



La lucha contra
el **SIDA:** una nueva
decisión mundial

1 La lucha contra el SIDA: una nueva decisión mundial

En los últimos dos años se ha intensificado el sentido de un propósito común en la lucha mundial contra el VIH/SIDA. Más que en cualquier otro momento de la breve historia de la epidemia de VIH/SIDA, se ha hecho patente la necesidad de convertir en un movimiento mundial contra la epidemia los ejemplos que en el ámbito local y nacional han arrojado buenos resultados.

Ha aumentado también el impulso político para hacer frente al SIDA. Los medios de comunicación han movilizado a la opinión pública en muchos países, y también lo han hecho las organizaciones no gubernamentales, los militantes, los médicos, los economistas y las personas que viven con el VIH/SIDA. Poco a poco, las comunidades y las naciones están tomando la delantera a la hora de responder a la epidemia con un mayor compromiso político y con más recursos e iniciativas institucionales. Sin embargo, no en todas partes se observa este nuevo propósito político. Un número inaceptable de gobiernos y de instituciones de la sociedad civil no ha salido todavía del estado de negación respecto de la epidemia de VIH/SIDA, y no actúan para prevenir su mayor propagación o paliar su impacto.

Si los gobiernos y la sociedad civil no actúan significa que dan la espalda a la posibilidad de vencer al SIDA. Allí donde se ha aprovechado el momento para actuar, hay cada vez más pruebas de que se avanza contra la epidemia. Junto con los logros conocidos de países como el Senegal, Tailandia y Uganda, se observan buenos resultados en todos los continentes. Camboya, pese a estar saliendo de

una etapa de genocidio y conflictos, reaccionó a la amenaza del VIH a mediados de los años noventa y ha conseguido disminuciones considerables tanto de los niveles del VIH como de los comportamientos de alto riesgo asociados con su transmisión. En Camboya, la tasa de infección entre las mujeres embarazadas disminuyó casi en un tercio entre 1997 y 2000. Filipinas actuó pronto para prevenir la epidemia, y mantuvo bajas las tasas del VIH gracias a intensos esfuerzos dirigidos a la prevención y a la movilización de la comunidad y de las organizaciones empresariales.

El Brasil sigue siendo un ejemplo pionero de integración de una asistencia amplia y un renovado compromiso con la prevención. El número de nuevas infecciones por el VIH se ha mantenido muy por debajo de las previsiones de hace menos de una década; mientras que la decisión de 1996 de establecer un derecho legalmente reconocido a la medicación gratuita ha llevado el tratamiento y la atención a más de 100 000 personas seropositivas. A resultas de ello, el número anual de defunciones por SIDA en el Brasil fue, en 2000, la tercera parte del número de defunciones registradas en 1996. El costo anual de la medicación (incluidos los medicamentos producidos con licencia por fabricantes brasileños) está más que compensado por los ahorros resultantes en atención sanitaria y afines. En Centroamérica y América del Sur se está luchando por conseguir modelos similares, establecidos por ley, de acceso a los medicamentos.

En África, la atención que ha prestado Zambia a la prevención del VIH entre los jóvenes, y los

esfuerzos para hacer participar en la lucha contra el SIDA a las empresas, los campesinos, las escuelas y los grupos religiosos, son iniciativas que están dando buenos resultados. La proporción de mujeres embarazadas seropositivas de entre 15 y 19 años de edad ha descendido del 8,4% en 1993 a menos del 14,8% cinco años más tarde.

Las enseñanzas de estos buenos resultados proceden tanto de lugares donde la prevalencia del VIH es baja (y donde se ha prevenido una epidemia en expansión) como de otros donde el impacto del VIH/SIDA ya es considerable. Ambos entornos presentan desafíos. Incluso allí donde el aumento

rápido de la epidemia es un hecho innegable, aunque la prevalencia en el conjunto de la población sea baja, es demasiado sencillo marginar al VIH. Por ejemplo, en la Federación de Rusia, la toma de conciencia de que la epidemia está propagándose entre los jóvenes, y que no afecta solamente a un grupo estereotipado y estigmatizado de “drogadictos”, ha sido un importante impulso para reforzar la respuesta nacional. En países gravemente afectados (por ejemplo, los del sur de África), el desafío ha consistido en desarrollar la convicción política de que hay soluciones posibles al impacto arrollador de la epidemia.

