objetivo es que todas las personas infectadas por el VIH reciban el resultado de la prueba de linfocitos CD4, y fijar una meta intermedia de por lo menos el 90% para 2025 y el 95% para 2030.

Las metas comunes para el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual se muestran **en negrita**.

4.2 Orientación estratégica 1: Prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas.

En esta sección se describen las medidas prioritarias específicas contra el VIH que deben adoptar los países en todas las etapas del proceso asistencial de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento frente al VIH. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes pertinentes descritas en la orientación estratégica 1 del capítulo 3, y su ejecución debe adaptarse a las necesidades de los grupos de población afectados y a los diferentes contextos epidemiológicos (recuadro 4.3).

Recuadro 4.3: grupos de población prioritarios para el VIH

Las personas infectadas por el VIH son fundamentales para la respuesta y deben formar parte de los grupos de población prioritarios de las respuestas de los países en todos los entornos. Algunos grupos se ven afectados de forma desproporcionada por las epidemias como resultado de factores biológicos, conductuales y estructurales que aumentan su riesgo y vulnerabilidad al VIH. En lo que concierne al VIH, los datos científicos indican que hay cinco

poblaciones clave que se ven afectadas de forma desproporcionada en comparación con la población general de todos los entornos: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas inyectables, los trabajadores sexuales, los transexuales y las personas en cárceles y otros lugares de reclusión. En 2020, las poblaciones clave y sus parejas sexuales supusieron el 65% de las personas que contrajeron la infección por el VIH en todo el mundo. Estas poblaciones supusieron el 93% de las nuevas infecciones fuera de África Subsahariana y el 39% en África Subsahariana. Por tanto, son poblaciones cruciales para la dinámica de transmisión del VIH y asociados esenciales para conseguir respuestas eficaces.

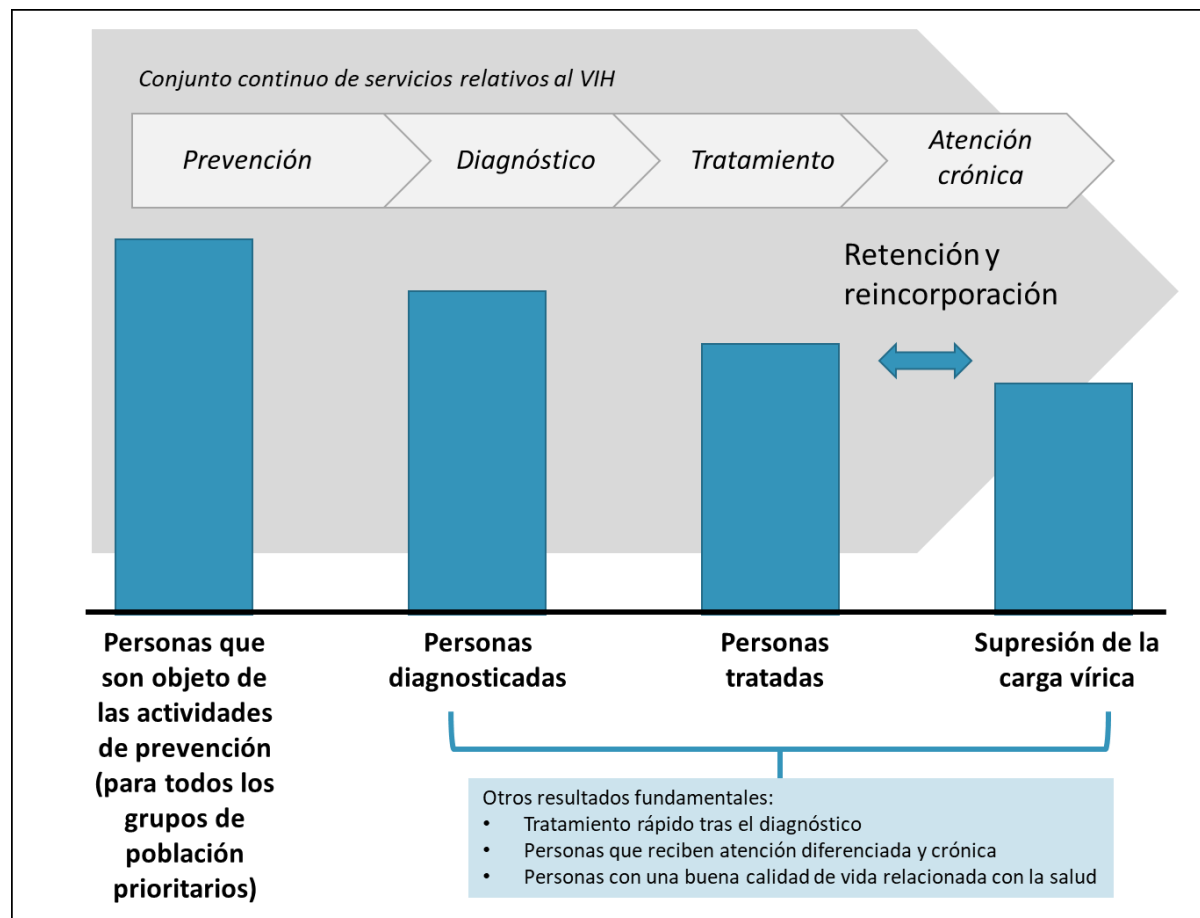
Las mujeres (incluidas las embarazadas, las lactantes y las adolescentes), los niños, los adolescentes y los jóvenes (incluidos los de las poblaciones clave) también son vulnerables a la infección por el VIH en determinados contextos. En algunos entornos, los hombres y los niños tienen menos probabilidades de utilizar los servicios de salud y peores resultados sanitarios. Otros grupos de población prioritarios pueden ser las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, los migrantes y las poblaciones itinerantes, así como las personas en zonas con problemas humanitarios o afectadas por conflictos y disturbios.

Además de estos grupos, también es importante centrar las actuaciones en las zonas geográficas donde la carga de VIH sea mayor o donde haya más deficiencias en los servicios. Por ejemplo, las adolescentes y las mujeres jóvenes de África Subsahariana están en una situación de mayor vulnerabilidad y deberían ser objeto de estrategias integradas que aborden el VIH, las infecciones de transmisión sexual y la salud sexual y reproductiva. También se requieren enfoques específicos para las poblaciones clave y marginadas a quienes sea difícil acceder, que oculten su condición o no la reconozcan (ante otros o ante sí mismos) o que no estén dispuestas a revelar su situación. En un momento en el que los países se enfrentan a problemas de acceso a los servicios provocados por las emergencias de salud pública como la COVID-19, las crisis relacionadas con el cambio climático y la inseguridad, es más importante que nunca contar con la participación activa de las poblaciones más afectadas y que corren mayor riesgo.

4.2.1 Intervenciones para prestar servicios contra el VIH

Medida 36: La continuidad asistencial frente al VIH. Organizar la prestación de servicios de salud de tal forma que cubra las necesidades de las personas en todas las etapas del proceso asistencial frente al VIH, con servicios integrales de prevención, acceso temprano y participación, continuidad en el tratamiento, reincorporación y supervisión de todas las etapas del proceso para mejorar los programas. El proceso asistencial continuo frente al VIH conforma un marco organizativo para ejecutar intervenciones esenciales que aborden de forma integral las necesidades de las personas en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención crónica frente al VIH. A medida que las personas avanzan en la secuencia de servicios, se producen mermas en cada paso. Los servicios de salud deben organizarse para conseguir la participación continuada de las personas en el proceso asistencial, si es preciso mediante puntos de acceso comunitarios, para optimizar los resultados de los pacientes y de la población, vinculando adecuadamente todos los servicios para garantizar la continuidad asistencial en todas las etapas de la vida. Debe supervisarse la continuidad de la atención para identificar las posibilidades de mejora de los programas (véase la figura 4.1).

Figura 4.1. Continuidad asistencial de los servicios contra el VIH



Medida 37: Conjuntos de intervenciones contra el VIH. Definir un conjunto básico de intervenciones con base empírica que sean relevantes para el contexto de cada país y se adapten a las necesidades de las diferentes poblaciones y entornos. Cada país debe definir un conjunto de intervenciones esenciales contra el VIH en el continuo de servicios, que se fundamente en datos, pruebas científicas, buenas prácticas y aportaciones de la comunidad y que tenga en cuenta la carga, la equidad, la eficacia, el costo, la aceptabilidad, la viabilidad y el impacto. El conjunto de intervenciones debe estar en consonancia con los conjuntos de prestaciones de la cobertura sanitaria universal y vinculado a la atención primaria de salud siempre que sea factible y pertinente.

Medida 38: Prevención del VIH. Determinar y aplicar la combinación óptima de intervenciones de prevención del VIH para poblaciones y lugares específicos. Las personas pueden requerir diferentes opciones de prevención del VIH en función de su edad, sexo y circunstancias; los riesgos y necesidades individuales pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona. Es preciso que los servicios y los enfoques de prestación de servicios ofrezcan varias opciones y alternativas para atender las necesidades y preferencias individuales, incluidos los métodos innovadores como el uso de tecnologías digitales. Los datos deben utilizarse para determinar la combinación óptima de intervenciones de prevención para diferentes poblaciones y lugares, con un seguimiento centrado en la persona que permita adaptar los servicios a las necesidades de las personas y las poblaciones. Deben plantearse

conjuntos de prevención integrales con intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales.

Medida 39: Antirretrovíricos para la prevención del VIH. Maximizar los beneficios de prevención de los antirretrovíricos ofreciendo tratamiento antirretrovírico a todas las personas infectadas por el VIH e instaurando o una combinación estratégica de profilaxis anterior a la exposición y profilaxis posterior a la exposición con otras intervenciones de prevención. Todas las personas infectadas por el VIH deben recibir tratamiento antirretrovírico, con arreglo a las pautas terapéuticas recomendadas por la OMS. También es preciso hacer un seguimiento de su carga vírica y mantenerlas en el proceso asistencial para reducir su carga vírica a niveles indetectables y prevenir la transmisión sexual posterior. La profilaxis anterior a la exposición (el uso de antirretrovíricos por parte de personas que no están infectadas por el VIH) debería ofrecerse como una opción de prevención adicional a quienes la soliciten y dispensarse a quienes corren un riesgo significativo de contraer el virus. Debe proporcionarse profilaxis posterior a la exposición a las personas que hayan tenido una exposición significativa al VIH y que no tomen profilaxis anterior a la exposición. Los anillos vaginales que liberan antirretrovíricos son una alternativa preventiva para las mujeres que no pueden o no quieren tomar profilaxis oral diaria. Aunque en 2022 solo había disponible un producto como anillo vaginal, se espera que se comercialicen otras formulaciones inyectables e implantables durante el periodo de ejecución de la estrategia 2022-2030.

Medida 40: Circuncisión médica masculina voluntaria. Maximizar los efectos preventivos frente al VIH de la circuncisión médica masculina voluntaria, como parte de los servicios integrales para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes y los hombres. La circuncisión médica masculina voluntaria debe promoverse en condiciones de seguridad como una opción preventiva adicional para los hombres adultos y los adolescentes a partir de los 15 años, puesto que reduce su riesgo de contraer la infección por el VIH en relaciones heterosexuales en entornos con epidemias generalizadas en África Oriental y Meridional.

Medida 41: Pruebas de detección del VIH centradas en las personas. Ampliar las pruebas de detección del VIH centradas en las personas, con servicios descentralizados y diferenciados que estén adecuadamente vinculados con el tratamiento y la asistencia. Las pruebas de detección del VIH son una ruta fundamental tanto para la prevención como para el tratamiento del VIH. La combinación óptima de métodos de detección del VIH (ya sea en establecimientos de salud, en la comunidad o con métodos de autodiagnóstico) depende de la dinámica de la epidemia, de las necesidades de la población y del sistema de salud local. La ampliación de la cobertura de las pruebas, incluidos los estudios de contactos, requiere una atención específica para garantizar la calidad de los diagnósticos y los servicios, con el fin de minimizar el riesgo de diagnósticos incorrectos del VIH. Los países deben asegurarse de que la edad de consentimiento de las pruebas de detección del VIH coincida con la edad de consentimiento para el tratamiento. La cobertura del diagnóstico de la infección por el VIH entre los bebés y los niños sigue siendo inadecuada; en el caso de los niños, la búsqueda dirigida de casos de VIH debería integrarse en el sistema de salud general para maximizar la eficacia.

Medida 42: Tratamiento del VIH. Iniciar rápidamente el tratamiento con las pautas terapéuticas recomendadas por la OMS a todas las personas infectadas por el VIH, a través

de modelos de prestación de servicios diferenciados que promuevan la atención centrada en las personas, el seguimiento y el apoyo para el cumplimiento terapéutico y la continuidad de los pacientes (o reincorporación, si es preciso) en el proceso asistencial. La iniciación rápida del tratamiento antirretrovírico (es decir, la que se produce en los siete días siguientes al diagnóstico) debería ofrecerse a todas las personas infectadas por el VIH, sin tener en cuenta las cifras de linfocitos CD4 ni el estadio clínico de la OMS. Es importante colaborar estrechamente con las comunidades y hacer un seguimiento de las personas que reciben tratamiento antirretrovírico, por ejemplo mediante el uso de pruebas de carga vírica en el lugar de consulta, para garantizar el éxito del tratamiento y para potenciar sus efectos preventivos. Debe ofrecerse apoyo personalizado a todas las personas que lo necesiten para mejorar el cumplimiento terapéutico y la continuidad de la atención, con intervenciones para localizar a las personas que han dejado de buscar atención de salud y brindarles apoyo para su reincorporación.

Medida 43: Farmacorresistencia del VIH. Prevenir, vigilar y responder a la farmacorresistencia del VIH con medidas coordinadas que favorezcan la investigación y el desarrollo continuos y la transición hacia tratamientos contra el VIH que ofrezcan una barrera alta de protección contra la resistencia, garantizando el suministro ininterrumpido de medicamentos y reforzando el seguimiento y la vigilancia. Todos los antirretrovíricos, especialmente las clases más recientes, corren el riesgo de volverse parcial o totalmente inactivos por la aparición de cepas farmacorresistentes del VIH. Entre las estrategias para prevenir y responder a la farmacorresistencia del VIH destacan las siguientes: favorecer la transición hacia las pautas terapéuticas de primera línea recomendadas por la OMS, como los inhibidores de la integrasa, con una mayor barrera de protección contra la resistencia; mejorar el acceso a las pruebas de carga vírica; hacer un seguimiento de la prestación de servicios, y garantizar el suministro ininterrumpido de medicamentos. Para conseguir datos de alta calidad sobre farmacorresistencia del VIH pueden usarse nuevas herramientas de vigilancia, ampliar la capacidad de los laboratorios en este sentido y fomentar la investigación e innovación de técnicas que tengan un mayor impacto en la salud pública para minimizar la farmacorresistencia del VIH.

Medida 44: Toxicidad de los antirretrovíricos. Vigilar la toxicidad de los antirretrovíricos y promover la seguridad de los pacientes. Los servicios relacionados con el VIH deben incluir una combinación de criterios para supervisar la toxicidad de los antirretrovíricos y promover la seguridad de los pacientes, por ejemplo la vigilancia de la seguridad de los antirretrovíricos durante el embarazo y el seguimiento activo y sistemático de la toxicidad en todas las poblaciones: adultos, adolescentes, mujeres embarazadas y niños.

Medida 45: Infección avanzada por el VIH. Atender a niños, adolescentes y adultos con infección avanzada por el VIH. Muchas personas seropositivas que acuden a consulta presentan un cuadro de infección avanzada por el VIH, que se asocia con un mayor riesgo de muerte, infecciones oportunistas y otras comorbilidades relacionadas o no relacionadas con el sida. El conjunto de medidas de atención de la infección avanzada por el VIH debe incluir la detección, el diagnóstico, el tratamiento o la profilaxis de la tuberculosis, pero también de otras causas importantes de morbilidad entre las personas infectadas por el VIH, como las infecciones bacterianas graves y otras enfermedades oportunistas, como la meningitis

criptocócica, la histoplasmosis, la toxoplasmosis y la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. El sarcoma de Kaposi es un tipo de cáncer relacionado con el VIH que también sigue desatendido, puesto que el acceso a opciones terapéuticas todavía es inadecuado. Es preciso evaluar a todas las personas que soliciten atención frente al VIH, tanto las que inician tratamiento como las que lo reinician tras una interrupción, para detectar si presentan infección avanzada y cubrir sus necesidades con intervenciones adecuadas. Se considera que todos los niños menores de cinco años presentan un cuadro avanzado, puesto que corren mayor riesgo de progresión de la enfermedad y de mortalidad.

Medida 46: Atención crónica y calidad de vida de las personas con infección por el VIH (complementa la medida común 9). **Abordar las necesidades de atención crónica y calidad de vida de los niños, adolescentes y adultos infectados por el VIH.** A largo plazo, la salud y el bienestar de personas infectadas por el VIH pueden verse mermados por problemas relacionados con la fisiopatología de la enfermedad, efectos secundarios del tratamiento, coinfecciones y comorbilidades no relacionadas con el VIH, interacciones farmacológicas (como en el caso de las personas infectadas por el VIH con epilepsia), trastornos de salud mental y envejecimiento. Todos estos aspectos requieren una atención y gestión integrales. Debe hacerse un seguimiento de la calidad de vida de los adultos y los niños infectados por el VIH. Las necesidades de los pacientes en materia de salud y bienestar deben abordarse de forma integral a lo largo de toda su vida. Los cuidados paliativos (cuyo objetivo es mitigar el dolor, el sufrimiento y los síntomas físicos relacionados con la infección por el VIH o con su tratamiento) constituyen un componente esencial de la atención clínica integral de las personas infectadas por el virus.

Medida 47: Eliminación de la transmisión vertical y prevención, tratamiento y atención frente al VIH en niños y adolescentes (complementa las medidas comunes 3 y 4). **Eliminar la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH, subsanar las deficiencias en el acceso a las pruebas de detección y el tratamiento del VIH de lactantes y niños, y brindarles apoyo para que lleguen a la adolescencia y la edad adulta con salud.** Para eliminar la transmisión vertical del VIH es necesario promover la integración de los programas de salud sexual y reproductiva para la prevención del VIH y la planificación familiar; garantizar la continuidad del tratamiento en todas las fases del proceso asistencial para prevenir la transmisión maternofilial y ofrecer tratamientos antirretrovíricos, y ofrecer un conjunto amplio de medidas de atención a los lactantes expuestos al VIH, con pruebas diagnósticas y profilaxis. También es fundamental subsanar las deficiencias en el tratamiento de los lactantes infectados por el VIH, para mejorar su acceso a las pruebas de detección, ofrecerles un tratamiento correcto, brindarles apoyo con el cumplimiento terapéutico y prestarles una atención a largo plazo adecuada cuando pasen a la adolescencia y la edad adulta. Los niños y los adolescentes también deben someterse a un examen para detectar comorbilidades y discapacidades crónicas (por ejemplo retrasos en el desarrollo y alteraciones neurocognitivas, trastornos de salud mental y enfermedades orgánicas) y recibir una atención adecuada para su desarrollo y crecimiento. También hay que tener en cuenta las necesidades específicas de los adolescentes infectados por el VIH, con servicios de salud adaptados a sus necesidades que los hagan partícipes de su propia atención y que estén vinculados con intervenciones psicosociales y grupos de ayuda. Es preciso derribar los obstáculos normativos relacionados con la edad de consentimiento para acceder a los servicios de detección y tratamiento.

4.2.2. Intervenciones en materia de VIH para mejorar la integración y la vinculación con otras áreas de la salud

Medida 48: Enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las personas infectadas por el VIH y con mayor riesgo de infección (complementa la medida común 9). Reforzar la vinculación e integración de los servicios de VIH con los servicios de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, adoptando una perspectiva holística que prime la calidad de vida en la atención. La gestión integrada del VIH y las hepatitis víricas debe incluir el diagnóstico precoz y el tratamiento tanto de la infección por VIH como de la infección por hepatitis víricas. Las personas infectadas por el VIH y con mayor riesgo de infección deben someterse a pruebas para detectar posibles infecciones de transmisión sexual. La infección por VIH también comporta más riesgo de contraer una serie de enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, trastornos neurocognitivos, neumopatía crónica, osteoporosis y varios tipos de cáncer. Los casos de cáncer cervicouterino asociados con la infección por el virus del papiloma humano están aumentando entre las mujeres infectadas por el VIH y requieren una atención específica, sobre todo teniendo en cuenta la disponibilidad de una vacuna eficaz y de estrategias de detección y tratamiento.

Medida 49: VIH y tuberculosis (complementa la medida común 10). Reducir la morbimortalidad asociada a la tuberculosis mediante el diagnóstico oportuno y el tratamiento de las personas con infección por el VIH y tuberculosis, así como los mecanismos de colaboración entre las respuestas a ambas. La tuberculosis constituye la principal causa de muerte entre las personas infectadas por el VIH. Entre las actividades de colaboración para atajar conjuntamente la tuberculosis y el VIH mediante la atención integrada centrada en las personas cabe destacar el cribado sistemático para detectar cualquier síntoma de tuberculosis entre las personas infectadas por el VIH, la profilaxis antituberculosa (especialmente con pautas breves), las pruebas de detección del VIH en caso de presunción o diagnóstico de tuberculosis, el inicio oportuno del tratamiento antirretrovírico y la quimioprofilaxis aprobada por la OMS en las personas con coinfección por tuberculosis, y el tratamiento de la tuberculosis farmacosensible y resistente en las personas infectadas por el VIH. Para que las intervenciones de colaboración sean efectivas es preciso armonizar la planificación, la vigilancia, el seguimiento y la financiación con otros ámbitos de los sistemas de salud y adoptar enfoques comunes para abordar las desigualdades subyacentes al VIH y a la tuberculosis

Medida 50: Rehabilitación para hacer frente a la discapacidad relacionada con el VIH (complementa la medida común 13). Prestar servicios de rehabilitación como parte de los servicios integrales frente al VIH, para hacer frente a las afectaciones de las personas infectadas por el virus. Las personas infectadas por el VIH pueden sufrir una serie de alteraciones que afectan sus actividades cotidianas, como dificultades de movilidad, cognición, visión, audición, comunicación y nutrición. A medida que envejecen, pueden sufrir enfermedades cardiovasculares prematuras, trastornos neurológicos, óseos y articulares. Como parte de los servicios integrales para cubrir las necesidades de salud de las personas infectadas por el VIH deben ofrecerse servicios de rehabilitación y cuidados paliativos, incluido el suministro de productos de apoyo para mejorar y mantener la capacidad funcional

de las personas. La rehabilitación debe integrarse en las orientaciones y los protocolos clínicos para la atención de la infección por el VIH centrada en las personas, a fin de detectar cuanto antes las necesidades de rehabilitación, derivar a los pacientes y ofrecerles las intervenciones necesarias con equipos multidisciplinarios.

4.3 Orientación estratégica 2: Optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto

En esta sección se describen las medidas prioritarias específicas contra el VIH para reforzar la prestación de servicios de salud y otras funciones del sistema de salud, incluida la colaboración multisectorial. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 2 en el capítulo 3.

Medida 51: Prestación de servicios diferenciados para el VIH (complementa la medida común 18). Identificar y optimizar las oportunidades de utilizar modelos de prestación de servicios diferenciados para el VIH. Todos los grupos de población que reciben tratamiento antirretrovírico con fines de tratamiento o de prevención deben tener a su disposición modelos de prestación de servicios diferenciados. Es preciso institucionalizar dichos servicios dentro de la infraestructura del sistema de salud, para que la prestación de servicios pueda mantenerse a largo plazo. Por ejemplo, pueden ofrecerse reposiciones de medicación de mayor duración y visitas clínicas menos frecuentes, o se puede iniciar y dispensar el tratamiento fuera del establecimiento de salud, con un seguimiento a cargo de proveedores no profesionales. En cuanto a las reposiciones, se pueden aprovechar los modelos de grupos y las instalaciones comunitarias. En muchos entornos, los niños, los adolescentes, las poblaciones clave y las mujeres embarazadas siguen accediendo al tratamiento a través de los modelos convencionales de prestación de servicios; hay que poner especial empeño en que dichos grupos tengan a su disposición servicios diferenciados. Estos modelos también pueden utilizarse para ampliar la aceptación y los resultados de las demás intervenciones contra el VIH. Es preciso dotar a los proveedores de atención de salud de las capacidades necesarias para prestar servicios diferenciados, de alta calidad y centrados en las personas.

Medida 52: Productos básicos de salud para el VIH (complementa la medida común 24). Garantizar un acceso equitativo y fiable a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios de calidad y asequibles para el VIH. Para ampliar rápidamente la cobertura de la detección, prevención y tratamiento del VIH hay que garantizar la disponibilidad y suministro de productos de prevención del VIH asequibles y de alta calidad (tales como preservativos masculinos y femeninos, lubricantes, dispositivos para la circuncisión médica masculina voluntaria, agujas y jeringas para la reducción de daños, etc.), pruebas de detección del VIH, medicamentos contra el VIH y otros productos sanitarios optimizados para la infección avanzada por el VIH. Es preciso eliminar cualquier obstáculo en la adquisición y aprovisionamiento de los tratamientos antirretrovíricos de primera línea recomendados por la OMS, a fin de garantizar que todas las personas tengan acceso a tratamientos antirretrovíricos eficaces, bien tolerados y asequibles. Todo el mundo debe tener acceso a los nuevos productos, como las pruebas rápidas en el lugar de consulta y las pruebas autoadministradas para detectar en VIH, así como los nuevos medicamentos antirretrovíricos. Sigue siendo difícil garantizar el acceso a los productos sanitarios de

determinados grupos de población, como las personas con infección avanzada por el VIH y las personas con comorbilidades. También hay que seguir trabajando para desarrollar y desplegar pautas asequibles y optimizadas para niños, así como medios de diagnóstico temprano para lactantes en el lugar de consulta.

4.4 Orientación estratégica 3: Generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción.

En esta sección se describen las medidas específicas contra el VIH para reforzar los sistemas de información sanitaria con el fin de mejorar la disponibilidad, el uso y la rendición de cuentas de los datos. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 3 en el capítulo 3.

Medida 53 Seguimiento de los datos centrado en la persona para el VIH (complementa las medidas comunes 30 y 31). Ampliar el seguimiento y la vigilancia de los casos de VIH centrados en la persona para que los servicios frente al VIH se centren en las personas. Los sistemas de información sobre el VIH deben facilitar un seguimiento centrado en la persona a través de sistemas de vigilancia sistemática, con identificadores únicos para hacer un seguimiento e informar sobre el acceso y los resultados de cada persona en todas las etapas del proceso asistencial de prevención, atención y tratamiento del VIH. Deben generarse datos detallados por ubicación (por ejemplo, por nivel administrativo subnacional), características de la población (como la edad, el sexo y la presencia de comorbilidades y coinfecciones) y grupo de población prioritario (como las poblaciones clave), con estimaciones del tamaño poblacional, para adaptar las medidas y movilizar y asignar los recursos con eficacia. Los datos centrados en la persona deben ser accesibles en el lugar de consulta para que los proveedores de atención de salud puedan tomar decisiones rápidamente en cada caso. La vigilancia de las infecciones recientes puede ser útil para reforzar la identificación temprana de los brotes en los programas y lograr y mantener el control de las epidemias.

Medida 54: Sistemas de información sanitaria sobre el VIH (complementa la medida común 32). Integrar los sistemas de información sanitaria sobre el VIH en los sistemas de información sanitaria generales. Los sistemas de información sobre el VIH deben estar alineados con otros sistemas de información sanitaria, como los de los establecimientos de salud y de la comunidad, para facilitar su integración con otros servicios como los destinados a la tuberculosis, las enfermedades no transmisibles y la atención primaria de salud en general. La gobernanza de los datos debe ser sólida para lograr la interoperabilidad entre los sistemas y garantizar la seguridad, la privacidad y la confidencialidad de los datos.

4.5 Orientación estratégica 4: Implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas

En esta sección se describen las medidas específicas contra el VIH para implicar a las comunidades, a la sociedad civil y a las poblaciones afectadas en la promoción, la prestación de servicios, la elaboración de políticas y las iniciativas para mejorar la prestación de servicios y derribar los obstáculos sociales y estructurales. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 4 en el capítulo 3.

Medida 55: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil en materia de VIH (complementa las medidas comunes 33 y 34). Implicar a las poblaciones clave, a las personas infectadas por el VIH (incluidas las mujeres) y a la sociedad civil y ayudarlas a que tomen la iniciativa para aumentar su función en la promoción, la prestación de servicios, la elaboración de políticas, el seguimiento y la evaluación, así como en las iniciativas para derribar los obstáculos sociales y estructurales, a fin de mejorar el alcance, la calidad y la eficacia de los servicios de salud. La implicación efectiva de la comunidad (incluidas las mujeres infectadas por el VIH, las cinco poblaciones clave para el VIH y las personas infectadas por el VIH) es esencial para prestar servicios eficaces contra el virus. Las intervenciones comunitarias específicas aceleran los esfuerzos para llegar a las personas no diagnosticadas y subsanar las carencias en el acceso a los servicios. Las comunidades verdaderamente empoderadas también son capaces de movilizarse y actuar colectivamente para derribar los obstáculos sociales y estructurales que condicionan los riesgos, las vulnerabilidades y el acceso a la salud de las comunidades. Los agentes comunitarios, como los compañeros y los proveedores no profesionales, desempeñan un papel importante en la respuesta al VIH, puesto que contribuyen a la difusión, la prevención y las pruebas de detección, dispensan medicamentos y brindan un apoyo más amplio para el cumplimiento terapéutico, además de ayudar a las personas a orientarse en el sistema de salud. Las organizaciones comunitarias también generan información estratégica que tal vez no esté disponible en los sistemas nacionales de información sobre el VIH y promueven y protegen los derechos humanos.

4.6 Orientación estratégica 5: Fomentar la innovación para lograr impacto.

En esta sección se describen los enfoques específicos contra el VIH para fomentar y difundir las innovaciones y acelerar su repercusión. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 5 en el capítulo 3.

Medida 56: Nuevas tecnologías de diagnóstico y detección del VIH. Seguir mejorando las tecnologías de diagnóstico y detección para diagnosticar el VIH más rápidamente y con más precisión y reforzar el seguimiento de los pacientes. Las pruebas autoadministradas y las pruebas rápidas son una forma aceptable de detectar el VIH, empoderan a muchas personas y mejoran la equidad en el acceso a las pruebas de detección del VIH. Para que las pruebas autoadministradas funcionen plenamente es necesario garantizar su calidad y vincularlas adecuadamente con las pruebas confirmatorias y los servicios generales contra el VIH. Expandir el uso de tecnologías simples, asequibles y fiables en el lugar de consulta y encontrar formas innovadoras de descentralizar todavía más las pruebas diagnósticas y el seguimiento puede ser decisivo para extender las pruebas de detección del VIH y el seguimiento de los pacientes a comunidades y zonas remotas. El establecimiento de plataformas integradas o polivalentes para el diagnóstico combinado del VIH y las comorbilidades, como la tuberculosis, las hepatitis víricas y la sífilis, aumentará la eficiencia de los servicios y mejorará la atención de los pacientes. Del mismo modo, debería fomentarse el uso de técnicas genómicas que ya se utilizan ampliamente para otros patógenos. Ya hay muchas iniciativas en marcha para promover la innovación en este campo, pero un mayor grado de colaboración e investigación, con el apoyo de la OMS y de los asociados, puede acelerar su aplicación y

garantizar que las innovaciones lleguen cuanto antes a los países y a nuevas poblaciones, como a los niños.

Medida 57: Nuevas opciones de prevención con antirretrovíricos. Ampliar las opciones eficaces de prevención del VIH y proporcionar antirretrovíricos a las personas afectadas y a los grupos de riesgo, reforzando la colaboración con las asociaciones de investigación y desarrollo, las comunidades y el sector privado. Ya hace muchos años que se conocen los beneficios de los tratamientos preventivos, pero hasta ahora las opciones controladas por las mujeres han sido escasas. En 2021 la OMS recomendó de manera condicional un anillo vaginal que libera un fármaco antirretrovírico, como alternativa preventiva dentro de un conjunto integral de servicios para las mujeres o adolescentes que no pueden o no quieren tomar profilaxis diaria previa a la exposición. Se está investigando la seguridad y posible utilización de algunos productos biológicos (anticuerpos ampliamente neutralizantes), de formulaciones orales e inyectables de acción prolongada e implantes subcutáneos y parches con micro agujas y, por último, de tecnologías de prevención polivalentes. La investigación debería abarcar todos los grupos de población (mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, niños, personas con coinfecciones, etc.) y evaluar los casos de uso de la profilaxis posnatal. En la profilaxis anterior a la exposición, los productos de acción prolongada pueden ser una alternativa para las personas que tienen problemas de cumplimiento terapéutico o no quieren tomar pautas orales; la investigación debe dilucidar los retos y oportunidades que supone utilizar las mismas nuevas tecnologías y clases de medicamentos con fines de tratamiento y con fines de prevención.

Medida 58: Uso optimizado de los antirretrovíricos. Apoyar la investigación sobre las dosis y formulaciones óptimas de los antirretrovíricos para minimizar su toxicidad e interacciones farmacológicas y reducir los costos. Si bien se ha progresado mucho en el desarrollo de formulaciones y pautas antirretrovíricas simples y eficaces de primera elección, hace falta innovar para elaborar pautas de segunda y tercera línea de dosis fijas simples y sólidas. La investigación sobre las dosis y formulaciones óptimas de los nuevos fármacos antirretrovíricos y no antirretrovíricos debe aportar información para diseñar pautas eficaces, disminuir la toxicidad y las interacciones farmacológicas y reducir los costos. Es necesario apoyar la investigación sobre las formulaciones óptimas para los niños, y desarrollar medicamentos y pautas más eficaces para la prevención y el tratamiento de las principales coinfecciones y comorbilidades. Las carteras de productos en fase de desarrollo para la prevención y para el tratamiento están convergiendo; es preciso analizar las implicaciones que esto tiene para las políticas y las investigaciones en este ámbito, puesto que se abren muchas posibilidades de aprovechar ambas cosas para evaluar la dosificación, la toxicidad, la seguridad, los resultados en niños y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el seguimiento de farmacorresistencia del VIH y la conformación del mercado.

Medida 59: Vacunas contra el VIH. Promover el programa de vacunas contra el VIH fomentando las inversiones y la visibilidad de las iniciativas encaminadas a conseguir una vacuna viable contra el VIH, reforzando la colaboración con las asociaciones de investigación y desarrollo, el sector privado y las comunidades. La investigación sobre posibles vacunas preventivas y terapéuticas contra el VIH y los esfuerzos por encontrar una

cura funcional para las personas infectadas por el virus continuarán siendo elementos clave de los programas de investigación en este ámbito. Además, habrá que tener en cuenta las lecciones aprendidas con la tecnología de ARN mensajero que se ha utilizado con éxito para las vacunas contra la COVID-19.

Medida 60: Curación del VIH. Fomentar las inversiones y la visibilidad de las iniciativas encaminadas a conseguir una cura viable del VIH, reforzando la colaboración con las asociaciones de investigación y desarrollo, las comunidades y el sector privado. Antes de la COVID-19, el consenso entre los científicos era que faltaban todavía muchas décadas para encontrar una cura efectiva para la infección por el VIH. Se creía que quedaba fuera del horizonte de la presente estrategia, fijado en el 2030. La aceleración en el desarrollo de productos básicos durante la pandemia de COVID-19 (como los anticuerpos ampliamente neutralizantes) ha llevado a los científicos a replantearse posibilidades a más corto plazo, especialmente en lo que concierne a conseguir la cura funcional o la remisión a largo plazo. Es fundamental reforzar la inversión y la visibilidad del programa de curación del VIH, además de garantizar que los ensayos clínicos sobre posibles pautas de curación incluyan desde el principio los entornos con recursos limitados.

5. Hepatitis víricas

Este capítulo presenta la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas. Si bien se reconoce la importancia de las hepatitis víricas A y E,^{40,41} que provocan hepatitis víricas agudas, la estrategia se centra en las infecciones crónicas por virus de las hepatitis B y C. Ambas infecciones, que pueden causar cirrosis y carcinoma hepatocelular, acumulan el 96% de la mortalidad de todas las hepatitis víricas. La coinfección o sobreinfección por hepatitis D acelera la progresión de la hepatopatía crónica, pero solo entre las personas con hepatitis B. En este capítulo se presentan los principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin a las amenazas para la salud pública que suponen las hepatitis víricas B y C de aquí a 2030 (recuadro 5.1), además de las metas, intervenciones e innovaciones prioritarias. Las medidas específicas contra las hepatitis que deben adoptar los países según este capítulo deben complementarse con las medidas comunes definidas en el capítulo 3.

Recuadro 5.1. Principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin a las amenazas para la salud pública que suponen las hepatitis víricas B y C de aquí a 2030:

- Promover una mayor sensibilización política y pública sobre la importancia de la prevención, las pruebas de detección y el tratamiento de las hepatitis víricas B y C.
- Asignar más recursos financieros a las hepatitis víricas B y C, que pueden provenir de fondos catalizadores externos o de financiación nacional, e incluir la prevención, las pruebas de detección y el tratamiento de las hepatitis víricas en los conjuntos de prestaciones nacionales esenciales en materia de salud.
- Ampliar el acceso universal a la dosis neonatal de vacuna contra la hepatitis B y mejorar los servicios de cribado de las mujeres embarazadas para prevenir la transmisión vertical (de madre a hijo) de la hepatitis B.
- Garantizar una inversión continuada en prevención primaria, que mejore la seguridad de las inyecciones, los procedimientos médicos y favorezca la prevención integral, la reducción de daños y otras medidas basadas en la evidencia entre los usuarios de drogas inyectables, así como la vacunación contra la hepatitis B de lactantes y los grupos de población con mayor riesgo.
- Aumentar sustancialmente el acceso a las pruebas de detección de la hepatitis B y la hepatitis C para llegar a las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B y la hepatitis C, de las cuales más del 80% y el 90%, respectivamente, siguen sin diagnosticar.
- Aumentar sustancialmente el acceso al tratamiento, aprovechando los servicios existentes en la comunidad y en los establecimientos de salud.

⁴⁰ WHO position paper on hepatitis A vaccines: June 2012 – recommendations. *Vaccine*. 2013;31:285-6.

⁴¹ The global prevalence of hepatitis E virus infection and susceptibility: a systematic review. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70513/WHO_IVB_10.14_eng.pdf?sequence=1), consultado el 31 de diciembre de 2021.

- Promover modelos de prestación de servicios simplificados para que las pruebas de detección y el tratamiento de las hepatitis B y C puedan descentralizarse y realizarse en establecimientos de salud de nivel inferior, como los de atención primaria; favorecer la integración con otros servicios, como los de reducción de daños y los relativos al VIH, y delegar algunas funciones de atención y tratamiento a personal no especializado y de enfermería.
- Derrocar los obstáculos a los que se enfrentan los grupos de población más afectados y en mayor riesgo.
- Reforzar la participación de la comunidad y la sociedad civil y las alianzas innovadoras.
- Impulsar un programa de investigación que se centre en desarrollar estrategias de tratamiento curativo contra el virus de la hepatitis B y una vacuna preventiva contra la hepatitis C.

5.1 Metas relativas a las hepatitis víricas

El cuadro 5.1 presenta los indicadores del impacto y de la cobertura y las metas e hitos de las políticas en relación con las hepatitis víricas.

Cuadro 5.1. Indicadores del impacto y la cobertura, metas e hitos relativos a las hepatitis víricas para 2030

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030
Impacto	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) en los niños menores de 5 años ^b	0,94%	0,5%	0,1%
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis B al año	1,5 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	850 000 nuevos casos 11 por cada 100 000 personas	170 000 nuevos casos 2 por cada 100 000 personas
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C al año	1575 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	1 millón de nuevos casos 13 por cada 100 000 personas	350 000 nuevos casos 5 por cada 100 000 personas
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables al año	8 por cada 100 personas	3 por cada 100 personas	2 por cada 100 personas
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis B al año	820 000 defunciones	530 000 defunciones	310 000 defunciones

		10 por cada 100 000 personas	7 por cada 100 000 personas	4 por cada 100 000 personas
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis C al año	290 000 defunciones 5 por cada 100 000 personas	240 000 defunciones 3 por cada 100 000 personas	140 000 defunciones 2 por cada 100 000 personas
Cobertura	Hepatitis B: porcentaje de personas con hepatitis B diagnosticadas / y tratadas	30%/30%	60%/50%	90%/80%
	Hepatitis C: porcentaje de personas con hepatitis C diagnosticadas / y tratadas	30%/30%	60%/50%	90%/80%
	Porcentaje de recién nacidos que han recibido la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B y otras intervenciones para prevenir la transmisión vertical (de madre a hijo) del virus de la hepatitis B ^c	50%	70%	90%
	Cobertura de la vacuna contra la hepatitis B en niños (tercera dosis)	90%	90%	90%
	Número de agujas y jeringas distribuidas por persona entre los usuarios de drogas inyectables ^d	200	200	300
	Seguridad de la sangre: porcentaje de unidades de sangre se someten a análisis para detectar enfermedades de transmisión hemática	95%	100%	100%
	Inyecciones seguras: proporción de inyecciones seguras en el entorno de atención de salud	95%	100%	100%
	Hitos	Planificación: número de países con planes para poner fin a las hepatitis que incluyen la estimación de costos	Por determinar	30
	Vigilancia: número de países que notifican la carga y el proceso de continuidad asistencial anualmente	130	150	170
	Acceso a los medicamentos contra el virus de la hepatitis C: porcentaje de reducción media	20%	50%	60%

	de los precios (a precios genéricos equivalentes de 2025)			
	Acceso a los medicamentos contra el virus de la hepatitis B: porcentaje de reducción media de los precios (alineación con los precios de los medicamentos contra el VIH para 2025)	20%	50%	60%
	Eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo): número de países en los que se ha validado la eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH, la hepatitis B o la sífilis	15	50	100
	Eliminación: número de países en los que se ha validado la eliminación de la hepatitis C o la hepatitis B	0	5	20
	Integración: proporción de personas infectadas por el VIH a quienes se ha detectado y curado la hepatitis C	Por determinar	60%/50%	90%/80%

^a Los datos más recientes son de finales de 2020. A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19 en los datos notificados de 2020, algunas metas utilizan datos de 2019. En este momento no se espera que la COVID-19 repercuta en las metas para 2025. Todos los datos se desglosarán por edad, sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad.

^b Debe tenerse en cuenta que las metas que se mencionan en este cuadro son de ámbito mundial y que a la hora de establecer las metas nacionales es necesario adaptarlas al contexto. Por ejemplo, en algunos países la meta de prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B entre los niños menores de 5 años puede ser inferior al 0,1% o al 0,2%, aunque la meta mundial debería ser el 0,1%.

^c Además, también debería medirse la proporción de lactantes menores de 12 meses que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B, así como otros indicadores para prevenir la transmisión vertical, como las pruebas de detección y la profilaxis entre las madres.

^d En el marco de una estrategia integral de reducción de daños y en consonancia con las prioridades nacionales.

5.2 Orientación estratégica 1: Prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas.

En esta sección se describen las medidas prioritarias específicas contra las hepatitis víricas que deben adoptar los países en todas las etapas del proceso asistencial de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento frente a las hepatitis víricas. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes pertinentes descritas en la orientación estratégica 1 del capítulo 3, y su ejecución debe adaptarse a las necesidades de los grupos de población afectados y a los diferentes contextos epidemiológicos (recuadro 5.2).

Recuadro 5.2: Grupos de población más afectados por las hepatitis víricas crónicas

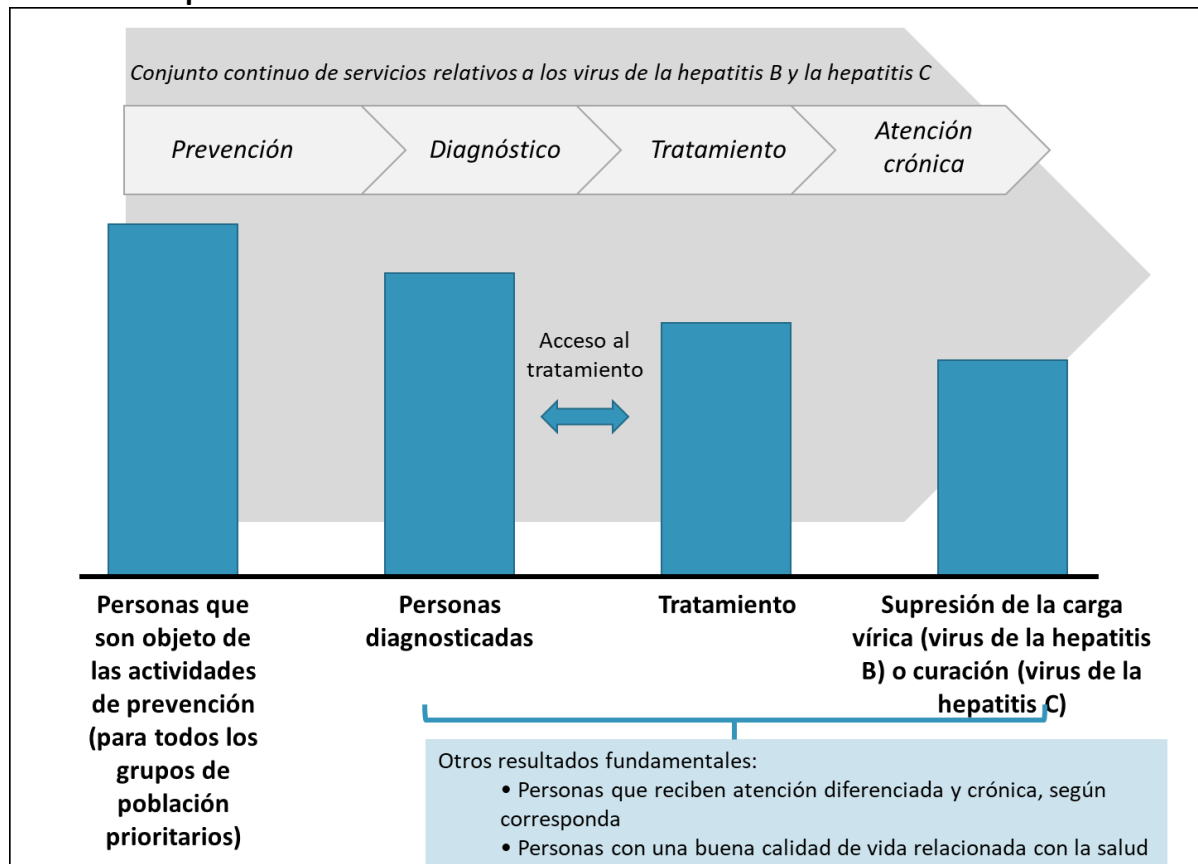
Los grupos de población más afectados por las hepatitis víricas varían mucho en todo el mundo. En muchas regiones, las epidemias de las hepatitis víricas B y C afectan a la población general, pero también a otras poblaciones de riesgo, que forman parte de una población con mayor prevalencia o con antecedentes de exposición o comportamientos que conllevan un riesgo elevado de infección. Esto incluye algunas poblaciones itinerantes y los migrantes de países con endemidad intermedia y alta, algunas poblaciones indígenas, además de las personas con antecedentes de exposición o de comportamiento de alto riesgo para la infección por el virus de la hepatitis C especialmente, como los usuarios de drogas inyectables, las personas en cárceles y otros lugares de reclusión, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores/as sexuales, las personas viviendo con VIH y los hijos de madres con infección crónica por hepatitis B o hepatitis C, sobre todo si están coinfectadas por el VIH.