El compromiso de la sociedad civil y del gobierno

El creciente compromiso político en respuesta al SIDA se fundamenta en dos décadas de voluntariado contra el SIDA, encabezado por personas y comunidades cuyas vidas se han visto afectadas por la epidemia. Organizaciones tan diversas como Crisis de la Salud de los Varones Gay [Gay Men's Health Crisis], de Nueva York, la Organización Ugandesa de Apoyo a las Personas con SIDA, la Asociación Salva a tu Generación [Save Your Generation Association], de Etiopía, el Grupo por la Vida [Grupo Pela Vida], de Río de Janeiro, y muchos cientos de organizaciones semejantes, se construyen sobre los mismos cimientos: un grupo de personas inicialmente pequeño que reacciona al impacto del SIDA se une para brindarse apoyo mutuo y tomar medidas.

En la actualidad existe un movimiento militante mundial de respuesta al SIDA. Ese movimiento tiene muchos aspectos: asociaciones comunitarias que proporcionan atención domiciliaria; militantes del tratamiento que utilizan los medios de comunicación y los tribunales para ampliar el acceso a los medicamentos contra el VIH; redes

como el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA y sus órganos regionales, y asociaciones nacionales e internacionales de personas seropositivas, junto con redes de mujeres seropositivas.

La presencia de organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria fue notable en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de junio de 2001, lo que dio una sensación de urgencia y de conciencia a las deliberaciones de los Estados Miembros. El nuevo Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo ha creado una nueva manera de trabajar incluyendo en su Junta no sólo a representantes de organizaciones no gubernamentales, sino también ofreciendo un lugar a las personas directamente afectadas. Esta firme base militante, apoyada en comunidades motivadas para actuar contra el SIDA, es fundamental a la hora de impulsar el compromiso político local, nacional y mundial.

Desde el seno de las Naciones Unidas, el Secretario General Kofi Annan ha contribuido a catalizar este

1

creciente compromiso mundial. En la Cumbre Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y otras Enfermedades Infecciosas Relacionadas, celebrada en Abuja (Nigeria) en abril de 2001, hizo un llamamiento mundial a actuar en la lucha contra el SIDA. La prioridad que el Secretario General personalmente ha dado al SIDA ha contribuido a dinamizar el sistema de las Naciones Unidas, así como a comprometer en el proyecto a los dirigentes políticos y empresariales.

En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas de septiembre de 2000, 43 jefes de Estado y de Gobierno, tanto de países gravemente afectados como de otros menos afectados, se refirieron al SIDA como uno de los problemas más urgentes a escala mundial. Presidentes y primeros ministros, especialmente de África y el Caribe, pero también de Asia y Europa occidental y oriental, están desplegando un compromiso personal en la lucha contra el SIDA. El apoyo a las respuestas ampliadas al SIDA lo han expresado dirigentes religiosos y grupos de todas las confesiones, desde los obis-

pos católicos y protestantes hasta el Patriarca de todas las Rusias, asociaciones de imanes y redes de monjes budistas del Sudeste Asiático.

El SIDA es un asunto de capital importancia en los encuentros internacionales: Norte y Sur. Por ejemplo, ha figurado en el orden del día de cumbres y foros decisorios de las naciones del G8 y del G77, de la Organización de Estados Americanos, la Organización de la Unidad Africana, la Comunidad de Naciones, la Unión Europea, la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático y la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM). Tanto el Foro Económico Mundial como el Foro Social Mundial (Porto Alegre) han celebrado reuniones decisivas sobre el SIDA y sus implicaciones mundiales. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas celebró su primer debate sobre el SIDA en enero de 2000, siendo ésta la primera vez que trataba una cuestión de salud pública o de desarrollo. Desde entonces, ha celebrado dos debates públicos más sobre el SIDA.