En muchos países también se debe prestar una mayor atención a las personas expuestas a las hepatitis víricas a través de suministros de sangre que no cumplen las condiciones de seguridad e inyecciones y procedimientos médicos poco seguros. En los entornos con una elevada prevalencia de la hepatitis B, la transmisión vertical (de madre a hijo) de la hepatitis B es un importante modo de transmisión, junto con la infección en la primera infancia entre las personas que no han sido vacunadas. Los usuarios de drogas inyectables corren un alto riesgo de contraer hepatitis víricas, especialmente la infección por el virus de la hepatitis C. En algunos entornos, hay grupos de población (como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) que también pueden tener más riesgo de contraer el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C por vía sexual. Las personas desplazadas como consecuencia de conflictos y emergencias humanitarias corren un riesgo especial de contraer la hepatitis A y E, debido a sus condiciones de vida y a la falta de acceso a agua salubre y alimentos seguros. Se debe prestar especial atención a las personas con hepatopatías avanzadas y con comorbilidades como la tuberculosis, el VIH, el alcoholismo, la drogodependencia y las enfermedades no transmisibles que pueden dar lugar a una mayor morbilidad.

5.2.1 Intervenciones para prestar servicios contra las hepatitis víricas

Medida 61: La continuidad asistencial frente a las hepatitis víricas. Ofrecer un conjunto continuo de servicios de prevención, detección y tratamiento de las hepatitis víricas. El proceso asistencial continuo frente a las hepatitis víricas conforma un marco organizativo para ejecutar intervenciones esenciales que aborden de forma integral las necesidades de las personas. Los servicios deben organizarse para conseguir la incorporación temprana de los pacientes al proceso asistencial, asegurar la continuidad de la atención y maximizar la observancia del tratamiento. Debe supervisarse la continuidad de la atención para identificar las posibilidades de mejora de los programas (véase la figura 5.1).

Figura 5.1. Continuidad asistencial de los servicios contra el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C



Medida 62: Conjuntos de intervenciones contra las hepatitis víricas. Definir un conjunto básico de intervenciones con base empírica que sean relevantes para el contexto de cada país y se adapten a las necesidades de las diferentes poblaciones y entornos. Cada país debe definir un conjunto de intervenciones esenciales contra las hepatitis víricas en el continuo de servicios, que incida en las distintas necesidades de los servicios de salud relacionadas con los virus de las hepatitis B y C. La selección debe fundamentarse en datos, pruebas científicas, buenas prácticas y aportaciones de la comunidad y debe tener en cuenta la carga, la equidad, la eficacia, el costo, la aceptabilidad y la viabilidad de las intervenciones. El conjunto de intervenciones debe estar en consonancia con los conjuntos de prestaciones de la cobertura sanitaria universal y vinculado a la atención primaria de salud siempre que sea factible y pertinente.

Medida 63: Transmisión vertical de los virus de la hepatitis B y C (complementa la medida común 3). Para eliminar la transmisión vertical (de madre a hijo) del virus de la hepatitis B se requiere un enfoque integral que incluya la administración universal de la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B y la vacunación infantil, además del cribado sistemático de todas las mujeres embarazadas para detectar la infección crónica por el virus de la hepatitis B y el tratamiento profiláctico con antivíricos de las mujeres embarazadas que lo requieran. También deben realizarse pruebas de detección de la hepatitis C a las embarazadas que corran el riesgo de contraer el virus de la hepatitis C o que vivan en entornos donde la

enfermedad sea endémica, para ofrecer, si es preciso, atención y servicios de seguimiento tanto a la madre como al bebé. Actualmente no es recomendable empezar el tratamiento contra la hepatitis C durante el embarazo, pero realizar las pruebas de detección a embarazadas de riesgo o de zonas endémicas permite identificar los casos y ofrecer después atención y tratamiento.

Medida 64: Vacunas contra las hepatitis víricas (complementa la medida común 3). **Instaurar un programa de vacunación infantil universal contra el virus de la hepatitis B como parte del programa nacional de inmunización para reducir las nuevas infecciones.** La vacunación infantil contra la hepatitis B también previene la infección por el virus de la hepatitis D; aumentar la vacunación infantil reduce la carga de hepatopatías crónicas y muerte. También se recomienda la vacunación contra el virus de la hepatitis B como puesta al día para los adolescentes no vacunados y las poblaciones adultas seleccionadas, como los contactos en el hogar de las personas infectadas, los trabajadores de salud y las personas que necesitan con frecuencia transfusiones de sangre o hemoderivados. Existen vacunas eficaces para prevenir las infecciones agudas por hepatitis A durante los brotes, junto con otras medidas preventivas que pueden adoptarse según el contexto del país. Se necesitan datos más completos sobre el uso sistemático de la vacuna contra la hepatitis E en los brotes.

Medida 65: Pruebas de detección de las hepatitis víricas. **Concienciar sobre la necesidad de someterse a pruebas de detección de las hepatitis víricas B y C, ampliar el acceso a las pruebas mediante enfoques eficaces centrados en las personas y vincular dichas pruebas con el tratamiento y la atención.** El infradiagnóstico de las hepatitis víricas de sigue siendo un obstáculo fundamental para que las hepatitis víricas dejen de ser una amenaza para la salud pública. Las políticas y directrices nacionales en materia de hepatitis víricas deben definir estrategias para las pruebas de detección de la población general y de los grupos de alto riesgo, según la epidemiología de las hepatitis víricas en cada país. Los servicios deben adaptarse a las necesidades de los grupos de población afectados en diferentes entornos. También deben intensificarse las campañas de sensibilización pública para educar a las poblaciones endémicas y de riesgo y a los trabajadores de salud sobre la importancia de las pruebas. Ofrecer pruebas de detección de la hepatitis B y vacunar a los contactos de las personas diagnosticadas con el virus contribuye a prevenir nuevas infecciones y a mejorar el diagnóstico oportuno de infecciones no identificadas. Además, es necesario concienciar a las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B sobre la coinfección o sobreinfección por el virus de la hepatitis D y aumentar las pruebas de detección de la hepatitis D en personas infectadas por el virus de la hepatitis B, especialmente en los entornos donde la coinfección por el virus de la hepatitis D es frecuente. En cuanto a las pruebas de detección de la hepatitis C (incluidas las autoadministradas), debería darse prioridad a los grupos de población que presentan tasas elevadas de infección por hepatitis C, para identificar la reinfección entre las personas con un comportamiento continuado de alto riesgo. En muchos países, es preciso aumentar la capacidad de los laboratorios, reforzar los sistemas y adoptar medidas para integrar varias enfermedades a las plataformas de las pruebas (incluidas las moleculares), además de asegurar el suministro fiable de medios de diagnóstico de calidad garantizada (precalificados por la OMS) y notificar puntualmente los resultados de las pruebas.

Medida 66: Tratamiento de las hepatitis víricas. Ofrecer tratamiento contra las infecciones crónicas por los virus de las hepatitis B y C a todos los adultos, adolescentes y niños que cumplan las condiciones para recibirlo, especialmente las personas con enfermedad en estadio avanzado, y velar por que las pautas terapéuticas más eficaces sean accesibles y asequibles para todas las poblaciones. Los antiviricos eficaces contra las hepatitis B y C tienen el potencial de reducir drásticamente la morbilidad y la mortalidad, incluso entre las personas coinfectadas por el VIH. Aunque se recomienda el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C en todos los adultos, adolescentes y niños a partir de los tres años, no todas las personas con hepatitis crónicas requieren tratamiento ni cumplen las condiciones para recibirlo a largo plazo. Antes de iniciar el tratamiento debe evaluarse el grado de insuficiencia hepática de las personas con hepatitis crónicas para determinar si precisan tratamiento. Debe hacerse un seguimiento periódico de las personas con infección crónica que no reciban tratamiento para decidir si en algún momento está indicado iniciar el tratamiento. Los antiviricos de acción directa pangenotípicos orales para el tratamiento de la hepatitis C crónica registran tasas de curación superiores al 95%. Existe un tratamiento eficaz por vía oral con análogos de nucleósidos para las infecciones crónicas por el virus de la hepatitis B; por lo general dicho tratamiento es de por vida. Las directrices de la OMS para el tratamiento de las infecciones crónicas por los virus de la hepatitis B y la hepatitis C promueven un enfoque de salud pública simplificado.

Medida 67: Atención crónica de las personas con hepatitis víricas. Atender las necesidades de atención crónica y calidad de vida asociadas a las hepatitis víricas mediante enfoques centrados en las personas y modelos de prestación de servicios que aborden las comorbilidades de forma integrada. Las personas con hepatitis crónica pueden requerir atención para una variedad de problemas psicosociales y de salud. Además de la cirrosis hepática y el carcinoma hepatocelular, las personas con hepatitis crónica pueden sufrir manifestaciones extrahepáticas de su infección, como resistencia a la insulina y diabetes. El consumo de alcohol, la hipertensión y la obesidad exacerbaban las infecciones crónicas por los virus de las hepatitis B y C y aceleran la progresión de la hepatopatía. Se recomienda efectuar una evaluación de la ingesta de alcohol de todas las personas con hepatitis víricas crónicas y, posteriormente, ofrecer una intervención destinada a abandonar o reducir el consumo de alcohol.

Las personas con hepatitis B o C crónicas pueden además presentar coinfecciones, por ejemplo por el VIH, o por el virus de la hepatitis D en el caso de las hepatitis B crónicas. La mayoría de las personas con infección por el VIH coinfectadas por el virus de la hepatitis B reciben antirretroviricos que también actúan contra la infección por el virus de la hepatitis B. La doble infección por el virus de la hepatitis B y la hepatitis D puede provocar hepatitis crónica grave y acelerar la progresión de la hepatopatía. Es importante mejorar el acceso a las pruebas de detección del virus de la hepatitis D, especialmente en los países donde el virus es endémico, aunque las opciones de tratamiento sean limitadas y costosas.

Entre las personas infectadas por el virus de la hepatitis B, especialmente las que tienen fibrosis hepática grave y reciben tratamiento para la hepatitis C, otra necesidad de atención crónica habitual es el manejo de la hepatopatía avanzada, especialmente la cirrosis descompensada, así como la detección y el manejo del carcinoma hepatocelular. En la

mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, las opciones de tratamiento (tratamiento endoscópico, resección quirúrgica, quimioterapia, trasplante de hígado, etc.) son escasas, lo que pone de relieve la necesidad de evitar la progresión de la enfermedad y brindar acceso a cuidados paliativos y a una atención de buena calidad a los enfermos terminales.

Medida 68: Prevención, tratamiento y atención frente a las hepatitis víricas en niños y adolescentes (complementa las medidas comunes 3 y 4). Prevenir las nuevas infecciones por el virus de las hepatitis B y C en niños, y atender las necesidades de seguimiento, tratamiento y atención a largo plazo de los niños y adolescentes afectados. En muchos entornos, especialmente en la región de África de la OMS, la cobertura de la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B o de la vacunación infantil sigue sin ser adecuada. Más de 4,7 millones de niños menores de cinco años tienen una infección crónica por el virus de la hepatitis B y necesitan un seguimiento continuo para detectar cualquier progresión de la enfermedad. Se calcula que en el mundo hay 3,26 millones de niños y adolescentes infectados por el virus de la hepatitis C; tanto los programas nacionales en materia de detección y tratamiento como las estrategias de eliminación deben abordar sus necesidades. La OMS recomienda administrar tratamiento contra la hepatitis C a los adolescentes y niños de más de tres años, con las mismas pautas de antivíricos de acción directa que se han aprobado para los adultos. Los servicios deberían adaptarse a los adolescentes, con apoyo psicosocial para gestionar el estigma que la infección por los virus de las hepatitis B y C supone para los niños y adolescentes.

5.2.2 Intervenciones en materia de hepatitis víricas para mejorar la integración y la vinculación con otras áreas de la salud

Medida 69: Hepatitis víricas crónicas B y C y cáncer hepático primario (complementa la medida común 9). Reforzar la integración y la vinculación de los servicios para prevenir y gestionar las hepatitis víricas crónicas y el cáncer hepático primario. En ausencia de un tratamiento eficaz, se calcula que entre el 20 y el 30% de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B o C sufrirán cirrosis y tendrán riesgo de sufrir cáncer hepático. El cáncer hepático sigue siendo un factor clave de la mortalidad relacionada con el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C, de modo que es imperativo mejorar el cribado sistemático del cáncer hepático primario entre las personas con infección crónica en riesgo de progresión. Además, es necesario vincular los servicios contra las hepatitis víricas con las iniciativas de prevención, control y tratamiento del cáncer.

5.3 Orientación estratégica 2: Optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto

En esta sección se describen las medidas prioritarias específicas contra las hepatitis víricas para reforzar la prestación de servicios de salud y otras funciones del sistema de salud, incluida la colaboración multisectorial. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 2 en el capítulo 3.

Medida 70: Servicios descentralizados y diferenciados para las hepatitis víricas (complementa las medidas comunes 18 y 19). Descentralizar los servicios contra las hepatitis víricas y ofrecer una atención diferenciada para prestar los servicios adecuados a las personas según sus necesidades. Las intervenciones contra las hepatitis víricas B y C normalmente se han llevado a cabo por especialistas en servicios terciarios hospitalarios. Para poner fin a la hepatitis deberá adoptarse un enfoque de salud pública que simplifique los protocolos de prestación de servicios, descentralice las pruebas de detección y los tratamientos y permita hacerlos en establecimientos de salud de un nivel inferior, como los de atención primaria, los centros de reducción de daños o las prisiones, idealmente con ambas cosas en el mismo sitio para promover la vinculación. También será preciso integrar los servicios de pruebas y tratamiento de las hepatitis víricas con los de atención primaria, VIH, reducción de daños y salud penitenciaria y permitir la atención y el tratamiento por parte del personal no especializado, como los médicos de atención primaria y las enfermeras, con el apoyo de personas en situación similar y orientadores de pacientes en algunos entornos. La prestación de servicios diferenciados promueve una atención centrada en las personas y optimiza el uso de los recursos del sistema de salud, puesto que adapta los servicios a las necesidades específicas. Por ejemplo, se puede atender a los pacientes sin sintomatología o clínicamente estables en la atención primaria de salud y los servicios comunitarios, y ofrecer un apoyo clínico más intensivo y apoyo psicosocial y de salud mental adicional a las personas con hepatopatías más avanzadas.

Medida 71: Financiación de las hepatitis víricas (complementa la medida común 23). Aplicar estrategias para aumentar la inversión en hepatitis víricas a través de la financiación nacional y la financiación procedente de donantes y nuevos métodos de financiación catalizadores e innovadores. Aunque las intervenciones clave para la prevención, la detección y el tratamiento del virus de la hepatitis B y la hepatitis C suelen ser costoeficaces en la mayoría de los entornos y poblaciones, la respuesta de salud pública a las hepatitis víricas sufre un grave déficit de financiación. Hasta la fecha, se ha contado con muy poca asistencia externa para dar respuestas integrales a las hepatitis víricas. Es importante garantizar que los servicios contra las hepatitis víricas formen parte de los conjuntos de prestaciones nacionales esenciales en materia de salud y cuenten con la financiación adecuada y con medidas de coordinación para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y las plataformas de atención primaria, además de optimizar el uso de los recursos mediante la integración de los servicios, la reducción de los costos y la mejora de la eficiencia y acometer estrategias de reducción de precios. Los países deben aprovechar las oportunidades de elaborar un argumentario con base empírica a favor de la inversión, a fin de incluir las intervenciones contra las hepatitis víricas en los conjuntos de prestaciones de atención de la salud esenciales. Las estrategias para aumentar las inversiones en las hepatitis deben formar parte de iniciativas más amplias dirigidas a incrementar las inversiones generales en salud, de manera que todos los servicios de salud prioritarios puedan expandirse con miras a alcanzar la cobertura sanitaria universal.

Medida 72: Productos básicos de salud para las hepatitis víricas (complementa la medida común 24). Garantizar un acceso equitativo y fiable a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos sanitarios de calidad y asequibles para las hepatitis víricas. En muchos entornos, la falta de disponibilidad de medios de diagnóstico asequibles para las pruebas de

detección y la gestión clínica de la hepatitis B y C, junto con la falta de capacidad de los laboratorios, se traducen en niveles bajos de detección y peores resultados clínicos. Aunque los precios de las pruebas rápidas de detección de la hepatitis B y C suelen ser bajos, los costos de las pruebas moleculares de ARN para el virus de la hepatitis C y de ADN para el virus de la hepatitis B siguen siendo altos en relación con los costos del tratamiento, lo que impide el uso generalizado de los medios de diagnóstico y tratamiento de la infección por hepatitis B y C. En muchos países se dispone de una formulación genérica y asequible del medicamento contra el virus de la hepatitis B, aunque han surgido obstáculos que han impedido su registro y uso en algunos países. El tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C con antiviricos de acción directa tiene buena tolerabilidad y puede curar la enfermedad. Los principales obstáculos para aumentar el acceso a los tratamientos radican en la escasa financiación nacional y los costos elevados, que son fruto de los márgenes de beneficio de la cadena de suministro, la fragmentación de la demanda y los pedidos de poco volumen. Es necesario adoptar estrategias integrales para mejorar la asequibilidad y la disponibilidad de medios de diagnóstico y tratamientos contra las hepatitis víricas. Para ello hay que abordar la competencia en el ámbito de los medicamentos genéricos, aumentar la transparencia del mercado, facilitar el registro oportuno de los productos y aprovechar las opciones de adquisición estratégica.

Medida 73: Personal de salud para las hepatitis víricas (complementa la medida común 25).

Aumentar las competencias generales del personal de salud en relación con las pruebas de detección y el tratamiento de las hepatitis víricas. Muchas intervenciones esenciales de prevención de las hepatitis víricas se integran en los servicios de salud generales, como los programas de vacunación infantil, seguridad de la sangre y las inyecciones, seguridad de los alimentos, agua y saneamiento, y las intervenciones de salud y de tratamiento, como la reducción de daños, para los usuarios de drogas. Las pruebas de detección y los servicios de tratamiento se están incorporando cada vez más a la gestión clínica de las enfermedades infecciosas y la atención crónica de enfermedades no transmisibles. En todos estos contextos, incluida la atención primaria, el personal de salud debería estar bien informado sobre los factores de riesgo de las hepatitis víricas y sobre el conjunto de intervenciones esenciales contra las hepatitis. El personal también debe estar capacitado para trabajar con los adultos y niños que padecen infecciones por hepatitis crónicas o están en riesgo de contraerlas y recibir formación sobre conductas que eviten la estigmatización y la discriminación. Dado el riesgo de transmisión de las hepatitis víricas en los entornos formales e informales donde se presta atención de salud, el personal debería estar protegido por programas integrales de salud y seguridad en el trabajo, incluida la vacunación sistemática contra el virus de la hepatitis B para prevenir la exposición de alto riesgo a los virus de las hepatitis B y C. Los sistemas de salud deben invertir en capacitación, formación continua, mentoría y supervisión, y apoyar a los no especialistas, especialmente los médicos y enfermeros de atención primaria, para que ofrezcan atención y tratamiento contra la hepatitis C y B.

5.4 Orientación estratégica 3: Generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción.

En esta sección se describen las medidas específicas contra las hepatitis víricas para reforzar los sistemas de información sanitaria con el fin de mejorar la disponibilidad, el uso y la rendición de cuentas de los datos. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 3 en el capítulo 3.

Medida 74: Seguimiento de los datos centrados en la persona para las hepatitis víricas (complementa las medidas comunes 30 y 31). Ampliar el seguimiento centrado en la persona de las hepatitis víricas para que los servicios contra las hepatitis víricas se centren en las personas. Pueden aprovecharse los sistemas existentes de seguimiento centrado en la persona para la prevención, las pruebas de detección y el tratamiento, como los del VIH, para supervisar los servicios contra las hepatitis en todas las etapas del proceso asistencial. Si no resulta factible el seguimiento individual, por ejemplo durante las primeras etapas de expansión de la respuesta a las hepatitis víricas, pueden utilizarse datos globales para evaluar la continuidad asistencial. Los análisis de datos desglosados, como por ejemplo por zona geográfica o estatus socioeconómico, revisten mucha importancia para mejorar la calidad y la equidad.

Medida 75: Sistemas de información sanitaria sobre las hepatitis víricas (complementa la medida común 32). Invertir en el refuerzo de los sistemas de información sobre las hepatitis víricas e integrarlos en los sistemas de información sanitaria generales. Los sistemas de información sobre las hepatitis víricas son complejos, puesto que deben recopilar información sobre las infecciones nuevas o agudas, las infecciones crónicas y las secuelas que causan morbilidad y mortalidad. Dado que pueden transcurrir entre 20 y 30 años entre la infección por hepatitis B o C y la muerte, y la recopilación de los datos recae en diferentes partes del sistema de salud, los sistemas de información sobre las hepatitis víricas deben estar integrados y permitir la triangulación de datos para el análisis. Reforzar la vigilancia y el seguimiento de las hepatopatías avanzadas y del carcinoma hepatocelular resulta especialmente importante para controlar los progresos y permitir que la OMS valide la eliminación de las hepatitis víricas. También se necesitan sistemas integrados de información sanitaria sobre las iniciativas para avanzar hacia la triple eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo) del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B, y mejorar la vinculación con otros sistemas, como los registros civiles, los registros oncológicos y los servicios de inmunización y de salud sexual y reproductiva, con el fin de validar la eliminación de la amenaza para la salud pública que suponen los virus de la hepatitis B y C.

5.5 Orientación estratégica 4: Implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas

En esta sección se describen las medidas específicas contra las hepatitis víricas para implicar a las comunidades, a la sociedad civil y a las poblaciones afectadas en la promoción, la prestación de servicios, la elaboración de políticas y las iniciativas para mejorar la prestación de servicios y derribar los obstáculos sociales y estructurales. Las medidas de esta sección

deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 4 en el capítulo 3.

Medida 76: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil en materia de las hepatitis víricas (complementa la medida común 33). Implicar y apoyar a las personas con hepatitis víricas y a las comunidades para aumentar su contribución fundamental a las iniciativas para eliminar las hepatitis víricas a través de la promoción, la elaboración de políticas, la investigación, la prestación de servicios y el seguimiento y la evaluación. La participación activa de las personas con hepatitis víricas, las comunidades y la sociedad civil promueve la concienciación sobre las hepatitis B y C y las respuestas equitativas a las hepatitis víricas. Además, resulta fundamental para abordar con eficacia la estigmatización, la discriminación, la marginación social y la violencia de género a las que se enfrentan las personas con hepatitis víricas y las personas en riesgo. El estigma y la discriminación adoptan formas diferentes en relación con el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C, por lo que deben acometerse como problemas distintos. Algunos de los obstáculos pueden superarse mediante la adaptación de los modelos de prestación de servicios para satisfacer las necesidades de los grupos de población afectados. En el caso de otros obstáculos, puede ser necesario revisar y reformar ciertas leyes, reglamentos y políticas que limitan el acceso a los servicios de salud. La discriminación de las personas diagnosticadas con hepatitis puede limitar sus oportunidades de empleo y menoscabar su acceso a los servicios de salud para mejorar su calidad de vida. Entre los grupos de población que se enfrentan a obstáculos legales y políticos para acceder a los servicios contra las hepatitis víricas cabe destacar los adolescentes y los jóvenes, los inmigrantes procedentes de países con una elevada carga de hepatitis y las poblaciones clave.

5.6 Orientación estratégica 5: Fomentar la innovación para lograr impacto.

En esta sección se describen los enfoques específicos contra las hepatitis víricas para fomentar y difundir las innovaciones y acelerar su repercusión. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 5 en el capítulo 3.