Ahora están claras las prioridades mundiales

El nuevo impulso político tuvo su culminación en junio de 2001, cuando los miembros de las Naciones Unidas se reunieron en un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General para acordar una repuesta mundial amplia y coordinada a la crisis del SIDA. Los miembros aprobaron una firme Declaración de compromiso y reafirmaron la promesa (hecha por los dirigentes mundiales en su Declaración del Milenio) de detener y comenzar a invertir el curso de la propagación del SIDA para 2015.

El periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA difirió en un punto fundamental de los cientos de

reuniones y cumbres sobre el SIDA celebradas en los últimos veinte años: fue un encuentro de todos los Estados, actuando en calidad de gobiernos. Como tal, aprobó un mandato común y una base para la responsabilidad política. La Declaración de compromiso del periodo extraordinario de sesiones, adoptada por unanimidad, sirve hoy de referencia para la acción mundial. Sus propósitos y objetivos incluyen la necesidad de:

- asegurar más recursos para la lucha contra el SIDA, aumentando el gasto anual a US\$7000–10 000 millones en los países de ingresos bajos y medianos;

- asegurar, para 2005, que en todos los países haya una amplia gama de programas de prevención;
- asegurar, para 2005, que por lo menos el 90% de los jóvenes de 15 a 24 años, y el 95% para 2010, tenga acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar las aptitudes para la vida necesarias para reducir su vulnerabilidad al VIH;
- reducir la tasa de infección por el VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad en un 25% para 2005 en los países más afectados y en el mundo entero para 2010;
- reducir en un 20% para 2005, y en un 50% para 2010, la proporción de niños nacidos con el VIH;
- promulgar o reforzar, para 2003, medidas de protección de los derechos humanos y contra la discriminación para las personas que viven con el VIH/SIDA y los grupos vulnerables;
- desarrollar o reforzar para 2003 los programas participativos destinados a proteger la salud de los más afectados por el VIH/SIDA;
- dar poder de decisión a las mujeres como elemento esencial de la reducción de la vulnerabilidad al VIH;
- desarrollar, para 2003, estrategias nacionales destinadas a reforzar los sistemas de asistencia sanitaria y abordar los factores que afectan al suministro de medicamentos relacionados con el VIH, incluidas la asequibilidad y la fijación de precios; y
- conseguir que el tratamiento y la atención de personas con el VIH/SIDA sean tan fundamentales en la respuesta al SIDA como lo es la prevención.

El debate celebrado en el periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA reveló que continúan existiendo diferencias entre los Estados sobre

la manera de responder a los grupos marginados, tales como los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas y los profesionales del sexo. No obstante, la Declaración expresó la aprobación unánime de planteamientos fundamentales para hacer frente a la epidemia, basados en respuestas sinceras y directas fundadas en el respeto de los derechos humanos.

La Declaración de compromiso proporciona al mundo una base para la acción política eficaz y un criterio de responsabilidad. En las reuniones internacionales, regionales y nacionales celebradas después del periodo extraordinario de sesiones, la Declaración de compromiso ha servido para definir programas y crear una plataforma común de acción. Pocas semanas después del periodo extraordinario de sesiones, la aplicación de la Declaración de compromiso ya era una realidad a nivel regional, por ejemplo, en la Declaración de Nassau sobre la Salud, realizada por jefes de Gobierno de la Comunidad del Caribe, y en las medidas regionales tomadas en la Comunidad de Estados Independientes.

Los indicadores, desarrollados por la Secretaría y los copatrocinadores del ONUSIDA junto con otros interesados directos, vigilarán el progreso de todos los elementos clave de la Declaración de compromiso. El Secretario General de las Naciones Unidas informará anualmente a la Asamblea General sobre los progresos realizados en relación con la Declaración.