Medida 77: Nuevas tecnologías de diagnóstico y detección de las hepatitis víricas. Seguir mejorando las tecnologías de diagnóstico y detección para diagnosticar más fácilmente, más rápidamente y con más precisión las infecciones crónicas por los virus de las hepatitis B y C y reforzar el seguimiento de los pacientes. El infradiagnóstico de las infecciones por los virus de las hepatitis B y C sigue siendo un importante obstáculo para alcanzar los objetivos de eliminación. Es necesario desarrollar y expandir el uso de tecnologías simples, asequibles y fiables en el lugar de consulta para confirmar la presencia de viremia en la infección por el virus de la hepatitis C y evaluar la viremia del virus de la hepatitis B a efectos de seguimiento y tratamiento. La disponibilidad de pruebas de diagnóstico rápido del antígeno del núcleo del virus de la hepatitis C puede ser otra solución que facilitaría el acceso al tratamiento y la descentralización de los servicios. También hay en marcha varias iniciativas de investigación para desarrollar métodos de diagnóstico polivalentes o integrados y soluciones en el lugar de consulta para el diagnóstico combinado del VIH, las hepatitis víricas, las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis. Un mayor grado de colaboración, con el apoyo de la OMS y de los asociados, puede acelerar su aplicación y garantizar que las innovaciones lleguen

cuanto antes a los países. En 2021, la OMS recomendó las pruebas autoadministradas como una forma aceptable de detectar el virus de la hepatitis C y empoderar a muchas personas afectadas en el acceso a la detección. Es preciso seguir investigando y desarrollando productos para evaluar la contribución de las pruebas autoadministradas para la detección de la hepatitis C en las diferentes poblaciones y desarrollar productos parecidos para el autodiagnóstico del virus de la hepatitis B. Por último, es necesario desarrollar métodos asequibles y fiables para evaluar el daño hepático en el lugar de consulta.

Medida 78: Antivíricos optimizados para los virus de la hepatitis B y C. Apoyar la investigación sobre las dosis y las formulaciones óptimas de los antivíricos contra los virus de la hepatitis B y C. El desarrollo de tratamientos de acción prolongada contra los virus de la hepatitis B y C permite simplificar todavía más las vías de atención, aumentar la observancia del tratamiento y la continuidad asistencial y mejorar los resultados. También es necesario mejorar las formulaciones terapéuticas y hacerlas accesibles para los niños, además de investigar para encontrar soluciones de tratamiento asequibles y aceptables para el virus de la hepatitis D.

Medida 79: Nuevas vacunas contra las hepatitis víricas. Promover el programa de vacunación contra los virus de la hepatitis C y la hepatitis E, reforzando la colaboración con las asociaciones de investigación y desarrollo, el sector privado y las comunidades. Las iniciativas para desarrollar una vacuna eficaz contra el virus de la hepatitis C siguen siendo una parte importante del programa de investigación sobre las hepatitis víricas. La vacuna contra la hepatitis E se ha utilizado en brotes, pero no se dispone de suficiente información sobre su uso fuera de China, en varios contextos de brotes epidémicos y en las embarazadas con alto riesgo de mortalidad. Se requieren innovaciones que utilicen una cadena de temperatura controlada y dispositivos compactos precargados y autoinutilizables para la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B, con el fin de ampliar la cobertura y conseguir los objetivos de eliminación en los países de ingresos bajos y medianos.

Medida 80: Investigación sobre la cura del virus de la hepatitis B. Promover las inversiones y la visibilidad de las iniciativas encaminadas a conseguir una cura viable del virus de la hepatitis B, reforzando la colaboración con las asociaciones de investigación y desarrollo, el sector privado y las comunidades. Aunque no se prevé conseguir una cura esterilizante para el virus de la hepatitis B, que implicaría la eliminación del virus del cuerpo, las iniciativas de investigación siguen intentando encontrar una cura funcional, que simplificaría en gran medida la atención del virus y aumentaría notablemente el acceso al tratamiento.

6. Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Este capítulo presenta la estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual. Se exponen los principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin a las ITS como amenaza para la salud pública de aquí a 2030 (recuadro 6.1), además de las metas, intervenciones e innovaciones prioritarias. Las medidas que deben adoptar los países según este capítulo deben complementarse con las medidas comunes definidas en el capítulo 3.

Recuadro 6.1. Principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin a las infecciones de transmisión sexual como amenaza para la salud pública de aquí a 2030:

- Crear un entorno que permita a las personas hablar cómodamente sobre su salud sexual, adoptar prácticas sexuales más seguras y solicitar tratamiento contra las ITS.
- Redoblar los esfuerzos de prevención primaria y aumentar el acceso a las pruebas de detección de las ITS.
- Aumentar el acceso a una gestión de los casos de ITS de alta calidad centrada en las personas, a cargo de proveedores de servicios públicos, privados y no gubernamentales.
- Aumentar la integración de los servicios contra las ITS en la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, la salud de los adolescentes y los servicios relacionados con el VIH.
- Garantizar una financiación suficiente para los servicios relacionados con las ITS como parte de los mecanismos nacionales de financiación sanitaria.
- Reforzar la capacidad de los sistemas nacionales de información sanitaria para garantizar la recopilación y el análisis oportunos de los datos desglosados y fundamentar las políticas sanitarias, las directrices de tratamiento y la asignación de recursos.
- Apoyar la investigación y el desarrollo acelerado de tecnologías de prevención, medios de diagnóstico, tratamientos y vacunas contra las ITS.

Más de 30 patógenos se transmiten por vía sexual; se pueden adquirir múltiples infecciones al mismo tiempo. Las ITS a menudo no presentan síntomas o pueden cursar sin síntomas durante largos periodos de tiempo, por lo que pueden transmitirse sin saberlo durante las relaciones sexuales o durante el embarazo. Las mujeres y las niñas se ven afectadas de forma desproporcionada por las ITS. Las ITS que no se tratan pueden provocar, en función de las infecciones en cuestión, resultados irreversibles y potencialmente mortales a largo plazo, como dolor pélvico crónico, cánceres, embarazos ectópicos, infertilidad, desenlaces adversos del embarazo, muerte neonatal y anomalías congénitas. Algunas ITS también pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH.

La estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual no se limita a patógenos específicos, sino que reconoce que las ITS pueden prevenirse,

diagnosticarse y tratarse mediante el uso de estrategias integradas del sistema de salud. De esta forma se consigue centrar los servicios en las personas, atendiendo las necesidades generales de las personas que tienen o corren el riesgo de contraer ITS. Los países deben abordar los factores individuales, comunitarios y estructurales que contribuyen a la propagación de las ITS, garantizando que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de alta calidad para prevenir la transmisión de las ITS y para tratar y atender a quienes las padecen, sin estigmatización ni discriminación.

Hay tres infecciones de gran importancia mundial: la sífilis (*Treponema pallidum*), la gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*) y la infección por el virus del papiloma humano. Todas ellas son objeto de iniciativas mundiales específicas.^{42,43,44} Dichas infecciones merecen una atención especial por su gran incidencia y prevalencia, porque tienen resultados adversos graves, porque existen herramientas costoeficaces específicas contra ellas y por la posibilidad de resistencia a los tratamientos. Otras infecciones importantes son la clamidia (*Chlamydia trachomatis*), la tricomoniasis (*Trichomonas vaginalis*), el virus del herpes simple y el virus linfotrópico humano de los linfocitos T tipo 1 (HTLV-1) (véase el recuadro 6.2).

Recuadro 6.2. Virus linfotrópico humano de los linfocitos T tipo 1 (HTLV-1)

El virus linfotrópico humano de los linfocitos T tipo 1, también conocido por el acrónimo HTLV-1, es un retrovirus que se transmite principalmente a través de las relaciones sexuales, incluido el semen y las secreciones vaginales. También puede transmitirse a través de la sangre y la leche materna. Los factores de riesgo para la transmisión son las relaciones sexuales sin protección, el consumo de drogas inyectables y las transfusiones de sangre. El HTLV-1 puede provocar una serie de síndromes clínicos, como la leucemia humana de linfocitos T y la mielopatía asociada al HTLV-1 o la paraparesia espástica tropical. Existen importantes lagunas en cuanto a la epidemiología, las repercusiones en la salud pública, la progresión de la enfermedad y las consecuencias más amplias para la salud, como la prevención de la transmisión y la gestión de la infección por el HTLV-1. Pocos países han establecido políticas, estrategias, presupuestos y servicios relacionados con la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención del HTLV-1. Los países pueden integrar la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas al HTLV-1 en otros ámbitos programáticos, como los servicios contra las ITS, la prevención y el tratamiento del cáncer y los trastornos del sistema nervioso. Para reducir la incidencia y la morbilidad del HTLV-1 es preciso aplicar medidas de control a las intervenciones de control de enfermedades existentes y a las estrategias de salud pública, como la promoción del preservativo y el cribado de la seguridad de la sangre.

⁴² Triple elimination initiative of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

⁴³ Red del Programa de vigilancia de la resistencia de los gonococos a los antimicrobianos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/initiatives/gonococcal-antimicrobial-surveillance-programme/gasp-network#:~:text=The%20WHO%20Gonococcal%20Antimicrobial%20Surveillance%20Programme%20%28GASP%29%20is,%20antimicrobial%20susceptibility%20in%20gonorrhoea%20in%20participating%20countries>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

⁴⁴ Iniciativa de eliminación del cáncer cervicouterino. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>), consultado el 31 de diciembre de 2021.

Las metas mundiales que se presentan en la siguiente sección de la estrategia se basan en estimaciones derivadas de los datos actuales, que son muy escasos en muchos países. La OMS y los asociados técnicos deben seguir apoyando a los gobiernos nacionales y al resto de partes interesadas para que desarrollen y apliquen métodos prácticos para la recopilación de datos sobre las ITS.

6.1 Metas relativas a las infecciones de transmisión sexual

El cuadro 6.1 presenta los indicadores del impacto y de la cobertura y las metas e hitos de las políticas en relación con las infecciones de transmisión sexual.

Cuadro 6.1. Indicadores del impacto y la cobertura, metas e hitos relativos a las infecciones de transmisión sexual para 2030

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030
Impacto	Número de nuevos casos de sífilis, gonorrea, clamidiosis y tricomoniasis ^b en personas de 15 a 49 años al año	374 millones	<300 millones	<150 millones ^c
	Número de nuevos casos de sífilis en personas de 15 a 49 años al año	7,1 millones	5,7 millones	0,71 millones
	Número de nuevos casos de gonorrea en personas de 15 a 49 años al año	82,3 millones	65,8 millones	8,23 millones
	Casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos al año	425	<200	<50
	Porcentaje de niñas totalmente vacunadas con vacunas contra el virus del papiloma humano antes de cumplir los 15 años	14%	50%	90%
Cobertura	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a las consultas de atención prenatal y a las que se realizan pruebas de detección de la sífilis/porcentaje que recibe tratamiento en caso de dar positivo	66% / 78% ^d	> 85% / > 90%	> 95% / > 95%
	Porcentaje de personas de los grupos de población prioritarios ^e a las que se realizan pruebas de detección de la sífilis/porcentaje que recibe tratamiento en caso de dar positivo	Sin datos/ Sin datos	> 80% / > 90%	> 90% / > 95%

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030
	Porcentaje de personas de los grupos de población prioritarios ^e a las que se realizan pruebas de detección de la gonorrea/porcentaje que recibe tratamiento en caso de dar positivo	Sin datos/ Sin datos	> 20% / > 90%	> 90% / > 95%
	Porcentaje de mujeres que se sometieron a las pruebas de detección del cáncer cervicouterino mediante una prueba de alto rendimiento a la edad de 35 años y de nuevo a los 45 años / porcentaje de mujeres a las que se ha detectado, identificado y tratado una lesión precancerosa o un cáncer invasivo		>40% / > 40%	> 70% / > 90%
	Número de países que notifican resistencia de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> a los antimicrobianos en el programa de vigilancia de la susceptibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos de la OMS.	36%	>60%	> 70%
Hitos	Planificación: número de Estados Miembros de la OMS cuyos planes nacionales en materia de infecciones de transmisión sexual se han actualizado en los últimos cinco años	44% ^f	>70%	> 90%
	Políticas: número de Estados Miembros de la OMS cuyas directrices sobre la gestión de casos de ITS se han actualizado en los últimos tres años	Sin datos	>70%	>90%
	Vigilancia: número de países con sistemas de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual sólidos ^g	Sin datos	>50%	>90%

^a Los datos más recientes son de finales de 2020. Todos los datos se desglosarán por edad (incluida la de los adolescentes, si está disponible), sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad

^b Infecciones de transmisión sexual que se pueden curar.

^c Las metas para 2025 reflejan una reducción del 20% en la incidencia de las 4 enfermedades (respecto a los valores de referencia de 2020), mientras que las metas para 2030 establecen una reducción del 90% en el número de nuevos casos de sífilis y de gonorrea y de un 50% en el número de nuevos casos de clamidia y de tricomoniasis de aquí a 2030.

^d Estimaciones para 2016

^e Cada país definirá los grupos de población prioritarios; para el cribado se incluyen los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales y las personas infectadas por el VIH.

^f Estimaciones basadas en 112 países que han presentado información sobre planes estratégicos nacionales contra las infecciones de transmisión sexual y sobre directrices nacionales para el tratamiento de dichas infecciones que se han actualizado en los últimos cinco años y que figuran en el documento titulado *Assessment of country implementation of the WHO Global health sector strategy for sexually transmitted infections (2016-2021): results of a national survey*.

^g Un sistema de vigilancia de las ITS sólido abarca cuatro competencias básicas: notificación de casos, evaluaciones periódicas de la prevalencia en la atención prenatal, los hombres y los grupos de poblaciones prioritarios, revisiones anuales periódicas de las causas de los síndromes de ITS y los datos sobre sintomatología corregidos para evitar la subnotificación, y seguimiento de la resistencia de la *Neisseria gonorrhoea* a los antimicrobianos.

6.2 Orientación estratégica 1: Prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas.

En esta sección se describen las medidas prioritarias que deben adoptar los países para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios contra las infecciones de transmisión sexual. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 1 en el capítulo 3. Las medidas deben adaptarse a las necesidades de los grupos de población más afectados en cada contexto epidemiológico (recuadro 6.3).

Recuadro 6.3: grupos de población prioritarios para las infecciones de transmisión sexual

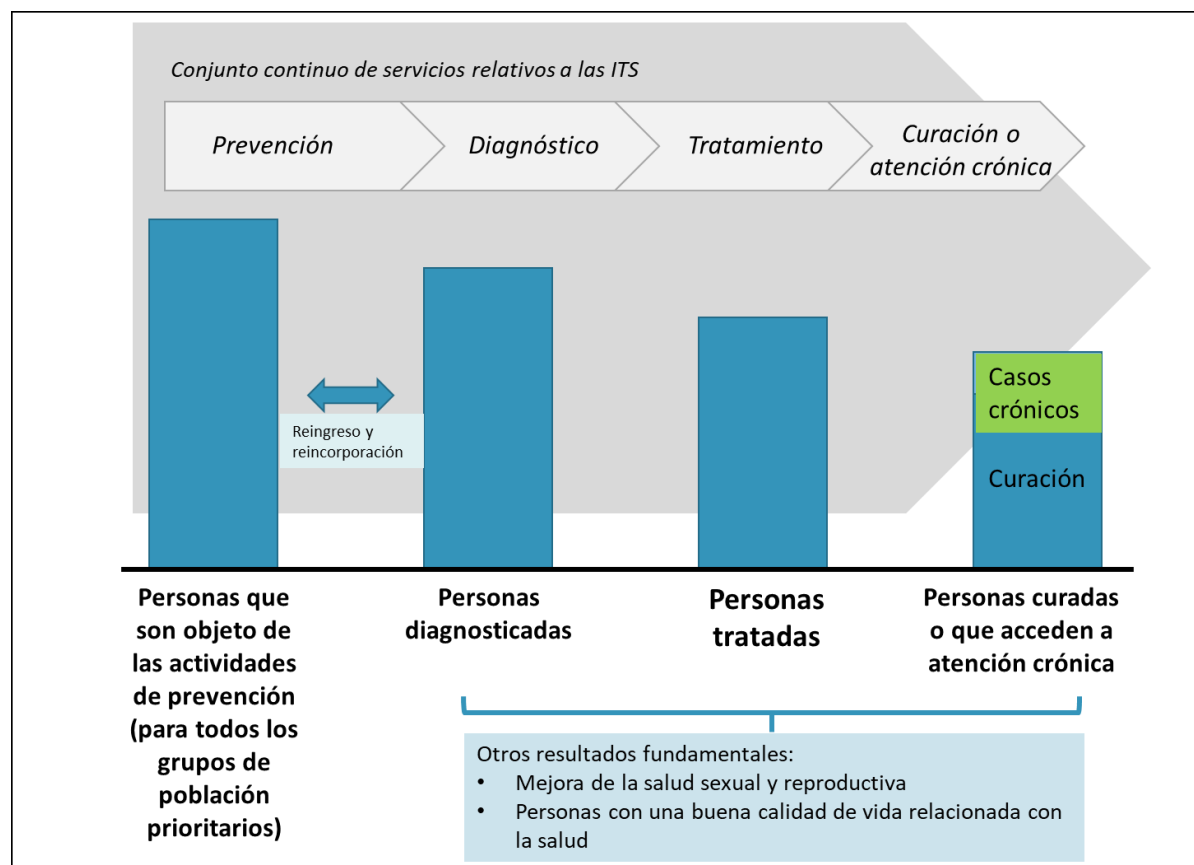
Los sistemas de salud deben centrarse en llegar a las poblaciones específicas para lograr un progreso equitativo contra las ITS, teniendo en cuenta las variaciones en la incidencia y la prevalencia, las conductas sexuales y los contextos locales. En muchos entornos los grupos de población prioritarios son las niñas y los niños adolescentes, los jóvenes, los trabajadores sexuales y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los transexuales, las personas infectadas por el VIH, las personas con otras ITS y las mujeres embarazadas. Otros grupos que se consideran especialmente vulnerables a las ITS son las personas que han sufrido violencia de género, los pueblos indígenas, los niños y jóvenes que viven en la calle, las personas afectadas por conflictos y disturbios y las personas con discapacidad.

6.2.1 Intervenciones para prestar servicios contra las infecciones de transmisión sexual

Medida 81: La continuidad asistencial frente a las infecciones de transmisión sexual. Proporcionar un conjunto continuo de servicios contra las ITS a la vez que se promueve la salud sexual y el bienestar y se atienden las necesidades de las personas. El proceso asistencial continuo frente a las ITS conforma un marco organizativo para ejecutar intervenciones esenciales que aborden de forma integral las necesidades de las personas en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención crónica. En el caso de las ITS, en el conjunto continuo de servicios hay que distinguir entre las infecciones que pueden tratarse y curarse y las que son de por vida. Los servicios de salud deben organizarse de tal forma que las personas con ITS curables sean diagnosticadas y tratadas el mismo día y las personas con ITS crónicas permanezcan a largo plazo en el proceso asistencial. Debe supervisarse la

continuidad de la atención para determinar dónde se producen las pérdidas de seguimiento que deben remediarse (véase la figura. 6.1). Para mejorar los resultados individuales y colectivos conviene aplicar estrategias de diagnóstico y tratamiento y facilitar el acceso a servicios de derivación en sitios que resulten cómodos para los pacientes.

Figura 6.1. Continuidad asistencial de los servicios contra las infecciones de transmisión sexual



Medida 82: Conjuntos de intervenciones contra las infecciones de transmisión sexual. Definir un conjunto básico de intervenciones con base empírica que sean relevantes para el contexto de cada país y se adapten a las necesidades de las diferentes poblaciones y entornos. Cada país debe definir un conjunto de intervenciones esenciales contra las ITS en el continuo de servicios, que incida en las distintas necesidades de los servicios de salud relacionadas con las ITS. La selección debe fundamentarse en datos, pruebas científicas, buenas prácticas y aportaciones de la comunidad y tener en cuenta la carga, la equidad, la eficacia, la resistencia, el costo, la aceptabilidad y la viabilidad de las intervenciones. El conjunto de intervenciones debe estar en consonancia con los conjuntos de prestaciones de la cobertura sanitaria universal y vinculado a la atención primaria de salud siempre que sea factible y pertinente.

Medida 83: Prevención de las infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 1). Ampliar las intervenciones de prevención primaria adaptadas a diferentes poblaciones y lugares. Las personas pueden requerir diferentes opciones de prevención de ITS en función de su edad, sexo y circunstancias; los riesgos y necesidades individuales pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona. Los datos deben analizarse para determinar la combinación óptima de intervenciones de prevención para diferentes poblaciones y lugares, con un seguimiento centrado en la persona que permita adaptar los servicios a las necesidades de las poblaciones. Entre las principales intervenciones cabe destacar las siguientes: formación integral sobre salud sexual y reproductiva (según lo descrito en la medida 1), acceso a preservativos, servicios destinados a las parejas sexuales (según lo descrito en la medida 7), profilaxis posterior a la exposición si es preciso, circuncisión médica masculina voluntaria y tratamientos supresores para el virus del herpes simple.

Medida 84: Vacunas contra las infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 1). Poner en marcha un programa integral de vacunación contra el virus del papiloma humano y acelerar el uso de las vacunas contra otras infecciones de transmisión sexual a medida que se vayan desarrollando. Existen vacunas eficaces para prevenir las infecciones por el virus del papiloma humano; usarlas de forma generalizada reducirá drásticamente los nuevos casos de cáncer cervicouterino, de pene y anal. En la actualidad, más de 100 países han incluido la vacuna contra el virus del papiloma humano en sus estrategias de vacunación, pero es necesario aumentar la cobertura en los países y reforzar las estrategias de promoción de la vacunación dirigidas a las adolescentes. También es preciso abordar la reticencia a la vacunación y los obstáculos para la aceptación de las vacunas. En los países que cuentan con recursos suficientes para ello, se están ampliando programas de vacunación contra el virus del papiloma humano para incluir la vacunación de los chicos adolescentes.

Medida 85: Transmisión vertical de las infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 3). Prevenir la transmisión vertical (de madre a hijo) de las infecciones de transmisión sexual. Hay varias ITS que pueden transmitirse verticalmente, como el VIH, la sífilis, la gonorrea, la clamidia, el virus del herpes simple y el HTLV-1. Para reducir la transmisión vertical será necesario mejorar el acceso a los servicios de atención prenatal y garantizar que los consultorios prenatales cuenten con los medios necesarios para prevenir y gestionar eficazmente las infecciones. Hay que brindar apoyo a las mujeres embarazadas para que notifiquen a sus parejas sexuales la necesidad de tratamiento, a fin de prevenir reinfecciones de ITS curables. En el caso de la sífilis, cuanto antes se examine y trate a la embarazada (lo ideal es que sea en la primera visita de atención prenatal), menor será el riesgo de complicaciones en el parto. Deberá hacerse un seguimiento adecuado de los bebés nacidos de madres con sífilis que no han sido tratadas con bencilpenicilina benzatínica. En las mujeres con sospecha de herpes genital primario, cabe plantearse el tratamiento supresor del virus del herpes simple durante el último trimestre del embarazo para prevenir el herpes neonatal. También hay que hacer seguimiento de los bebés. Por otro lado, todos los recién nacidos deberían recibir una dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B. En los entornos donde no se haga cribado sistemático de gonorrea y clamidia en las mujeres, debe administrarse profilaxis contra la oftalmia neonatal en el parto.