Los objetivos de las reuniones

El cuadro 1 muestra con detalle las medidas de base más recientes para los 25 países más afectados del mundo, en relación con los objetivos fijados en la Declaración de compromiso. Estas medidas indican los niveles actuales del VIH entre los jóvenes, y muestran que los conocimientos y la conciencia del VIH/SIDA entre los jóvenes tendrán que aumentar de un modo considerable para

Cuadro 1

Medida de los progresos realizados hacia las metas establecidas en el periodo extraordinario de sesiones de los indicadores de la prevalencia, prevención e impacto del VIH en países con alta prevalencia del VIH*

| País | Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas (15-24 años) | | | | | | Prevención | | | | |
|------------------------|--|---|---|--|---|---|---|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| | Principales zonas urbanas | | | Fuera de las principales zonas urbanas | | | Conocimientos/sensibilización entre los jóvenes | | | | |
| | Año <i>b</i> | Mujeres embarazadas (15-19 años) <i>c</i> | Mujeres embarazadas (20-24 años) <i>d</i> | Año <i>e</i> | Mujeres embarazadas (15-19 años) <i>f</i> | Mujeres embarazadas (20-24 años) <i>g</i> | Ha oído hablar del SIDA <i>h</i> | Uso del preservativo <i>i</i> | Una sola pareja fiel <i>j</i> | Sabe que una persona de aspecto saludable puede estar infectada <i>k</i> | No tiene conceptos erróneos importantes <i>l</i> |
| Angola | | ... | ... | | ... | ... | 70,0 | 30 | 30 | 43 | 17 |
| Botswana | 2001 [3] | 27,1 | 34,9 | 2001 [19] | 26,6 | 46,9 | 95 | 76 | 74 | 79 | 35 |
| Burkina Faso | 1998 [1] | 6,2 | 8,8 | | ... | ... | 84 | ... | ... | 42 | ... |
| Burundi | 1998 [1] | 8,8 | 15,4 | 1998 [1] | 24,0 | 14,3 | 85 | 47 | 71 | 66 | 36 |
| Camerún | 2000 [5] | 9,5 | 11,2 | 2000 [22] | 9,3 | 14,1 | 90 | 46 | 51 | 54 | 23 |
| Rep. Centroafricana | | ... | ... | | ... | ... | ... | ... | ... | 46 | ... |
| Congo | 2000 [u] | 11,0 | ... | | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Côte d'Ivoire | 1998 [3] | 4,7 | 12,2 | 1997 [9] | 7,5 | 12,1 | 93 | 53 | 55 | 51 | 21 |
| Etiopía | 2000 [4] | 8,9 | 17,6 | 2000 [3] | 0,0 | 4,3 | 82 | 37 | 62 | 39 | ... |
| Haití | 2000 [n] | 3,7 | 3,8 | 2000 [n] | 3,7 | 3,8 | 97 | 52 | 56 | 68 | ... |
| Kenya | 1997 [1] | 12,5 | 16,2 | | ... | ... | 90,0 | 53 | 75 | 65 | 59 |
| Lesotho | 1999 [n] | ~ 25,0 | ~ 41,0 | 1999 [n] | ~ 25,0 | ~ 41,0 | 81 | 58 | 50 | 46 | 22 |
| Liberia | | ... | ... | | ... | ... | 63,0 <i>y</i> | 49,0 <i>a</i> | 44 <i>a</i> | 31 <i>a</i> | ... |
| Malawi | 2001 [3] | 13,6 | 25,7 | 2001 [16] | 10,2 | 20,3 | 99 | 78 | 80 | 84 | ... |
| Mozambique | 2000 [2] | 13,0 | 14,7 | 2000 [18] | 6,3 | 13,7 | 83 | ... | ... | 38 | ... |
| Namibia | 2000 [n] | 11,9 | 20,3 | 2000 [n] | 11,9 | 20,3 | 98 | 87 | 77 | ... | ... |
| Nigeria | 2000 [n] | 3,0 | 5,8 | 2000 [n] | 3,0 | 5,8 | 75 | 15 | 44 | 45 | ... |
| Rwanda | 1999 [4] | 8,4 | 12,8 | 1999 [6] | 4,2 | 7,6 | 99 | 68 | 75 | 23 | ... |
| Sierra Leona | | ... | ... | | ... | ... | 59,0 | 30 | 32 | 35 | 21 |
| Sudáfrica | 2000 [n] | 16,1 | 29,1 | 2000 [n] | 16,1 | 29,1 | 95 <i>y</i> | ... | ... | < 50 <i>y</i> | ... |
| Swazilandia | 2000 [u] | 22,0 | 42,2 | 2000 [3] | 30,1 | 42,5 | 97 | 63 | 61 | 81 | 43 |
| Rep. Unida de Tanzania | 2000 [3] | 13,2 <i>z</i> | 13,2 <i>z</i> | 2000 [9] | 16,3 <i>z</i> | 16,3 <i>z</i> | 96 | 62 | 64 | 65 | 35 |
| Togo | | ... | ... | | ... | ... | 96 | 63 | 74 | 67 | 27 |
| Zambia | 1998 [4] | 16,7 | 26,8 | 1998 [18] | 6,0 | 17,5 | 96 | 59 | 78 | 75 | 40 |
| Zimbabwe | 2000 [u] | 27,1 | 34,8 | 2000 [r] | 28,4 | 35,3 | 96 | 73 | 73 | 74 | ... |