Medida 86: Concienciación y comportamiento de demanda de tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual. Concienciar sobre las infecciones de transmisión sexual y sus síntomas y alentar a las personas a solicitar cuanto antes tratamiento. Las actividades de educación sanitaria en los establecimientos de salud, en los entornos comunitarios y en otros ámbitos deben normalizar el diálogo sobre la salud sexual. Deben lanzarse campañas de información y educación adecuadas a cada edad con un enfoque positivo para promover la salud sexual y enseñar a las personas a prevenir y reconocer los signos y síntomas de las ITS y la importancia de solicitar tratamiento y prevenir reinfecciones. También es preciso llevar a cabo actividades de promoción de la salud y educación dirigida en grupos comunitarios. Las estrategias de autogestión de la salud, como las muestras obtenidas por el propio usuario y la telemedicina, pueden reducir los obstáculos de acceso a los servicios contra las ITS.

Medida 87: Gestión de casos de infecciones de transmisión sexual sintomáticos. Gestionar de forma eficaz y exhaustiva los casos de ITS sintomáticos y prevenir la transmisión posterior. Las personas deben poder acceder a servicios contra las ITS de calidad en un entorno en el que se sientan cómodas y donde la atención se preste de forma no discriminatoria ni estigmatizante, como los centros de atención primaria, los entornos comunitarios y las farmacias. Siempre que sea posible, el diagnóstico se acompañará de pruebas etiológicas y se notificará oportunamente. También deberían aplicarse nuevos modelos de prestación de servicios para aumentar la calidad y la comodidad del diagnóstico, la atención y el tratamiento de las ITS, como los servicios de telesalud, las clínicas rápidas, los servicios en la farmacia, las pruebas autoadministradas y las muestras recogidas por los propios pacientes, las clínicas móviles y el tratamiento acelerado de las parejas. Es preciso actualizar periódicamente las directrices nacionales de gestión de casos con base empírica para que reflejen los últimos avances en los tratamientos, los medios diagnósticos y la aparición de farmacorresistencias. Las directrices nacionales de gestión de casos deberán actualizarse a medida que se disponga de nuevas pruebas de diagnóstico fiables y asequibles con garantía de calidad. La transición de una gestión sindrómica a una gestión etiológica de la gonorrea, la clamidia y la sífilis, así como la tricomoniasis cuando sea posible, debe ampliarse con una alta cobertura en la atención primaria de salud.

Medida 88: Servicios destinados a las parejas sexuales de las personas con infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 7). Aplicar estrategias para la notificación voluntaria a las parejas sexuales y servicios de seguimiento accesibles. Los servicios destinados a las parejas de las personas afectadas contribuyen sustancialmente a evitar la transmisión de ITS y las reinfecciones. Estos servicios solo pueden ofrecerse con un modelo de participación voluntaria. Debe garantizarse la confidencialidad del caso inicial (caso índice) y de sus parejas sexuales. Las estrategias con base empírica, como el tratamiento acelerado y la derivación voluntaria de las parejas sexuales con la ayuda del proveedor de salud o incluso los enfoques de diagnóstico basados en el círculo social de las personas infectadas que se han desarrollado para la detección del VIH permiten llegar a las parejas sexuales de las personas diagnosticadas con otras ITS y ofrecerles servicios de tratamiento. Las técnicas innovadoras de rastreo de contactos en el marco de la COVID-19, especialmente las plataformas digitales, también pueden adaptarse para mejorar el diagnóstico voluntario de las parejas y los servicios conexos.

Medida 89: Detección de infecciones de transmisión sexual en los grupos de población prioritarios. Ampliar el acceso a los servicios de cribado de ITS de los grupos de población prioritarios. El cribado de los grupos de población prioritarios y el tratamiento de todas las infecciones mejora la salud de las personas y reduce la prevalencia en la comunidad. Las políticas y directrices nacionales en materia de ITS deben definir estrategias de cribado basadas en los datos epidemiológicos disponibles. Todas las embarazadas deberían someterse a pruebas de detección del VIH y la sífilis por lo menos una vez durante el embarazo, cuanto antes mejor. También debería hacerse un cribado periódico de VIH y sífilis en los grupos de población prioritarios, como por ejemplo las personas que toman profilaxis anterior a la exposición contra el VIH. Además, siempre que sea posible, se realizará un cribado de infecciones gonocócicas y por clamidias en los grupos de población prioritarios con pruebas de diagnóstico con garantía de calidad. Se debe considerar la posibilidad de tomar muestras de múltiples sitios anatómicos y agruparlas. Las mujeres en edad reproductiva deben someterse a pruebas periódicas para detectar las enfermedades cervicouterinas de conformidad con las directrices nacionales. Actualmente uno de los principales obstáculos de los programas de cribado de las ITS es la falta de pruebas de diagnóstico precisas y de bajo costo en el lugar de consulta. Es necesario redoblar los esfuerzos para que las pruebas de laboratorio para detectar ITS sean más asequibles y accesibles.

Medida 90: Tratamiento de las complicaciones y secuelas de las infecciones de transmisión sexual. Prevenir y tratar adecuadamente las complicaciones y secuelas de las ITS. El diagnóstico y tratamiento tempranos de las ITS previenen la aparición de complicaciones y secuelas como la enfermedad inflamatoria pélvica, el embarazo ectópico, la neurosífilis, la infección gonocócica y por clamidias diseminada, etc. También contribuyen a prevenir los cánceres causados por algunas ITS, como el virus del papiloma humano y el HTLV-1.

Medida 91: Farmacorresistencia de las infecciones de transmisión sexual. Hacer un seguimiento de los patrones de resistencia a los antimicrobianos para fundamentar las recomendaciones y políticas de tratamiento. En muchas partes del mundo ha aparecido resistencia a la mayoría de los medicamentos utilizados para tratar la gonorrea. Otros patógenos de transmisión sexual con una posible resistencia a los antimicrobianos son *Mycoplasma genitalium* y *Trichomonas vaginalis*. La resistencia a los antimicrobianos es un reto mundial. Los países deben reforzar y ampliar la vigilancia y el seguimiento de los fracasos terapéuticos y participar en la creación de redes regionales de laboratorios para realizar cultivos gonocócicos y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos. Es preciso utilizar los datos de la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para actualizar periódicamente las directrices y políticas nacionales de tratamiento. También es importante reforzar la reglamentación nacional sobre medicamentos y las políticas de prescripción y concienciar sobre el uso correcto de los antimicrobianos a los proveedores de atención de salud y a los usuarios, especialmente en los grupos de población prioritarios. Las iniciativas para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos en las ITS deben estar en consonancia con el plan de acción general de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos.²⁰ Para afrontar el reto de la resistencia a casi todos los medicamentos utilizados para tratarla gonorrea, la OMS ha reforzado el programa de vigilancia de la susceptibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos mediante una red de laboratorios encargada de coordinar las labores de vigilancia y vinculada al Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos.

6.2.2. Intervenciones en materia de ITS para mejorar la integración y la vinculación con otras áreas de la salud

Medida 92: Vinculación de los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual con otros servicios de salud (complementa las medidas comunes 9 y 11). Reforzar los vínculos, la colaboración y la integración entre los servicios de ITS y otros servicios de salud. Prestar los servicios relacionados con las ITS junto con otros servicios de salud tiene el potencial de reducir costos, mejorar la eficiencia y aumentar el acceso y uso de los servicios. Teniendo en cuenta la carga de morbilidad que suponen las ITS para tantos grupos de población, es fundamental integrar los servicios contra las ITS en la atención primaria. Los servicios de prevención y gestión de casos de ITS deben estar estrechamente vinculados con los de prevención del VIH, incluidos los servicios comunitarios y de proximidad para las poblaciones clave en relación con el VIH. También es importante vincularlos con los servicios de salud para adolescentes y los de educación para la salud en las escuelas, para llegar a los chicos y chicas jóvenes. Los servicios relacionados con las ITS también deben contar con mecanismos sólidos de derivación a servicios oncológicos. Los servicios contra las ITS también podrían combinarse con otros como los de planificación familiar, atención materna y neonatal, inmunización, enfermedades no transmisibles, salud mental y promoción de la salud, incluida la promoción de la salud sexual. Los países deben elaborar modelos adecuados de integración y vinculación en función del contexto y las características de cada sistema de salud.

6.3 Orientación estratégica 2: Optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto

En esta sección se describen las medidas prioritarias específicas contra las ITS para reforzar la prestación de servicios de salud y otras funciones del sistema de salud, incluida la colaboración multisectorial. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 2 en el capítulo 3.

Medida 93: Servicios contra las infecciones de transmisión sexual centrados en las personas (complementa las medidas comunes 18 y 19). Ampliar el acceso y uso de los servicios de ITS centrados en las personas. Las metas fijadas respecto a las ITS no se alcanzarán a menos que los servicios sean más accesibles para las poblaciones de mayor riesgo. El uso de modelos simplificados en la prestación de servicios debe ampliarse e integrarse más ampliamente con otros servicios de salud, como la atención primaria, los servicios contra el VIH, la atención prenatal y la salud sexual y reproductiva. Las aplicaciones prácticas deben guiar la ampliación de los programas relativos a las ITS, como la descentralización de los servicios mediante el reparto de tareas con la atención primaria de salud y los servicios comunitarios. Los sistemas de salud deben aumentar la capacidad de los servicios de atención primaria para prevenir y gestionar las ITS junto con el VIH y las hepatitis víricas. Se requieren iniciativas específicas para fomentar el acceso de los hombres y los niños varones a los servicios relacionados con las ITS, con intervenciones que aborden sus necesidades específicas. Los modelos de prestación de servicios deben ofrecer servicios de alta calidad contra las ITS que eviten la estigmatización y resulten aceptables para los grupos de población prioritarios, en particular

a través de la comunidad. Además, es preciso empoderar a las personas para que participen activamente en la promoción de su propia salud.

Medida 94: Financiación de las infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 23). Aplicar estrategias para aumentar las inversiones en la prevención y el tratamiento de las ITS. Aunque hay intervenciones en curso para prevenir y tratar las ITS, los gobiernos nacionales y los organismos de desarrollo externos todavía no conceden suficiente prioridad a la financiación de la respuesta de salud pública a las ITS. Los países deben identificar oportunidades para movilizar fondos y destinarlos a la salud sexual, además de incorporar la prevención y el tratamiento de las ITS en las iniciativas generales para aumentar las inversiones en materia de salud.

Medida 95: Productos básicos de salud para las infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 24). Garantizar un acceso equitativo y fiable a medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas, preservativos y otros productos sanitarios asequibles y de calidad para las ITS. Los productos básicos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS deben incorporarse a los sistemas nacionales de gestión de adquisiciones y suministros sanitarios, a fin de garantizar que se seleccionen los productos adecuados, se adquieran a un precio razonable y se entreguen de forma eficiente. Los sistemas de control de existencias desempeñan un papel importante para reducir el desabastecimiento y deben estar vinculados a las previsiones nacionales de demanda y suministro. Un modelo de adquisiciones conjuntas y centralizadas, tanto a escala nacional como regional, puede ayudar a reducir los costos, garantizar la calidad y evitar el desabastecimiento. Es importante que la calidad de los productos básicos esté garantizada; los países que adquieren productos que no están precalificados por la OMS ni aprobados por los organismos de reglamentación pueden tener dificultades en este sentido. Así ocurre con la penicilina, el único fármaco que previene la sífilis congénita. La OMS colabora con los asociados para garantizar la calidad de la penicilina en un futuro próximo.

Medida 96: Servicios contra las infecciones de transmisión sexual del sector privado y las organizaciones no gubernamentales. Colaborar con el sector privado y las organizaciones no gubernamentales para aumentar el acceso a servicios de alta calidad contra las ITS. Muchos proveedores, incluidos los del sector privado y las organizaciones no gubernamentales, prestan servicios relacionados con las ITS. La decisión de los clientes sobre cómo y dónde solicitar servicios relacionados con las ITS depende de la disponibilidad de los servicios, pero también de las percepciones sobre la gravedad de la enfermedad y de otros aspectos como el costo, la confidencialidad, la facilidad de uso y la eficacia. Los gobiernos deben alentar la colaboración con el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios para elaborar enfoques innovadores y ampliar el alcance de las campañas de prevención, acceso a las vacunas, servicios de laboratorio, tratamiento y atención. Entre los mecanismos para incorporar a los proveedores privados y no gubernamentales en las iniciativas nacionales para mejorar los servicios contra las ITS destacan las franquicias de salud, las alianzas público-privadas y la capacitación en materia de ITS de los profesionales de la salud del sector privado. Es preciso reforzar los sistemas nacionales de información sanitaria para instar a los proveedores de servicios de salud que

no pertenecen al sector público a compartir datos sobre la prestación de servicios y a participar en los sistemas de control de calidad.

Medida 97: Capacidad de los laboratorios respecto a las infecciones de transmisión sexual. Aumentar la capacidad de los laboratorios para mejorar la gestión de casos y la vigilancia de las ITS. Dado que la mayoría de las ITS son asintomáticas, es fundamental contar con un diagnóstico y cribado adecuados. Es preciso aumentar la capacidad de los laboratorios, aprovechar las redes de laboratorios existentes y los sistemas de control de la calidad para mejorar la gestión de casos y la vigilancia. Una parte de esa tarea consiste en entender las causas de las enfermedades y vigilar la aparición de resistencia a los tratamientos. Hay que definir los requisitos de los laboratorios en los distintos niveles de atención de salud y dotarlos de infraestructuras suficientes y de personal debidamente capacitado. También es preciso establecer sistemas de derivación para garantizar que las muestras se transporten adecuadamente y que los resultados se entreguen a tiempo.

Medida 98. Personal de salud para las infecciones de transmisión sexual (complementa la medida común 25). Aumentar las competencias del personal general en la gestión de casos de ITS. Es necesario ampliar la educación y la capacitación generales en materia de salud sexual de todos los trabajadores de salud, para mejorar su confianza y sus competencias y garantizar que todas las personas que acuden a los servicios de salud sexual lo hagan en un entorno libre de estigma y discriminación. El personal de salud, incluido el de atención primaria y el comunitario, debe recibir formación para preguntar por los antecedentes sexuales y prestar servicios centrados en las personas que sean accesibles, aceptables y adecuados.

6.4 Orientación estratégica 3: Generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción.

En esta sección se describen las medidas específicas contra las ITS para reforzar los sistemas de información sanitaria con el fin de mejorar la disponibilidad, el uso y la rendición de cuentas de los datos. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 3 en el capítulo 3.

Medida 99: Sistemas de información sanitaria sobre las infecciones de transmisión sexual (complementa las medidas comunes 30-32). Invertir en el refuerzo de los sistemas de información sanitaria sobre las ITS y vincularlos más eficazmente con los sistemas de información sanitaria generales. La vigilancia de las ITS se basa en cuatro competencias básicas: notificación de casos, seguimiento de la prevalencia, evaluación de las causas de los síndromes de ITS y supervisión de la resistencia a los antimicrobianos. Las iniciativas de vigilancia de ITS deben estar en consonancia con los sistemas nacionales de información sanitaria. Para reforzar la vigilancia de los patógenos y de la farmacorresistencia será preciso invertir en la recopilación y el análisis de los datos y aumentar la capacidad y la calidad de los laboratorios de cada país. Es necesario mejorar la notificación sistemática de los datos e identificar las oportunidades para ampliar la vigilancia y pasar de una notificación de los casos sindrómicos, que solo detecta a las personas sintomáticas con acceso al diagnóstico y al tratamiento, a una vigilancia que incluya a las personas asintomáticas o que no solicitan atención de salud. Los datos deben desglosarse por sexo, edad, situación socioeconómica,

región geográfica y por cualquier otra característica relevante de la población, de conformidad con las prioridades nacionales, para hacer un seguimiento de la equidad en el acceso y de los resultados. Los sistemas de notificación también deben recopilar datos sobre otros resultados sanitarios relacionados con las ITS, como la sífilis congénita.

Medida 100: Datos sobre las infecciones de transmisión sexual procedentes del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales. Establecer sistemas de seguimiento para recopilar datos sobre los servicios de ITS prestados y los productos básicos distribuidos por el sector privado y los proveedores de servicios no gubernamentales. En los países en los que los laboratorios, las farmacias y los médicos del sector privado prestan una parte importante de los servicios de diagnóstico y tratamiento contra las ITS, es importante que dichos proveedores notifiquen periódicamente los datos al sistema nacional de información sanitaria. Para ello conviene elaborar un registro de proveedores, establecer un sistema normalizado para definir los casos y notificarlos e instaurar mecanismos adecuados para garantizar la calidad, confidencialidad, coordinación y los comentarios sobre los datos, a fin de mejorar los servicios.

6.5 Orientación estratégica 4: Implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas

En esta sección se describen las medidas específicas contra las ITS para implicar a las comunidades, a las poblaciones afectadas y a la sociedad civil en la promoción, la prestación de servicios, la elaboración de políticas y las iniciativas para derribar los obstáculos sociales y estructurales en relación con las ITS. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 4 en el capítulo 3.

Medida 101: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil en materia de las infecciones de transmisión sexual (complementa las medidas comunes 33 y 34). Implicar y apoyar a las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil, modificar los modelos de prestación de servicios de salud y reformar las leyes para evitar que el estigma, la discriminación y otros obstáculos sociales limiten el acceso de las personas a los servicios relacionados con las ITS y vulneren los derechos humanos. Es importante contar con la participación de los representantes de las comunidades más afectadas (en especial los jóvenes y los representantes de las poblaciones clave y otras comunidades que sufran estigmatización y la discriminación) en el diseño, la promoción, la aplicación y el seguimiento de los servicios contra las ITS y recabar su apoyo para generalizar el uso de los servicios. La prestación de servicios en la comunidad dota a las personas de un abanico de intervenciones más amplio, con mayores posibilidades de autogestión de la salud, por ejemplo mediante muestras obtenidas por el propio usuario para algunas ITS frecuentes. El éxito de las estrategias de participación y empoderamiento de la comunidad en la lucha contra el VIH demuestra que los sistemas de salud deberían contar con las comunidades y los proveedores de servicios comunitarios para la promoción de la salud sexual. Por otro lado, la participación de la comunidad y la sociedad civil es fundamental para acabar con la estigmatización y la discriminación que pueden sufrir las personas con infecciones de transmisión sexual. Algunos

de los obstáculos pueden superarse mediante la adaptación de los modelos de prestación de servicios para satisfacer las necesidades de los grupos de población afectados. En el caso de otros obstáculos, puede ser necesario revisar y reformar ciertas leyes, reglamentos y políticas que limitan el acceso a los servicios de salud. Hay que hacer lo posible para que las organizaciones de la sociedad civil y las partes interesadas que ya se dedican a reducir el estigma y la discriminación frente al VIH extiendan esta lucha a las demás infecciones de transmisión sexual.

6.6 Orientación estratégica 5: Fomentar la innovación para lograr impacto

En esta sección se describen las medidas específicas contra las ITS para fomentar y difundir las innovaciones y acelerar su repercusión. Las medidas de esta sección deben aplicarse junto con las medidas comunes relevantes descritas dentro de la orientación estratégica 5 en el capítulo 3.

Medida 102: Enfoques innovadores para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Identificar, evaluar y ampliar las mejores prácticas de prevención de las ITS. Se necesitan nuevos modelos y productos de prevención para ampliar la gama de intervenciones disponibles y atender las necesidades de las personas. Por ejemplo, se requieren vacunas, profilaxis posterior a la exposición y tecnologías de prevención polivalentes que combinen la anticoncepción con la protección contra las ITS, incluido el VIH. También hay que valorar si los avances en los servicios de prevención del VIH, como los servicios comunitarios y los destinados a las parejas, son relevantes para las demás ITS y pueden ampliarse en consecuencia. Las redes sociales y los canales de información desempeñan un papel cada vez más importante a la hora de difundir información de salud, por lo que es preciso evaluar las oportunidades y retos que entrañan para los servicios contra las ITS.

Medida 103: Nuevas vacunas contra las infecciones de transmisión sexual. Fomentar las inversiones en la investigación y los ensayos clínicos de las vacunas contra las ITS, reforzando la colaboración con el sector privado y las comunidades. El desarrollo de vacunas es un componente fundamental del programa de investigación de las ITS. La investigación debe abarcar, entre otras cosas, la comprensión de la patogénesis, la inmunidad y los marcadores de protección contra diversas infecciones. Las vías de reglamentación deben reforzarse para comercializar las vacunas autorizadas contra las ITS y generalizar adecuadamente su uso, con mecanismos que garanticen una distribución equitativa de las vacunas a las personas en riesgo de infección. Los datos de los estudios observacionales indican que las vacunas contra *Neisseria meningitidis* del serogrupo B proporcionan cierta protección contra *Neisseria gonorrhoeae*; ya hay en marcha ensayos comparativos aleatorizados para comprobarlo. Se están llevando a cabo ensayos clínicos para evaluar vacunas terapéuticas contra el virus del herpes simple. También se han realizado los primeros ensayos clínicos de vacunas contra la infección por clamidias. En cuanto a los ensayos preclínicos, se están investigando vacunas contra otras ITS, por ejemplo vacunas profilácticas contra el virus del herpes simple y la gonorrea.

Medida 104: Nuevas estrategias de diagnóstico y detección de las infecciones de transmisión sexual. Impulsar el desarrollo y la evaluación de nuevas estrategias de

diagnóstico y detección de las ITS. Se necesitan urgentemente plataformas múltiples rápidas y asequibles que permitan el diagnóstico simultáneo de varios patógenos. También se requieren tecnologías fiables en el lugar de consulta, que puedan utilizarse en entornos donde el acceso a los laboratorios sea nulo o limitado. Este tipo de pruebas permitirá pasar de un tratamiento sintomático a uno etiológico. Es preciso contar con pruebas de diagnóstico rápidas y de bajo costo en el lugar de consulta para la gonorrea, la clamidia, el cribado del virus del papiloma humano y el del cáncer cervicouterino. También se requiere una prueba rápida de bajo costo para diferenciar la sífilis activa de la inactiva. El desarrollo de pruebas de diagnóstico fiables y de bajo costo también sería muy beneficioso para controlar el virus del papiloma humano y las complicaciones relacionadas con las ITS, como la sífilis congénita y la enfermedad inflamatoria pélvica. Además de las pruebas para diagnosticar infecciones, se necesitan pruebas para identificar y caracterizar rápidamente la resistencia a los antimicrobianos. También es necesario investigar para mejorar la toma de muestras de diferentes sitios anatómicos si procede y estudiar la mejor manera de utilizar dichas pruebas (incluidas las autoadministradas) en varios entornos.

Medida 105: Nuevos tratamientos contra las infecciones de transmisión sexual. Impulsar el desarrollo y los ensayos clínicos de nuevos tratamientos contra las infecciones de transmisión sexual, sus complicaciones y secuelas. Es preciso investigar varios aspectos relacionados con los tratamientos de las ITS, como las dosis óptimas, las combinaciones de fármacos, las interacciones farmacológicas y las vías de administración para mejorar el acceso y el cumplimiento terapéutico. Se necesitan nuevas opciones de tratamiento de bajo costo y fáciles de usar contra la sífilis. También es urgente desarrollar nuevas opciones de tratamiento contra la gonorrea, puesto que está apareciendo resistencia al tratamiento de última línea y hay muy pocos medicamentos nuevos en desarrollo. Por último, se necesitan nuevos tratamientos contra la tricomoniasis y la infección por *Mycoplasma genitalium* para hacer frente a la resistencia a los antimicrobianos que empieza a surgir.

7. Aplicación, rendición de cuentas y seguimiento

Para que las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual se apliquen con eficacia hay que instaurar un liderazgo sólido y promover las alianzas, la solidaridad y la rendición de cuentas. En este capítulo se presentan las principales consideraciones operativas para la aplicación de las estrategias. También se exponen las medidas que puede adoptar la OMS para brindar apoyo a los países y los asociados y se describe el marco de rendición de cuentas en relación con las estrategias.