*Véase el anexo 2 para las claves de las letras y números que aparecen después de las fechas y cantidades.

la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de junio de 2001: medidas de referencia de

| Prevención | | | | | | | | Impacto | |
|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--|--|---|---|
| Relación sexual de alto riesgo en el último año | | Uso comunicado de un preservativo en la última relación sexual de alto riesgo | | Prevención de la transmisión maternoinfantil (TMI) | | | | Huérfanos | |
| Varón (15-59 años) <i>m</i> | Mujer (15-49 años) <i>n</i> | Varón (15-59 años) <i>o</i> | Mujer (15-49 años) <i>p</i> | Conocimientos de la TMI Mujer <i>q</i> | Conoce un lugar dónde hacerse la prueba Mujer <i>r</i> | Número de mujeres embarazadas VIH+ <i>s</i> | Cobertura de la atención prenatal (15-49 años) <i>t</i> | Niños huérfanos por el SIDA (0-14 años) <i>u</i> | Huérfanos en la escuela <i>v</i> Tasa de asistencia escolar de huérfanos expresada como porcentaje de la tasa de asistencia escolar de no huérfanos |
| ... | ... | ... | ... | 48 | 23 | 40.000 | ... | 104.000 | 89 |
| ... | ... | ... | ... | 81 | 47 | 22.000 | 97 | 69.000 | 99 |
| 28 | 8 | 59 | 42 | 45 | ... | 47.000 | 61 | 268.000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 81 | 27 | 40.000 | 76 | 237.000 | 69 |
| 55 | 28 | 5 | 3 | 63 | 58 | 74.000 | 75 | 210.000 | 92 |
| ... | ... | ... | ... | 45 | 26 | 20.000 | 62 | 107.000 | 89 |
| 70 | 43 | ... | 12 | ... | ... | 11.000 | ... | 78.000 | ... |
| 87 | 30 | 12 | 1 | 65 | 19 | 60.000 | 88 | 420.000 | 77 |
| 21 | 8 | 30 | 13 | 57 | ... | 220.000 | 27 | 989.000 | 60 |
| 55 | 32 | 26 | 14 | 72 | 22 | ... | 80 | 43.000 | 82 |
| 45 | 20 | 42 | 16 | 85 | ... | 180.000 | 76 | 892.000 | 75 |
| ... | ... | ... | ... | 62 | ... | 25.000 | 88 | 73.000 | 89 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | 12.000 | 85 | 39.000 | ... |
| 37 | 9 | 39 | 29 | 77 | 70 | 100.000 | 92 | 468.000 | 92 |
| 59 | ... | ... | 4 | ... | ... | 130.000 | 71 | 418.000 | 46 |
| ... | ... | ... | ... | ... | 79 | 17.000 | 91 | 47.000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 40 | ... | 270.000 | 64 | 995.000 | ... |
| 12 | 7 | 50 | 15 | 88 | 45 | 47.000 | 92 | 264.000 | 93 |
| ... | ... | ... | ... | 37 | 9 | 18.000 | 68 | 42.000 | 74 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | 260.000 | 94 | 662.000 | ... |
| ... | ... | ... | ... | 72 | 60 | 13.000 | 87 | 35.000 | 86 |
| 52 | 29 | 34 | 23 | 74 | 52 | 120.000 | 49 | 815.000 | 72 |
| 35 | 16 | 37 | 17 | 73 | ... | 13.000 | 82 | 63.000 | 92 |
| 43 | 29 | 30 | 18 | 88 | 59 | 110.000 | 83 | 572.000 | 88 |
| 43 | 16 | 70 | 42 | 84 | 43 | 170.000 | 93 | 782.000 | 85 |