7.1 Puesta en práctica de las estrategias

Las estrategias mundiales del sector de la salud establecen un conjunto integral de medidas para orientar a los países y a los asociados a diseñar y aplicar respuestas con base empírica para poner fin a las epidemias de VIH, hepatitis víricas y enfermedades de transmisión sexual. Las estrategias reconocen los elementos en común y las diferencias entre las diferentes enfermedades y plantean una combinación de medidas comunes y específicas destinadas a conseguir la máxima repercusión posible mediante enfoques alineados e integrados siempre que sea posible, en un marco de cobertura sanitaria universal centrada en las personas.

Las especificidades del contexto nacional y regional determinarán la puesta en práctica de los programas y servicios, a fin de garantizar la consecución de objetivos comunes y mantener los avances específicos en cada enfermedad. Se exhorta a los países a tomar decisiones en función de los contextos nacionales y subnacionales, las necesidades de la población y los puntos fuertes y débiles del sistema de salud en cuestión. El objetivo general debe ser aplicar de forma equitativa las intervenciones de mayor impacto y más costoeficaces, con modelos de prestación de servicios diferenciados que respondan a las necesidades de las distintas poblaciones y entornos. Los países también deberán determinar en qué medida pueden aumentar la alineación y la integración entre el VIH, las hepatitis víricas, las infecciones de transmisión sexual y otras áreas de la salud relacionadas; y entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. La integración de los servicios debe adaptarse a las condiciones locales, para garantizar la continuidad de los servicios de salud de forma coordinada en los diferentes puntos de prestación de servicios de salud, tanto formales como informales, con arreglo a las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. Las decisiones también pueden ir evolucionando con el tiempo para responder a los cambios en el contexto o a las necesidades sanitarias.

Los marcos políticos nacionales deben actualizarse para aplicar en todo momento modelos de prestación de servicios eficaces. Por ejemplo, puede ser necesario modificar la reglamentación para reconocer a los agentes de salud comunitarios como parte integrante del sistema de salud u ofrecer programas de capacitación específicos destinados a establecer equipos de atención multidisciplinaria. Se insta a los países a aprovechar estratégicamente las innovaciones para optimizar la prestación de servicios, por ejemplo ampliando el uso las tecnologías digitales en el ámbito de la salud. La OMS brindará orientación y apoyo a los países para poner en práctica las estrategias como parte de los procesos de planificación nacional del sector de la salud. La OMS también respaldará la creación de capacidad en relación con las investigaciones sobre la aplicación que serán necesarias para que los países

adapten de la mejor manera posible los modelos de prestación de servicios en función de sus necesidades, incluidas las investigaciones sobre la aplicación de servicios integrados.

7.2 Importancia de las alianzas

Para luchar contra las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual muchos asociados en materia de salud y desarrollo colaboran con los ministerios de salud. Las metas mundiales no se alcanzarán a menos que todos los asociados se unan en aras de una agenda común dirigida por los países que cuente con el apoyo de la OMS y de los asociados, con una colaboración reforzada entre sistemas y sectores.

Liderazgo de los países: Las estrategias mundiales aportan una visión general y orientaciones para que los países elaboren sus estrategias nacionales para poner fin al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual y avancen hacia la cobertura sanitaria universal de aquí al 2030. La aplicación eficaz de las estrategias requiere la implicación y el liderazgo de los países para fijar prioridades, conseguir recursos sostenibles y coordinar las actuaciones de las instancias normativas, los proveedores de servicios de salud, las comunidades y otras partes interesadas en un entorno jurídico y social propicio.

Donantes multilaterales y bilaterales y fondos, fundaciones y organismos de desarrollo: Adoptar un enfoque armonizado respecto a las alianzas es fundamental para acelerar los avances. Todos los asociados deben colaborar estrechamente en pro de metas y objetivos comunes, en el marco de la cobertura sanitaria universal y del programa de atención primaria de salud y con el apoyo necesario para conseguir una aplicación coordinada de las estrategias. Además de los organismos de las Naciones Unidas, los principales asociados mundiales que contribuyen a las respuestas del sector de la salud frente al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual son el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Unitaïd, Gavi, la Alianza para las Vacunas, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida, y muchos otros socios bilaterales. Las respuestas mundiales a las hepatitis víricas y a las infecciones de transmisión sexual normalmente han contado con menos alianzas y menos mecanismos de financiación que las del VIH. Movilizar y mantener nuevas alianzas en relación con esas enfermedades será especialmente importante para acelerar los progresos y conseguir las metas para 2030. Para poner fin a las epidemias también será necesario adoptar enfoques multisectoriales y armonizar las iniciativas con las de los asociados para hacer frente a los principales retos en materia de salud y desarrollo, que están interrelacionados.

Sociedad civil y organizaciones comunitarias: Desde las primeras etapas de la respuesta al VIH, la sociedad civil y las organizaciones comunitarias han desempeñado un papel fundamental en la promoción, la prestación de servicios y la rendición de cuentas. Más recientemente, también han propiciado respuestas más contundentes a las hepatitis víricas y a las infecciones de transmisión sexual. La pandemia de COVID-19 ha impulsado a las organizaciones comunitarias de todo el mundo a intensificar los esfuerzos de innovación para acercar los servicios a quienes los necesitan en un entorno de confianza. Deben fomentarse y aprovecharse las contribuciones de la sociedad civil y de las comunidades, puesto que ayudan a los países a conseguir el objetivo de acabar con las epidemias.

Otros asociados: Las instituciones académicas y de investigación, las asociaciones profesionales y las entidades del sector privado también desempeñan un papel importante en la innovación, la prestación de servicios y la promoción de la salud, en un entorno mundial que no cesa de evolucionar. Se precisan mecanismos de coordinación a escala nacional y mundial con el fin de armonizar sus prioridades y las de las partes interesadas.

7.3 Rol de la OMS

La OMS, cuyas funciones básicas son la rectoría mundial de la salud, la promulgación de normas y criterios basados en datos científicos y la asistencia técnica a los países, se encuentra una posición privilegiada para catalizar los progresos que permitan poner fin a las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual de aquí a 2030. La OMS también recaba apoyo político y financiación sostenible para el sector de la salud ante las instancias normativas más altas y defiende encarecidamente la equidad, la igualdad de género y los enfoques basados en los derechos humanos en todas las respuestas. Estos compromisos vertebran la labor de la OMS y se recogen en la Constitución de la OMS y en la misión del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023 de «promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables».

Para respaldar las medidas de los países consignadas en los capítulos 3-6, la OMS, por su parte, adoptará las medidas que se detallan a continuación:

Medida A: Liderazgo y alianzas estratégicas. Brindar orientaciones estratégicas mundiales para que el sector de la salud logre poner fin a las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual, entre otras cosas a través del liderazgo, las alianzas multisectoriales y la diplomacia en el ámbito de la salud en las esferas políticas más altas.

La OMS colaborará estrechamente con los Estados Miembros y los asociados para potenciar y mantener el compromiso de poner fin a las epidemias de VIH, hepatitis víricas e ITS como parte de los objetivos de cobertura sanitaria universal. La OMS abogará por que se financien plenamente las respuestas mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS como parte de los conjuntos de prestaciones esenciales de la cobertura sanitaria universal y promoverá estrategias integrales de sostenibilidad. Ante la falta de avances para poner fin a la propagación del VIH entre los niños, la OMS, UNICEF y ONUSIDA convocarán una nueva coalición e iniciativa mundial para dar seguimiento a «Start Free, Stay Free, AIDS Free», la iniciativa mundial acelerada para poner fin al sida en niños, adolescentes y mujeres jóvenes para el periodo comprendido entre 2015 y 2020. Para hacer frente al aumento de infecciones por VIH entre los miembros de las poblaciones clave, la OMS lanzará una iniciativa para prestar servicios integrales y diferenciados a las poblaciones clave y abordar, entre otras cosas, la estigmatización y la discriminación en el sector de la salud. A fin de subsanar las deficiencias financieras en la ampliación de la respuesta del sector de la salud frente a las hepatitis víricas, la OMS convocará un consorcio mundial de asociados con el objetivo de recabar fondos catalizadores para impulsar las iniciativas para poner fin a las epidemias de hepatitis víricas como amenazas para la salud pública. Además, con miras a renovar los compromisos mundiales para hacer frente a las ITS, la OMS liderará una coalición multisectorial de asociados, defensores de la causa y comunidades afectadas para concienciar y conseguir financiación. En todas sus actividades, la OMS fomentará la participación significativa de los actores de la sociedad civil y la comunidad (especialmente las redes y

organizaciones dirigidas por poblaciones clave) en la toma de decisiones a escala nacional. Además, garantizará que estén representados en los grupos consultivos técnicos de la OMS. Por último, la OMS velará por mejorar los conocimientos especializados y las capacidades en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las ITS tanto en la sede como en todas las oficinas regionales a fin de garantizar el apoyo a los países con mayor carga de morbilidad.

Medida B: Comunicación y promoción de la salud pública. Concienciar y mantener el compromiso mundial respecto a la necesidad de actuar urgentemente para poner fin a las epidemias, con medidas para subsanar las deficiencias en la respuesta al VIH, acelerar el impulso para abordar las hepatitis víricas y revitalizar la respuesta a las infecciones de transmisión sexual. La OMS apoyará las iniciativas de promoción y comunicación mundiales y nacionales en relación con las respuestas al VIH, las hepatitis víricas y las ITS, mediante la elaboración de mensajes de salud pública con base empírica para concienciar sobre la carga y la repercusión de estas enfermedades; para combatir el estigma, la discriminación y los sentimientos de vergüenza, especialmente en el sector de la salud, y para reformular el discurso de modo que gire en torno a la salud y el bienestar sexual en lugar de en torno a las enfermedades. La OMS sacará el máximo partido a las alianzas con la sociedad civil, el mundo académico, la comunidad investigadora, los medios de comunicación y las partes interesadas a efectos de difusión. Por último, la OMS prestará apoyo a las campañas de promoción y comunicación de la salud a escala mundial, regional y nacional, en particular mediante la elaboración de materiales e instrumentos básicos y el uso de medios digitales y sociales para ampliar su alcance.

Medida C: Normas y criterios. Elaborar normas, criterios y otros bienes mundiales de salud pública basados en pruebas sobre todas las esferas temáticas relacionadas con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, y promover el uso de directrices, herramientas y enfoques de prestación de servicios actualizados por parte de todos los países. La OMS liderará las iniciativas científicas y técnicas destinadas a elaborar y actualizar las normas, criterios e instrumentos mundiales sobre todas las esferas temáticas relacionadas con el VIH, las hepatitis víricas y las ITS, mediante un proceso sólido, amén de dinámico y oportuno, para evaluar los nuevos datos y actualizar las orientaciones normativas. La OMS también proporcionará orientaciones operativas para adoptar enfoques integrados en relación con el VIH, las hepatitis víricas, las ITS y los problemas de salud conexos, que se centren en las personas y puedan adaptarse a las necesidades de cada lugar y de cada población. La OMS utilizará plataformas digitales punteras para que las partes interesadas puedan acceder a los resultados de la mejor forma posible.

Medida D: Innovación. Aportar liderazgo para configurar los programas mundiales de investigación sobre el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, y promover la disponibilidad y ampliación de las innovaciones eficaces en materia de salud en todos los países. La OMS prestará ayuda a los países para que saquen partido a los enormes avances científicos de los últimos años en lo relativo a las vacunas, las pruebas de diagnóstico en el lugar de consulta, las estrategias de curación y los enfoques de prestación de servicios y avancen hacia el fin de las epidemias. La OMS respaldará la innovación e investigación convocando a los gobiernos, las comunidades y los asociados de investigación y desarrollo para establecer prioridades en la investigación, elaborar normas y criterios sobre

buenas prácticas de investigación y velar por que los datos empíricos se traduzcan en tecnologías de salud asequibles y se utilicen como fundamento de las nuevas políticas. La OMS también colaborará con los fabricantes y con los asociados para que las nuevas tecnologías se pongan a disposición de los países cuanto antes y a un precio asequible. La OMS promoverá la disponibilidad y el uso de innovaciones científicamente contrastadas en los sistemas de salud mediante la participación de los gobiernos y los asociados en materia de investigaciones y financiación, y fomentará la cooperación Sur-Sur en la investigación y la innovación.

Medida E: Apoyo técnico. Proporcionar apoyo técnico a los países para que revisen, adapten y apliquen sus respuestas nacionales al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual y refuercen la atención primaria y los sistemas de salud. La OMS reforzará su labor de apoyo técnico en los países para elaborar políticas, planificar estrategias y aplicar las respuestas nacionales al VIH, las hepatitis víricas y las ITS, con la participación efectiva de las comunidades en la toma de decisiones y la prestación de servicios. La OMS también ayudará a que los países refuercen las instituciones de salud pública y aumenten las capacidades del sistema de salud. El apoyo de la OMS se adaptará a los contextos y capacidades de cada país y se centrará en impulsar la consecución de resultados y promover la equidad y la sostenibilidad en las respuestas nacionales.

Medida F: Seguimiento mundial y presentación de informes. Dar seguimiento y presentar informes sobre los progresos en la consecución de las metas mundiales en materia de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual, con el fin de promover la toma de decisiones basada en datos científicos y garantizar la rendición de cuentas. La OMS establecerá normas mundiales para la recopilación, el análisis y el uso de los datos sanitarios relacionados con el VIH, las hepatitis víricas y las ITS, y apoyará a los países para aumentar la capacidad de las plataformas nacionales de datos salud. La OMS abogará por la recopilación y notificación de datos desglosados por sexo, edad, poblaciones clave, zona geográfica y otras variables, según proceda, con el fin de evaluar las deficiencias y promover la equidad. La OMS fomentará la transparencia de los datos y su uso para la toma de decisiones y presentará informes periódicos sobre los progresos realizados a escala mundial.

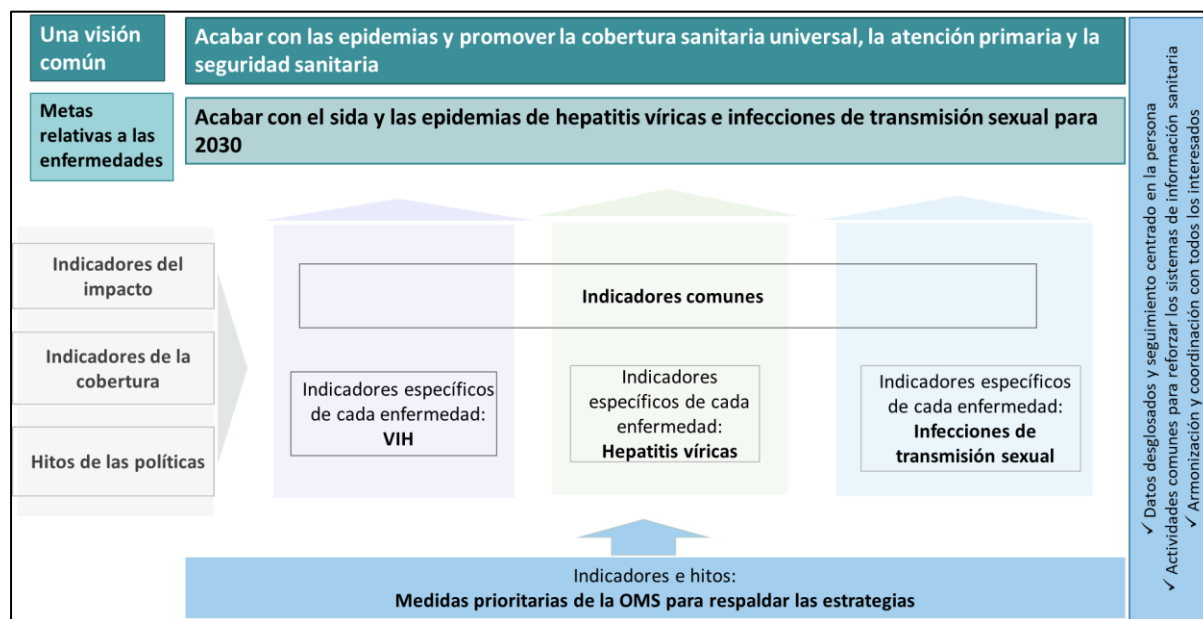
7.4 Rendición de cuentas, seguimiento y presentación de informes

Poner fin a las epidemias de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual solo será posible con una rendición de cuentas colectiva que incorpore mecanismos transparentes a todos los niveles para todos los actores, tanto los del sistema de salud general como los específicos de cada enfermedad. La teoría del cambio que subyace a las estrategias y que se consigna en el capítulo 1 esboza el camino para que los países apliquen de forma coherente y complementaria todas las medidas, con el apoyo de la OMS y de los asociados, para estar un paso más cerca del fin de las epidemias en el mundo y promover la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria. Para garantizar la rendición de cuentas en relación con las medidas que deben adoptar los países y la OMS, se efectuará un seguimiento periódico y se presentarán informes sobre los indicadores e hitos en los que se centran las medidas.

Rendición de cuentas a escala mundial: A escala mundial, el marco de rendición de cuentas de las estrategias mundiales del sector de la salud se basa en indicadores y metas. Algunos

son comunes y otros específicos para cada enfermedad, pero todos se desglosarán, si procede, y se utilizarán para supervisar los resultados, la cobertura, la equidad y la calidad de la respuesta mundial. El marco de rendición de cuentas también incluye hitos comunes y específicos para controlar los avances en las áreas prioritarias de las políticas y los sistemas. El marco de rendición de cuentas mundial se resume en la figura 7.1. En el anexo 2 se presenta el marco de medición completo con indicadores y metas.

Figura 7.1. Marco de medición para las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030



El marco de medición fija metas mundiales para 2025 y 2030 en relación con todos los indicadores prioritarios del impacto y la cobertura, así como hitos para las políticas. El seguimiento mundial se basará en los datos recabados por los Estados Miembros y los asociados a través de los mecanismos establecidos. Será importante armonizar los procesos de recogida de los datos en todas las esferas de enfermedades. Además de las estadísticas sanitarias oficiales, la OMS procurará incluir la información recopilada por organizaciones y redes comunitarias. Las actividades de recogida y análisis de datos deberán estar armonizadas con el proceso del Monitoreo Global del Sida dirigido por ONUSIDA y con los procesos de los asociados. En todas las actividades de seguimiento y presentación de informes, la OMS se asegurará de que los datos estén suficientemente desglosados por sexo, edad y otras características de la población para controlar las desigualdades, detectar lagunas y priorizar las iniciativas para llegar a las poblaciones más desatendidas. Los informes sobre los progresos realizados se presentarán a la Asamblea Mundial de la Salud en 2024, 2026, 2028 y 2031, y en el informe de 2026 se realizará un examen de mitad de periodo.

Examen de mitad de periodo en 2026: Las estrategias mundiales del sector de la salud abarcan nueve años, a diferencia de las estrategias anteriores, que fijaban periodos más breves. Las metas de 2025 serán la base para el examen exhaustivo que se efectuará a mitad de periodo en 2026, tras el cual volverán a armonizarse las estrategias si fuera preciso y se identificarán las medidas necesarias de puesta al día, si las hubiera. Las estrategias se

ejecutarán en un entorno muy dinámico e imprevisible, puesto que todavía persisten los efectos de la pandemia de COVID-19. El examen de mitad de periodo permitirá mantener la alineación con la Estrategia Mundial contra el Sida para después del 2026 y con las nuevas estrategias de los asociados clave, como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Rendición de cuentas a escala nacional: Las estrategias nacionales contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual deben ir acompañadas de marcos nacionales de rendición de cuentas, cuyos indicadores y metas estén en consonancia con las orientaciones mundiales normalizadas. Para las estrategias se apliquen y adopten de forma eficaz en los países, es preciso instaurar mecanismos de rendición de cuentas sólidos que aseguren la participación de la sociedad civil y la transparencia en la evaluación y presentación de informes. Se exhorta a los países a que examinen periódicamente la aplicación nacional de las estrategias, convocando para ello a múltiples partes interesadas, tanto las específicas para cada enfermedad como las generales del sector de la salud.

Rendición de cuentas de la OMS: La OMS también hará un seguimiento su desempeño y su contribución a las estrategias mundiales del sector de la salud. Para ello recurrirá a algunos indicadores prioritarios seleccionados y a hitos relacionados con las principales esferas funcionales descritas, a saber: liderazgo; promoción y comunicación; normas y criterios; apoyo técnico, y presentación de informes. El seguimiento de la OMS se ajustará al marco de resultados del 13.º Programa General de Trabajo de la OMS 2019-2023 y de los programas posteriores. Las actividades de la OMS en materia de VIH se reflejan en el Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas del ONUSIDA; la OMS informa tanto de los fondos recaudados a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA) como de sus propios esfuerzos de financiación. La OMS actúa como custodio en la supervisión y presentación de informes de los avances hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud, y como tal se asegurará de evaluar los avances hacia la consecución de los objetivos y metas en materia de VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual mediante un enfoque armonizado y con un seguimiento más amplio de la salud y el desarrollo.

7.5 El costo de la aplicación

En las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 se describe la contribución de este sector a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de controlar y poner fin a dichas epidemias. Por primera vez, el cálculo de los costos de las estrategias se ha realizado de forma conjunta, a partir de los costos de los servicios y el impacto de cada enfermedad, mejorando los datos de referencia e identificando medidas transversales que optimizarán la consecución de los objetivos para 2025 y 2030.

Los datos para el cálculo de los costos se tomaron de los nuevos datos publicados en el Informe sobre los avances mundiales en la lucha contra el VIH, la hepatitis vírica y las infecciones de transmisión sexual de 2021,⁴⁵ las metas de cobertura e impacto de las

⁴⁵Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Organización Mundial de la Salud, 2021.

estrategias y un examen exhaustivo de los costos unitarios y los costos de los servicios. Además, se examinaron los costos relacionados con la prevención, los sistemas de salud y la prestación de servicios comunitarios, en las tres enfermedades, y a partir de las deficiencias identificadas en 2020. El cálculo de costos incluye a los países de ingresos bajos y medianos, en consonancia con los 118 países que se incluyen en el cálculo de costos de la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026⁴⁶ a efectos de coherencia. Se tomaron como referencia los datos de 2020 o los de 2019 interpolados a 2020 cuando así lo exigían las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19. Además, se hizo una alineación de costos entre las enfermedades para evitar la doble contabilidad, aprovechando las sinergias entre las estrategias, especialmente en relación con las medidas para reforzar la salud y los medios de diagnóstico para los grupos de población prioritarios respecto al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual.

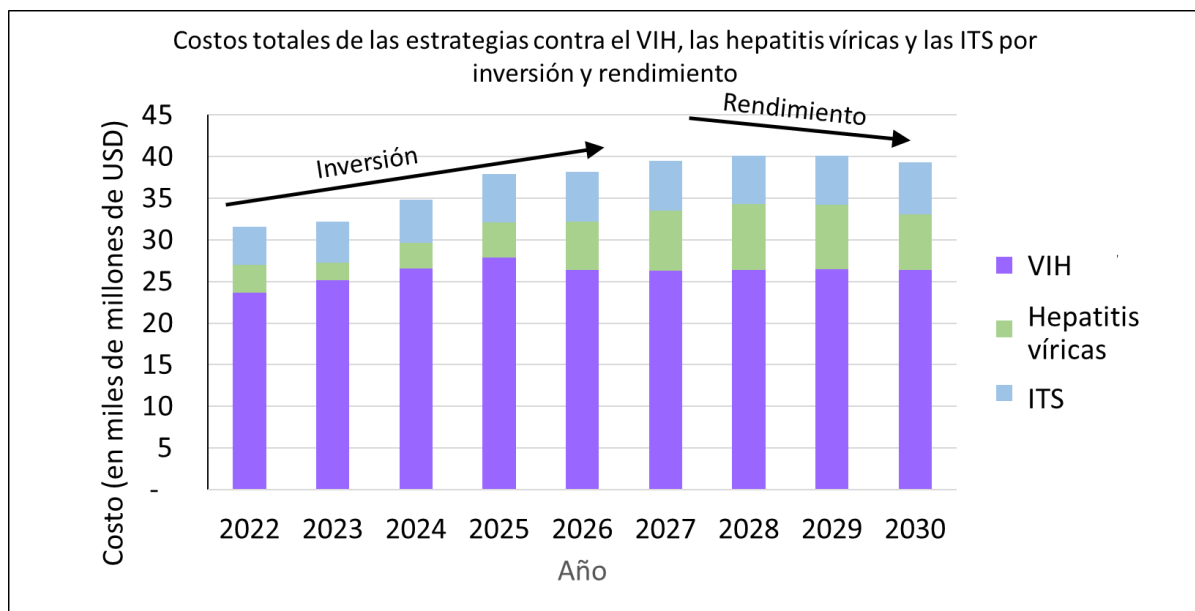
Las medidas transversales identificadas en el Informe sobre los avances mundiales de la OMS de 2021 y en el proceso de elaboración de las estrategias se utilizaron como base para sugerir medidas de eficiencia a partir de 2022-2030, de conformidad con las medidas propuestas para la OMS y los países. Por último, el cálculo de los costos se elaboró con los asociados y en consonancia con las demás actividades de cálculo de costos, como las de la Estrategia mundial contra el sida y la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública.⁴⁷ El cálculo de los costos se centró en las contribuciones del sector de la salud a las metas del impacto.