alcanzar los objetivos pertinentes. Dichas medidas también revelan que los niveles de comportamiento de riesgo son relativamente altos (sobre todo entre los varones), mientras que el comportamiento de protección es generalmente bajo entre varones y mujeres; ámbitos éstos en los que ha de lograrse un progreso sustancial.

Como recuerda el cuadro 1, las reducciones fijadas en la proporción de lactantes infectados por el VIH sólo podrán alcanzarse si el acceso de las mujeres a la prueba del VIH aumenta de manera significativa. Por último, la tasa de escolarización de los huérfanos pone de relieve otro ámbito en el que hay que progresar, puesto que dicha tasa

es también un indicador del grado en el cual los huérfanos reciben formas más amplias de apoyo.

Como complemento a la Declaración de compromiso, en 2001 se adoptó por primera vez un plan estratégico único del sistema de las Naciones Unidas, que amalgama dentro de las Naciones Unidas no solamente al ONUSIDA y sus copatrocinadores, sino también las actividades relacionadas con el VIH/SIDA de un total de 29 organizaciones e instituciones de las Naciones Unidas. Ese plan, un logro importante en el aumento de la transparencia y la coordinación, guiará al sistema de las Naciones Unidas durante los cinco próximos años.

Cambios de paradigmas

Respaldar la renovada decisión mundial de hacer frente al SIDA conlleva una serie de cambios en las ideas fundamentales acerca de la epidemia.

En primer lugar, ahora somos conscientes de que la epidemia de VIH/SIDA se encuentra en una fase temprana de desarrollo. Sigue sin estar claro cómo evolucionará a largo plazo. Pese al manifiesto potencial de la epidemia para crecer de manera explosiva en sólo unos años, su dinámica general debe considerarse en un marco temporal de décadas.

En segundo lugar, ya se han identificado y probado los enfoques eficaces para la prevención del VIH y se ha reconocido la necesidad de hacer particular hincapié en los jóvenes. En todos los países en los que se ha reducido la transmisión del VIH, ha sido entre los jóvenes (y con la determinación de éstos) donde se han registrado las reducciones más espectaculares.

En tercer lugar, la movilización de la comunidad es la principal estrategia sobre la cual se ha desarrollado el avance contra el VIH. Para

fomentar esta movilización es necesario eliminar el estigma, desarrollar asociaciones entre los actores sociales y gubernamentales e implicar sistemáticamente a las comunidades e individuos infectados y afectados por el VIH/SIDA.

En cuarto lugar, el acceso a una asistencia amplia y al tratamiento del VIH/SIDA no es un lujo optativo en las respuestas mundiales al SIDA. El acceso a la asistencia es una necesidad básica de los programas sobre el SIDA en todos los escenarios –desde el más rico hasta el más pobre– y tiene que englobar todo el proceso, desde la atención domiciliar y paliativa hasta el tratamiento de las infecciones oportunistas y la terapia antirretrovírica.

Responder a las demandas de un acceso más equitativo a la asistencia es un punto esencial de la creación de estrategias amplias, basadas en la demanda, que respondan al deseo de las familias y las comunidades de protegerse del VIH y sus efectos. Es probable que la protección contra el VIH impulsada por la demanda dé resultados mucho más inmediatos que los enfoques basados en la oferta.

En quinto lugar, tratar los factores económicos, políticos, sociales y culturales que hacen a los individuos y las comunidades vulnerables al VIH/SIDA es fundamental para lograr una respuesta internacional sostenible y ampliada.

Las Metas de Desarrollo del Milenio, propuestas en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (septiembre de 2000), incluyen el