Los costos totales de las estrategias (figura 7.2) ascienden a un máximo de US\$ 27 900 millones en 2025 para el VIH, US\$ 6300 millones para las infecciones de transmisión sexual en 2026 y US\$ 7960 millones para las hepatitis víricas en 2028. En las tres estrategias, los costos alcanzan un máximo de casi US\$ 40 200 millones en 2028. Para 2030 los costos totales pueden reducirse a US\$ 39 200 millones al año por el impacto y eficiencia de las medidas transversales de las estrategias.

⁴⁶ Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. Estrategia mundial contra el sida 2021-2016. ONUSIDA, 2021.

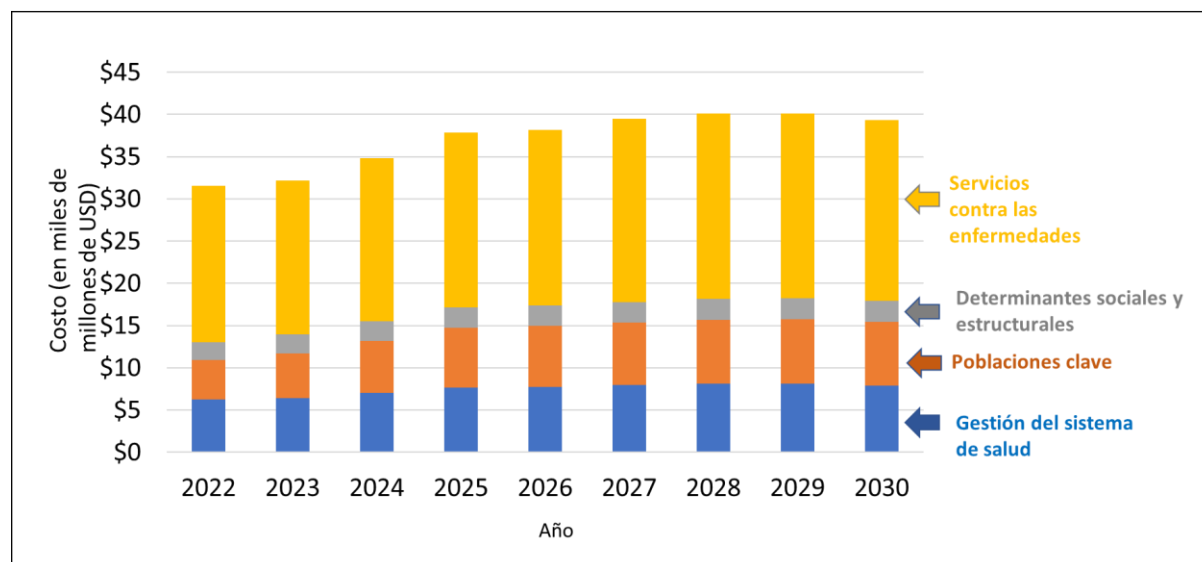
⁴⁷ Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. OMS, 2020.

Figura 7.2. Cálculo de los costos totales de las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030



Para evitar la doble contabilización, los costos de las tres estrategias se han calculado conjuntamente, sin repetir los costos ya indicados en la Estrategia Mundial contra el Sida. El cálculo de los costos demuestra grandes posibilidades de mejorar la eficiencia en los costos comunes de las tres estrategias. Por ejemplo, en los US\$ 8100 millones anuales correspondientes a los costos de gestión y fortalecimiento del sistema de salud, que representan el 20,2% de los costos totales en 2028. También se identificaron sinergias importantes en dos esferas adicionales. La primera se refiere a las inversiones en las poblaciones clave en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, que suponen US\$ 7570 millones, es decir, el 18,8% de los costos totales. La segunda (véase la figura 7.3) radica en los principales determinantes sociales y estructurales de la salud, y asciende a US\$ 2460 millones al año (el 6,1% de los costos totales). Abordar los determinantes sociales y estructurales, concretamente mediante intervenciones que luchen contra la estigmatización y la discriminación en el sector de la salud y el acceso a la justicia, sentará una base sólida para atajar las tres enfermedades.

Figura 7.3. Posibles sinergias para armonizar las inversiones relacionadas con los sistemas de salud, los grupos de población prioritarios en relación con el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual y los determinantes sociales y estructurales de la salud, especialmente los relacionados con la estigmatización y la discriminación en el sector de la salud



Las **partidas correspondientes al sector de la salud de la Estrategia Mundial contra el Sida multisectorial** representan el 93% de los costos totales. Los costos no sanitarios corresponden al apoyo social de los niños vulnerables, la formación integral (que aprovecha en gran medida las actividades del sector educativo), el empoderamiento económico de las adolescentes y las mujeres jóvenes y los elementos facilitadores socioeconómicos. Suponen US\$ 2070 millones anuales en el momento de máxima inversión (2028). El apoyo a los niños huérfanos y vulnerables ha disminuido en la actual Estrategia Mundial contra el Sida en comparación con estrategia de 2016-2021. Los elementos que tienen un mayor peso en los costos del sector de la salud son los antirretrovíricos para adultos (US\$ 4700 millones al año), la prestación de servicios de tratamiento y detección para adultos (US\$ 3900 millones) y los preservativos (US\$ 2400 millones). Además, se destinan muchos recursos a otras prioridades, como la lucha contra el estigma y la discriminación (US\$ 1200 millones), la lucha contra las leyes y políticas perjudiciales (US\$ 1200 millones) y la prestación de servicios a las poblaciones clave (US\$ 6200 millones). Las tres estrategias se armonizaron para no repetir costos en otras estrategias. Por ejemplo, se incluyeron los costos de reducción de daños y de tratamiento de las ITS.

En cuanto a la **estrategia contra las hepatitis víricas**, se incluyen los costos unitarios y los datos sobre la cobertura de los servicios y sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad de las hepatitis víricas para el periodo de referencia de 2019 y 2020, partiendo de los datos mejorados de los países que figuran en el Informe sobre los avances mundiales en la lucha contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual de la OMS de 2021, a fin de controlar los efectos de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19. Además, se utilizaron los datos sobre los medicamentos y los medios de

diagnóstico y las fechas de vencimiento de las patentes en los países para proyectar los costos unitarios hasta 2030. Las estrategias mundiales del sector de la salud prevén un aumento importante (del 10% anual) de la cobertura de las pruebas de detección y el tratamiento de los virus de la hepatitis B y la hepatitis C. Por este motivo, los costos alcanzarán un máximo de US\$ 8000 millones en 2028. Después, gracias al impacto conseguido y al aumento de la eficiencia, los costos disminuirán en un 15% hasta US\$ 6700 millones en 2030. Los beneficios de reducción de la mortalidad se acumulan durante varias décadas hasta 2050.

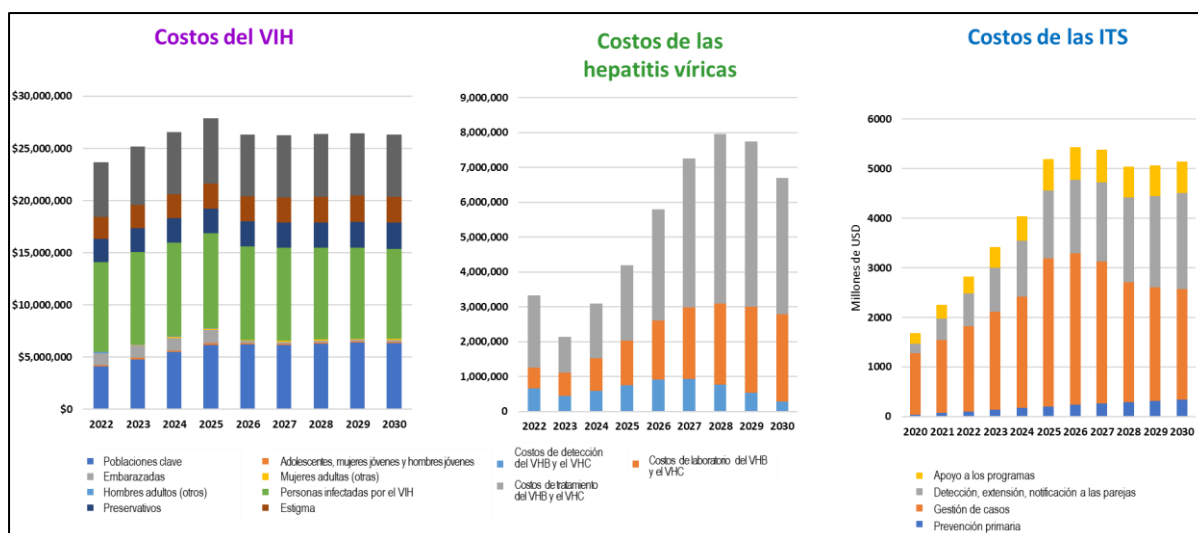
Los costos de tratamiento disminuyen y los costos de laboratorio pasan a ser una proporción cada vez mayor de los costos totales con el tiempo, especialmente respecto a la hepatitis B, lo que demuestra la necesidad de innovar en los medios diagnósticos y en la curación de la hepatitis B, como ya se ha mencionado en la estrategia. Los costos se reducen para 2023 a medida que los esfuerzos iniciales en Egipto dan sus frutos y los efectos se amplían a otros países. Queda patente así la importancia de trabajar rápidamente con otros países. La curación de la hepatitis C se traduce en un rápido descenso en los costos de tratamiento a medida que el país se acerca al acceso universal, como es el caso de Egipto. Las medidas contra las hepatitis víricas son fundamentales para gestionar los costos y el impacto de las estrategias: es preciso reducir los costos iniciales del tratamiento contra la hepatitis B para armonizarlos con los del VIH, ampliar el acceso al tratamiento contra la hepatitis C a todos los países que cumplan los requisitos y mejorar la extensión a la comunidad y el diagnóstico. Por último, es fundamental adoptar medidas transversales, por ejemplo en relación con el VIH en la reducción de daños, pero también con la vacunación y las inversiones significativas que deben hacerse en el sistema de salud y en la comunidad para conseguir los objetivos de la estrategia.

En lo que concierne a la **estrategia contra las infecciones de transmisión sexual**, se realizó la primera ronda de cálculo de costos nacionales en varios países, con un desglose de las necesidades de los países entre subpoblaciones de alto y bajo riesgo de contraer ITS, y entre las poblaciones con mejor y peor acceso a los servicios contra las ITS. En cambio, el cálculo anterior de los costos estratégicos se había realizado en las regiones de la OMS sin las aportaciones o resultados de países concretos. Este cálculo de costos actualizado está en consonancia con el de la Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública, pero distingue ambas cosas en el análisis, por lo que los costos son discretos. Los costos relacionados con el virus del papiloma humano se concentran al inicio del periodo, sobre todo en la estrategia de vacunación de puesta al día de las niñas de entre 10 y 14 años. Para los programas de lucha contra las infecciones de transmisión sexual, las metas de la estrategia mundial del sector de la salud implican un aumento progresivo y sustancial de la inversión anual desde los niveles actuales. La inversión deberá duplicarse hasta 2026, pero después los costos se reducirán gracias al impacto conseguido y al aumento de la eficiencia.

Los costos totales llegarán a un máximo de US\$ 6300 millones al año en 2026; con costos relacionados con las ITS de US\$ 5400 millones al año (el 86% del total). Para aplicar las orientaciones estratégicas de las estrategias mundiales del sector de la salud, el cálculo de los costos prevé un aumento de los costos de prevención primaria, que alcanzarán los US\$ 344 millones al año en 2030 (además de los costos del VIH, para cosechar mejores

resultados tanto contra las ITS como contra el VIH). Además, la extensión y el cribado a poblaciones específicas y el manejo de los fracasos terapéuticos y de la resistencia a los antibióticos llegará a los US\$ 1900 millones al año en 2030. A medida que las tasas de ITS disminuyan, el cribado y el diagnóstico supondrán una mayor parte de los costos totales. Por tanto, es importante innovar y aplicar con eficacia nuevos medios diagnósticos para las ITS a partir de 2025.

Figura 7.4. Inversiones necesarias para las respuestas al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual de aquí a 2030



El VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual requieren un aumento de las inversiones hasta 2025, con una reducción de los costos para 2030.

ANEXO 1: Lista recapitulativa de las medidas que deben adoptar los países y la OMS

Nota: La numeración de las medidas de este anexo sigue la numeración por capítulos en el texto.

Orientación estratégica 1: prestar servicios de alta calidad, basados en la evidencia y centrados en las personas.		
<u>Medidas comunes (capítulo 3):</u>		
Medida 1: Prevención primaria		
Medida 2: Reducción de daños		
Medida 3: Transmisión vertical del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B		
Medida 4: Prevención, tratamiento y atención a niños y adolescentes		
Medida 5: Prevención y control de infecciones		
Medida 6: Pruebas de detección integradas		
Medida 7: Notificación voluntaria a las parejas y otros servicios prestados a las parejas y las redes sociales		
Medida 8: Estigmatización y discriminación en los entornos de atención de salud		
Medida 9: Enfermedades transmisibles y no transmisibles		
Medida 10: Tuberculosis		
Medida 11: Salud sexual y reproductiva		
Medida 12: Salud mental		
Medida 13: Discapacidad		
Medida 14: Violencia de género		
Medida 15: Igualdad de género		
<u>Medidas contra el VIH (capítulo 4):</u>	<u>Medidas contra las hepatitis víricas (capítulo 5):</u>	<u>Medidas contra las infecciones de transmisión sexual (capítulo 6):</u>

<p>Medida 36: La continuidad asistencial frente al VIH</p> <p>Medida 37: Conjuntos de intervenciones contra el VIH</p> <p>Medida 38: Prevención del VIH</p> <p>Medida 39: Antirretrovíricos para la prevención del VIH</p> <p>Medida 40: Circuncisión médica masculina voluntaria</p> <p>Medida 41: Pruebas de detección del VIH centradas en las personas</p> <p>Medida 42: Tratamiento del VIH</p> <p>Medida 43: Farmacorresistencia del VIH</p> <p>Medida 44: Toxicidad de los antirretrovíricos</p> <p>Medida 45: Infección avanzada por el VIH</p> <p>Medida 46: Atención crónica de las personas con infección por el VIH (<i>complementa la medida común 9</i>)</p> <p>Medida 47: Eliminación de la transmisión vertical y prevención, tratamiento y atención frente al VIH en niños y adolescentes (<i>complementa las medidas comunes 3 y 4</i>).</p> <p>Medida 48: Enfermedades transmisibles y no transmisibles entre las personas infectadas por el VIH (<i>complementa la medida común 9</i>).</p> <p>Medida 49: VIH y tuberculosis (<i>complementa la medida común 10</i>)</p>	<p>Medida 61: La continuidad asistencial frente a las hepatitis víricas</p> <p>Medida 62: Conjuntos de intervenciones contra las hepatitis víricas</p> <p>Medida 63: Transmisión vertical de los virus de la hepatitis B y C (<i>complementa la medida común 3</i>)</p> <p>Medida 64: Vacunas contra las hepatitis víricas (<i>complementa la medida común 3</i>)</p> <p>Medida 65: Pruebas de detección de las hepatitis víricas</p> <p>Medida 66: Tratamiento de las hepatitis víricas</p> <p>Medida 67: Atención crónica de las personas con hepatitis víricas</p> <p>Medida 68: Prevención, tratamiento y atención frente a las hepatitis víricas en niños y adolescentes (<i>complementa las medidas comunes 3 y 4</i>)</p> <p>Medida 69: Hepatitis víricas crónicas B y C y cáncer hepático primario (<i>complementa la medida común 9</i>)</p>	<p>Medida 81: La continuidad asistencial frente a las infecciones de transmisión sexual</p> <p>Medida 82: Conjuntos de intervenciones contra las infecciones de transmisión sexual</p> <p>Medida 83: Prevención de las infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 1</i>)</p> <p>Medida 84: Vacunas contra las infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 1</i>)</p> <p>Medida 85: Transmisión vertical de las infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 3</i>)</p> <p>Medida 86: Sensibilización y comportamiento de demanda de tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual</p> <p>Medida 87: Manejo de casos en las infecciones de transmisión sexual sintomáticas</p> <p>Medida 88: Servicios destinados a las parejas sexuales de las personas con infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 7</i>)</p> <p>Medida 89: Detección de infecciones de transmisión sexual en los grupos de población prioritarios</p>
--	---	--

<p>Medida 50: Rehabilitación para hacer frente a la discapacidad relacionada con el VIH <i>(complementa la medida común 13)</i></p>		<p>Medida 90: Tratamiento de las complicaciones y secuelas de las infecciones de transmisión sexual</p> <p>Medida 91: Farmacorresistencia de las infecciones de transmisión sexual</p> <p>Medida 92: Vinculación de los servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual con otros servicios de salud <i>(complementa las medidas comunes 9 y 11)</i></p>
---	--	---

<p>Orientación estratégica 2: optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto</p>
<p><u>Medidas comunes (capítulo 3):</u></p> <p>Medida 16: Cobertura sanitaria universal</p> <p>Medida 17: Atención primaria de salud</p> <p>Medida 18: Prestación de servicios diferenciados</p> <p>Medida 19: Descentralización</p> <p>Medida 20: Entornos especiales</p> <p>Medida 21: Innovaciones digitales</p> <p>Medida 22: Gobernanza eficaz e inclusiva</p> <p>Medida 23: Financiación</p> <p>Medida 24: Productos básicos de salud</p> <p>Medida 25: Fortalecimiento del personal de salud</p> <p>Medida 26: Reforma de las leyes, los reglamentos y las políticas</p>

<p>Medida 27: Alianzas multisectoriales para abordar la estigmatización, la discriminación y otros obstáculos sociales y estructurales</p> <p>Medida 28: Proteger a las personas durante las pandemias y otras emergencias sanitarias</p> <p>Medida 29: Gestión de futuros brotes de enfermedades</p>		
<p>Medidas contra el VIH (capítulo 4):</p> <p>Medida 51: Prestación de servicios diferenciados para el VIH (<i>complementa la medida común 18</i>)</p> <p>Medida 52: Productos básicos de salud para el VIH (<i>complementa la medida común 24</i>)</p>	<p>Medidas contra las hepatitis víricas (capítulo 5):</p> <p>Medida 70: Servicios descentralizados y diferenciados para las hepatitis víricas (<i>complementa las medidas comunes 18 y 19</i>)</p> <p>Medida 71: Financiación de las hepatitis víricas (<i>complementa la medida común 23</i>)</p> <p>Medida 72: Productos básicos de salud para las hepatitis víricas (<i>complementa la medida común 24</i>)</p> <p>Medida 73: Personal de salud para las hepatitis víricas (<i>complementa la medida común 25</i>)</p>	<p>Medidas contra las infecciones de transmisión sexual (capítulo 6):</p> <p>Medida 93: Servicios contra las infecciones de transmisión sexual centrados en las personas (<i>complementa las medidas comunes 18 y 19</i>)</p> <p>Medida 94: Financiación de las infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 23</i>)</p> <p>Medida 95: Productos básicos de salud para las infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 24</i>)</p> <p>Medida 96: Servicios contra las infecciones de transmisión sexual del sector privado y las organizaciones no gubernamentales</p> <p>Medida 97: Capacidad de los laboratorios respecto a las infecciones de transmisión sexual</p> <p>Medida 98: Personal de salud para las infecciones de transmisión sexual (<i>complementa la medida común 25</i>)</p>

Orientación estratégica 3: generar y utilizar datos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción		
<u>Medidas comunes (capítulo 3):</u>		
Medida 30: Disponibilidad, análisis y uso de los datos		
Medida 31: Seguimiento de los datos centrado en la persona		
Medida 32: Sistemas de información sanitaria		
<u>Medidas contra el VIH (capítulo 4):</u>	<u>Medidas contra las hepatitis víricas (capítulo 5):</u>	<u>Medidas contra las infecciones de transmisión sexual (capítulo 6):</u>
Medida 53: Seguimiento de los datos centrado en la persona para el VIH <i>(complementa las medidas comunes 30 y 31)</i>	Medida 74: Seguimiento de los datos centrado en la persona para las hepatitis víricas <i>(complementa las medidas comunes 30 y 31)</i>	Medida 99: Sistemas de información sanitaria sobre las infecciones de transmisión sexual <i>(complementa las medidas comunes 30-32)</i>
Medida 54: Sistemas de información sanitaria sobre el VIH <i>(complementa la medida común 32)</i>	Medida 75: Sistemas de información sanitaria sobre las hepatitis víricas <i>(complementa la medida común 32)</i>	Medida 100: Datos sobre las infecciones de transmisión sexual procedentes del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales
Orientación estratégica 4: implicar a la sociedad civil y las comunidades empoderadas		
<u>Medidas comunes (capítulo 3):</u>		
Medida 33: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil		
Medida 34: Agentes de salud comunitarios		
<u>Medidas contra el VIH (capítulo 4):</u>	<u>Medidas contra las hepatitis víricas (capítulo 5):</u>	<u>Medidas contra las infecciones de transmisión sexual (capítulo 6):</u>

<p>Medida 55: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil en materia de VIH <i>(complementa las medidas comunes 33 y 34)</i></p>	<p>Medida 76: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil en materia de las hepatitis víricas <i>(complementa la medida común 33)</i></p>	<p>Medida 101: Liderazgo de la comunidad y la sociedad civil en materia de las infecciones de transmisión sexual <i>(complementa las medidas comunes 33 y 34)</i></p>
--	---	---

<p>Orientación estratégica 5: fomentar la innovación para lograr impacto</p>		
<p><u>Medidas comunes (capítulo 3):</u> Medida 35: Alianzas para la innovación</p>		
<p><u>Medidas contra el VIH (capítulo 4):</u> Medida 56: Nuevas tecnologías de diagnóstico y detección del VIH Medida 57: Nuevas opciones de prevención con antirretrovíricos Medida 58: Uso optimizado de los antirretrovíricos Medida 59: Vacunas contra el VIH Medida 60: Curación del VIH</p>	<p><u>Medidas contra las hepatitis víricas (capítulo 5):</u> Medida 77: Nuevas tecnologías de diagnóstico y detección de las hepatitis víricas Medida 78: Antivíricos optimizados para los virus de la hepatitis B y C Medida 79: Nuevas vacunas contra las hepatitis víricas Medida 80: Investigación sobre la cura del virus de la hepatitis B</p>	<p><u>Medidas contra las infecciones de transmisión sexual (capítulo 6):</u> Medida 102: Enfoques innovadores para la prevención de las infecciones de transmisión sexual Medida 103: Nuevas vacunas contra las infecciones de transmisión sexual Medida 104: Nuevas estrategias de diagnóstico y detección de las infecciones de transmisión sexual Medida 105: Nuevos tratamientos contra las infecciones de transmisión sexual</p>

Medidas de la OMS (capítulo 7):
Medida A: Liderazgo y alianzas estratégicas
Medida B: Comunicación y promoción de la salud pública
Medida C: Normas y criterios
Medida D: Innovación
Medida E: Asistencia técnica
Medida F: Seguimiento y presentación de informes

Anexo 2: Marco de medición

Metas e indicadores del impacto relativos al VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para 2030^a

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuentes de los datos
Comunes	Reducción de la incidencia					
	- Nuevos casos de infección por el VIH y de hepatitis víricas al año	4,5 millones	<1,5 millones	<500 000	Enfermedad, región de la OMS, edad, sexo.	Sistema Mundial de Notificación de la OMS y carga mundial de la enfermedad.
	- Número de nuevos casos de sífilis, gonorrea, clamidiosis y tricomoniasis ^c en personas de 15 a 49 años al año	374 millones	<300 millones	<150 millones ^d	Infecciones de transmisión sexual, región de la OMS	OMS
	- Número de países en los que se ha validado la eliminación de la transmisión vertical del VIH, la hepatitis B o la sífilis.	15	50	100	Región de la OMS	

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuentes de los datos
	Vida sana: reducción de la mortalidad y el cáncer - Número de personas que fallecen por infección por el VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual ^e al año - Número de casos de cáncer debidos a la infección por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual al año	2,3 millones 1,2 millones	<1,7 millones <900 000	<1 millón <700 000	Enfermedad, región de la OMS, edad, sexo Región de la OMS, causa de la enfermedad	Sistema Mundial de Notificación de la OMS y carga mundial de la enfermedad. Análisis del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
VIH	Número de nuevas infecciones por el VIH al año	1,5 millones	370 000	335 000	Región de la OMS, edad, sexo de los adolescentes, poblaciones clave	ONUSIDA/OMS
	Nuevas infecciones por el VIH por cada 1000 habitantes no infectados al año	0,19	0,05	0,025	Región de la OMS, edad, sexo de los adolescentes, poblaciones clave	ONUSIDA/OMS
	Número de niños menores de 15 años infectados por el VIH al año	150 000	20 000	15 000	Región de la OMS, edad, sexo	ONUSIDA/OMS

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuentes de los datos
	Número de personas que fallecen por causas relacionadas con el VIH al año	680 000	250 000	<240 000	Región de la OMS, edad, sexo, causa (en el caso del VIH, incluidas la meningitis criptocócica, la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves)	ONUSIDA/OMS
	Número de personas infectadas por el VIH que fallecen por tuberculosis, hepatitis B y hepatitis C	210 000	110 000	55 000	Región de la OMS	ONUSIDA/OMS
Hepatitis víricas	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños menores de cinco años ^f	0,94%	0,5%	0,1%	Región de la OMS	Encuestas con representatividad nacional/ modelización/ investigaciones, OMS
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis B al año ^f	1,5 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	850 000 nuevos casos 11 por cada 100 000 personas	170 000 nuevos casos 2 por cada 100 000 personas	Región de la OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, encuestas con representatividad nacional/ modelización/ investigaciones

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuentes de los datos
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C al año	1575 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	1 millón de nuevos casos 13 por cada 100 000 personas	350 000 nuevos casos 5 por cada 100 000 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS y datos de los asociados (Fundación CDA, otros)
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables al año	8 por cada 100 personas	3 por cada 100 personas	2 por cada 100 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, datos de los asociados (Universidad de Bristol, Fundación CDA, otros)
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis B al año	820 000 10 por cada 100 000 personas	530 000 7 por cada 100 000 personas	310 000 4 por cada 100 000 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, datos de los asociados (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, Fundación CDA, Imperial College London, otros)
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis C al año	290 000	240 000	140 000	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, datos

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020 ^b	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuentes de los datos
		5 por cada 100 000 personas	3 por cada 100 000 personas	2 por cada 100 000 personas	población prioritarios	de los asociados (Universidad de Bristol, Fundación CDA, otros)
Infecciones de transmisión sexual	Número de nuevos casos de sífilis en personas de 15 a 49 años al año	7,1 millones	5,7 millones	0,71 millones	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Monitoreo Global del Sida
	Número de nuevos casos de gonorrea en personas de 15 a 49 años al año	82,3 millones	65,8 millones	8,23 millones	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Monitoreo Global del Sida
	Casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos al año	425	<200	<50	Región de la OMS, edad, parejas masculinas	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Monitoreo Global del Sida
	Porcentaje de niñas totalmente vacunadas con vacunas contra el virus del papiloma humano antes de cumplir los 15 años	14%	50%	90%	Región de la OMS, ingresos; evaluar el distrito dentro del país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS

^a Las metas y los indicadores de impacto propuestos están en consonancia con la meta 3.3 y los indicadores 3.3.1 y 3.3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

^b A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19 en los datos notificados de 2020, algunas metas se basan en datos de 2019. Todos los datos se desglosarán por edad, sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas de cada enfermedad.

^c Infecciones de transmisión sexual que se pueden curar.

^d Incluye la meta de reducir en un 90% los nuevos casos de sífilis y de gonorrea y en un 50% los nuevos casos de clamidia y de tricomoniasis de aquí a 2030. Se efectuará un desglose adicional de los datos de mortalidad para evaluar la necesidad urgente de abordar los factores impulsores y las causas de las defunciones. En el caso del VIH, son la meningitis criptocócica, la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves; en el de las hepatitis víricas, son otros tipos de cáncer y el consumo nocivo de bebidas alcohólicas.

^f Debe tenerse en cuenta que las metas que se mencionan en este cuadro son de ámbito mundial y que los países, cuando establezcan los objetivos nacionales, deben adaptarlas en función del contexto interno. Por ejemplo, en algunos países la meta de prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B entre los niños menores de 5 años puede ser inferior al 0,1% o al 0,2%, aunque la meta mundial sea el 0,1%.

Indicadores, metas e hitos para 2030

	Indicador	Valores de referencia en 2020^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
Impacto	Número de nuevas infecciones por el VIH al año	1,5 millones	370 000	335 000	Región de la OMS, sexo, edad (incluida la de los adolescentes), grupos de población prioritarios	ONUSIDA/OMS
	Nuevas infecciones por el VIH por cada 1000 habitantes no infectados al año (Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.3.1)	0,19	0,05	0,025	Región de la OMS, edad, sexo	ONUSIDA/OMS
	Número de niños menores de 15 años infectados por el VIH al año	150 000	20 000	15 000	Región de la OMS, edad, sexo	ONUSIDA/OMS
	Número de personas que fallecen por causas relacionadas con el VIH al año ^b (en el caso del VIH, desglosando la meningitis criptocócica, la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves)	680 000	250 000	<240 000	Región de la OMS, edad, sexo	Colaboración de ONUSIDA/OMS con el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
	Número de personas infectadas por el VIH que fallecen por causas relacionadas con la tuberculosis, la hepatitis B y la hepatitis C^c	210 000	110 000	55 000	Región de la OMS	ONUSIDA/OMS
	Número de países en los que se ha validado la eliminación de la	15	50	100	Región de la OMS	

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
	transmisión vertical del VIH, la hepatitis B o la sífilis					Sistema Mundial de Notificación de la OMS
Cobertura	Porcentaje de personas infectadas por el VIH que conocen su estado serológico ^d	84%	95%	95%	Región de la OMS, edad, sexo, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA
	Porcentaje de personas que conocen su estado serológico que reciben tratamiento antirretrovírico ^d	87%	95%	95%	Región de la OMS, edad, sexo, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA
	Porcentaje de personas infectadas por el VIH que reciben tratamiento y que han conseguido la supresión de la carga vírica ^d	90%	95%	95%	Región de la OMS, edad (incluida la de los adolescentes), sexo, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA
	Porcentaje de personas en riesgo de infección por el VIH que utilizan prevención de combinación con un conjunto de servicios definido	8%	95%	95%	Región de la OMS, sexo, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA
	Uso de preservativo y lubricante en la última relación sexual con un cliente o una pareja no habitual		90%	90%	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
	Número de agujas y jeringas distribuidas por persona entre los usuarios de drogas inyectables (como parte de un programa integral de reducción de daños)	200	200	300	Región de la OMS, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA
	Porcentaje de personas infectadas por el VIH que reciben profilaxis antituberculosa	50%	95%	95%	Región de la OMS, sexo, grupos de población prioritarios	OMS, informes mundiales sobre la tuberculosis
	Porcentaje de personas infectadas por el VIH y de personas en riesgo de infección por el VIH vinculadas a los servicios de salud integrados, incluidas las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis víricas		95%	95%	Región de la OMS	OMS/ONUSIDA
Hitos	Estigma y discriminación: porcentaje de personas infectadas por el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual y grupos de población prioritarios que sufren estigma y discriminación		Menos del 10%	Menos del 10%	Región de la OMS, grupos de población prioritarios	OMS/ONUSIDA
	Leyes y políticas: porcentaje de países con leyes y políticas punitivas	La tasa varía según el grupo de población ^e	Menos del 10%	Menos del 10%	Región de la OMS	OMS/ONUSIDA
	Igualdad de género: prevalencia de violencia de pareja reciente (últimos 12	13%	5%	2%	Región de la OMS, edad, entorno rural/urbano	Sistema Mundial de Notificación de la OMS

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
	meses) entre mujeres y niñas de 15 a 49 años ^f					
	Integración: porcentaje de personas infectadas por el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual vinculadas a otros servicios integrados de salud		95%	95%	Región de la OMS, por enfermedad	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Enfermedad en fase avanzada: porcentaje de personas que inician el tratamiento antirretrovírico con un recuento de CD4 inferior a 200 células/mm ³ (o fase III/IV) ^g	30%	20%	10%	Región de la OMS, edad, sexo	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Prestación de servicios diferenciados: porcentaje de países que han instaurado la reposición de medicamentos a los seis meses	19 países	50%	80%	Región de la OMS	OMS/ONUSIDA
	Innovación: número de enfermedades adicionales (VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual) para las que hay vacuna o cura		1	2	VIH, virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C e infecciones de transmisión sexual	Sistema Mundial de Notificación de la OMS

^a Los datos más recientes son de finales de 2020. A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19 en los datos notificados de 2020, algunas metas utilizan datos de 2019. En este momento no se espera que la COVID-19 repercuta en las metas para 2025. Todos los datos se desglosarán por edad (incluida la de los adolescentes), sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad.

^b Se efectuará un desglose adicional de los datos de mortalidad para evaluar la necesidad urgente de abordar los factores impulsores y las causas de las defunciones. En el caso del VIH, se desglosará la meningitis criptocócica (a fin de reducir las muertes en un 50% de aquí a 2025 y un 90% de aquí a 2030) la tuberculosis y las infecciones bacterianas graves.

^c Los datos se desglosarán y notificarán para cada causa, incluida la secuencia de las intervenciones y servicios necesarios para reducir la mortalidad, el cribado sistemático de los síntomas de tuberculosis, el diagnóstico rápido, la profilaxis antituberculosa, así como el tratamiento de la tuberculosis resistente.

^d Para todas las edades, sexos y poblaciones clave.

^e transmisión del VIH 61%, transexuales 24%, trabajadores sexuales 87%, usuarios o poseedores de drogas 83%, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo 36%.

^f Indicador 5.2.1 de los ODS: Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad (<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=5&Target=> consultado el 28.04.2022).

^g El objetivo es que todas las personas infectadas por el VIH reciban el resultado de la prueba de linfocitos CD4, y fijar una meta intermedia de por lo menos el 90% para 2025 y el 95% para 2030. Los indicadores y metas comunes para el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual se muestran **en negrita**.

Indicadores, metas e hitos relativos a las hepatitis víricas para 2030

	Indicador	Valores de referencia en 2020^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
Impacto	Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños menores de cinco años	0,94%	0,5%	0,1%	Región de la OMS	Encuesta con representatividad nacional, modelización e investigaciones, OMS
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis B al año ^b	1,5 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	850 000 nuevos casos 11 por cada 100 000 personas	170 000 nuevos casos 2 por cada 100 000 personas	Región de la OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, encuestas con representatividad nacional, modelización e investigaciones
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C al año	1575 millones de nuevos casos 20 por cada 100 000 personas	1 millón de nuevos casos 13 por cada 100 000 personas	350 000 5 por cada 100 000 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS y datos de los asociados (Fundación CDA, otros)
	Número de nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables al año	8 por cada 100 personas	3 por cada 100 personas	2 por cada 100 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, datos de los asociados (Universidad de Bristol, Fundación CDA, otros)

	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis B al año	820 000 10 por cada 100 000 personas	530 000 7 por cada 100 000 personas	310 000 4 por cada 100 000 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, datos de los asociados (Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, Fundación CDA, Imperial College London, otros)
	Número de personas que fallecen a causa de la hepatitis C al año	290 000 5 por cada 100 000 personas	240 000 3 por cada 100 000 personas	140 000 2 por cada 100 000 personas	Región de la OMS, sexo, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, datos de los asociados (Universidad de Bristol, Fundación CDA, otros)
Cobertura	Hepatitis B: porcentaje de personas con hepatitis B diagnosticadas / tratadas	30%/30%	60%/50%	90%/80%	Región de la OMS, por edad y sexo	Sistema Mundial de Notificación de la OMS y datos de los asociados
	Hepatitis C: porcentaje de personas con hepatitis C diagnosticadas / tratadas	30%/30%	60%/50%	90%/80%	Región de la OMS, por edad y sexo	Sistema Mundial de Notificación de la OMS y datos de los asociados
	Porcentaje de recién nacidos que han recibido la dosis neonatal de la vacuna contra la hepatitis B y otras intervenciones para prevenir la transmisión vertical del virus de la hepatitis B ^c	50%	70%	90%	Región de la OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Número de agujas y jeringas distribuidas por persona entre los usuarios de drogas inyectables^d	200	200	300	Región de la OMS	ONUSIDA/OMS

	Seguridad de la sangre: porcentaje de unidades de sangre se someten a análisis para detectar enfermedades de transmisión hemática	95%	100%	100%	Región de la OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Inyecciones seguras: proporción de inyecciones seguras en el entorno de atención de salud	95%	100%	100%	Región de la OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
Hitos	Planificación: número de países con planes para poner fin a las hepatitis que incluyen la estimación de costos	Por determinar	30	50	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Vigilancia: número de países que notifican la carga y el proceso de continuidad asistencial anualmente	130	150	170	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Acceso a los medicamentos contra el virus de la hepatitis C: porcentaje de reducción media de los precios (a precios genéricos equivalentes de 2025)	20%	50%	60%	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la Hepatitis/datos de los asociados, acceso a los medicamentos y servicios de diagnóstico
	Acceso a los medicamentos contra el virus de la hepatitis B: porcentaje de reducción media de los precios (armonización con los	20%	50%	60%	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la Hepatitis/datos de los asociados, acceso a los medicamentos y servicios de diagnóstico

	precios de los medicamentos contra el VIH para 2025)					
	Eliminación: número de países en los que se ha validado la eliminación de la hepatitis C o la hepatitis B	0	5	20	Región de la OMS, porcentaje de carga	Sistema Mundial de Notificación de la Hepatitis/datos de los asociados

^a Los datos más recientes son de finales de 2020. A causa de las interrupciones en los servicios relacionadas con la COVID-19 en los datos notificados de 2020, algunas metas se basan en datos de 2019. En este momento no se espera que la COVID-19 repercuta en las metas para 2025. Todos los datos se desglosarán por edad, sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad.

^b Debe tenerse en cuenta que las metas que se mencionan en este cuadro son de ámbito mundial y que a la hora de establecer las metas nacionales es necesario adaptarlas al contexto. Por ejemplo, en algunos países la meta de prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B entre los niños menores de 5 años puede ser inferior al 0,1% o al 0,2%, aunque la meta mundial debería ser el 0,1%.

^c Además, también debería medirse la proporción de lactantes menores de 12 meses que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B.

^d En el marco de una estrategia integral de reducción de daños.

Indicadores, metas e hitos relativos a las infecciones de transmisión sexual para 2030

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
Impacto	Número de nuevos casos de sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis ^b en personas de 15 a 49 años al año	374 millones	<300 millones	<150 millones ^c	Región de la OMS, análisis de cada ITS por separado, mediciones a través de la prevalencia	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, estimación basada en los estudios disponibles
	Número de nuevos casos de sífilis en personas de 15 a 49 años al año	7,1 millones	5,7 millones	0,71 millones	Región de la OMS, edad	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Monitoreo Global del Sida
	Número de nuevos casos de gonorrea en personas de 15 a 49 años al año	82,3 millones	65,8 millones	8,23 millones	Región de la OMS, edad, sexo	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Monitoreo Global del Sida
	Casos de sífilis congénita por cada 100 000 nacidos vivos al año	425	<200	<50	Región de la OMS	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Monitoreo Global del Sida
	Porcentaje de niñas totalmente vacunadas con vacunas contra el virus del papiloma humano antes de cumplir los 15 años	14%	50%	90%	Región de la OMS, ingresos. Evaluar el distrito dentro del país.	Sistema Mundial de Notificación de la OMS

	Indicador	Valores de referencia en 2020^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
Cobertura	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a las consultas de atención prenatal y a las que se realizan pruebas de detección de la sífilis/porcentaje que recibe tratamiento en caso de dar positivo	66% / 78% ^d	> 85% / > 90%	> 95% / > 95%	Región de la OMS, edad	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Porcentaje de personas de los grupos de población prioritarios ^e a las que se realizan pruebas de detección de la sífilis/porcentaje que recibe tratamiento en caso de dar positivo	Sin datos/ Sin datos	> 80% / > 90%	> 90% / > 95%	Región de la OMS, edad, grupos prioritarios de población	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Porcentaje de personas de los grupos de población prioritarios a las que se realizan pruebas de detección de la gonorrea/porcentaje que recibe tratamiento en caso de dar positivo	Sin datos/ Sin datos	> 20% / > 90%	> 90% / > 95%	Región de la OMS, edad, grupos de población prioritarios	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Porcentaje de mujeres que se sometieron a las pruebas de detección del cáncer cervicouterino mediante una prueba de alto rendimiento a la edad de 35 años y de nuevo a los 45 años/porcentaje de mujeres a las que se ha detectado, identificado y tratado una lesión precancerosa o un cáncer invasivo		>40% / > 40%	> 70% / > 90%	Región de la OMS, edad	Sistema Mundial de Notificación de la OMS, Análisis del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
	Número de países que notifican resistencia de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> a los antimicrobianos en el programa de vigilancia de la susceptibilidad de los gonococos a los agentes antimicrobianos de la OMS.	36%	>60%	>70%	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS

	Indicador	Valores de referencia en 2020 ^a	Metas para 2025	Metas para 2030	Desglose	Fuente de los datos
Hitos	Planificación - Número de Estados Miembros de la OMS cuyos planes nacionales en materia de infecciones de transmisión sexual se han actualizado en los últimos cinco años	sin datos ^f	>70%	>90%	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Políticas - Número de Estados Miembros de la OMS cuyas directrices sobre la gestión de casos de ITS se han actualizado en los últimos tres años	62% ^g	>70%	>90%	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS
	Vigilancia – Número de países con sistemas sólidos de vigilancia de las infecciones de transmisión sexual ^g	Sin datos	>50%	>90%	Región de la OMS, ingresos por país	Sistema Mundial de Notificación de la OMS

^a Los datos más recientes son de finales de 2020. Todos los datos se desglosarán por edad (incluida la de los adolescentes, si está disponible), sexo y, cuando sea pertinente, por poblaciones clave específicas para cada enfermedad.

^b Infecciones de transmisión sexual que se pueden curar.

^c Las metas para 2025 reflejan una reducción del 20% en la incidencia de las cuatro enfermedades (respecto a los valores de referencia de 2020), mientras que las metas para 2030 establecen una reducción del 90% en sífilis y de gonorrea y de un 50% en clamidia y de tricomoniasis (respecto a los valores de referencia de 2020)

^d Estimaciones para 2016.

^e Cada país definirá los grupos de población prioritarios; para el cribado se incluyen los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales y las personas infectadas por el VIH.

^f Estimaciones basadas en 112 países que han presentado información sobre planes estratégicos nacionales contra las infecciones de transmisión sexual y sobre directrices nacionales para el tratamiento de dichas infecciones que se han actualizado en los últimos cinco años y que figuran en el documento titulado *Assessment of country implementation of the WHO Global health sector strategy for sexually transmitted infections (2016-2021): results of a national survey*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025585>

^g sistema de vigilancia de las ITS sólido abarca cuatro competencias básicas: notificación de casos, evaluaciones periódicas de la prevalencia en la atención prenatal, los hombres y los grupos de poblaciones prioritarios, revisiones anuales periódicas de las causas de los síndromes de ITS y los datos sobre sintomatología corregidos para evitar la subnotificación, y seguimiento de la resistencia de la *Neisseria gonorrhoea* a los antimicrobianos.

Seguimiento de las medidas que debe adoptar la OMS

Medida de la OMS	Indicador
Medida A: Liderazgo y alianzas estratégicas	<p>a. Financiación sanitaria: apoyar el aumento de financiación mundial y nacional en las tres áreas hasta cubrir al menos el 80% de la financiación necesaria.</p> <p>b. Alianzas para eliminar las epidemias: aplicar y validar criterios para la eliminación de la transmisión vertical (de madre a hijo) y la transmisión entre adultos de las tres enfermedades.</p>
Medida B: Comunicación y promoción de la salud pública	<p>c. Modificación de políticas nacionales y funciones de diplomacia: supervisar y subsanar las deficiencias en la prestación de servicios de la mayoría de los países, especialmente en relación con los grupos de población prioritarios.</p> <p>d. Promoción de enfoques comunes para el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual: aumentar el número de países que adoptan enfoques comunes respecto al diagnóstico y enfoques comunes en la prevención del VIH que integran las ITS.</p>
Medida C: Normas y criterios	<p>e. Directrices actualizadas: actualizar las principales directrices de tratamiento, prevención e información estratégica sobre el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual por lo menos una vez cada tres años.</p> <p>f. Apoyo para el cambio rápido de políticas y la aplicación de las directrices: asegurar que el 80% de los países hayan adoptado las recomendaciones clave de las directrices de la OMS en un plazo de dos años.</p>
Medida D: Innovación	<p>g. Impulso a las innovaciones en relación con curas y vacunas: apoyar el desarrollo de más vacunas y curas para el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>h. Innovaciones en el diagnóstico: prestar apoyo para mejorar las pruebas en el lugar de consulta y reducir los precios de los diagnósticos y los medicamentos.</p>
Medida E: Asistencia técnica	<p>i. Planificación nacional: garantizar que el 80% de los países cuenten con planes estratégicos recientes sobre el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, con la integración necesaria y los enfoques conjuntos que sean precisos.</p> <p>j. Apoyo técnico a tres niveles: tanto en la sede de la OMS, como en las oficinas regionales y en las oficinas de los países, asegurar que se preste apoyo técnico a los países para cubrir el 80% de la carga de morbilidad en cada bienio.</p>
Medida F: Seguimiento y presentación de informes	<p>k. Presentación de informes a escala mundial: garantizar que por lo menos el 80% de los países notifiquen datos sobre la carga y la continuidad asistencial del VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual, validados por la OMS.</p> <p>l. Análisis de las deficiencias en aras de la planificación: analizar periódicamente las deficiencias de las políticas, los servicios y el impacto en las regiones y los países para priorizar y orientar el apoyo técnico a través del observatorio mundial y los observatorios regionales en materia de salud.</p>

World Health Organization
Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

E-mail: hiv-aids@who.int
www.who.int/health-topics/hiv-aids
www.who.int/health-topics/hepatitis
www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections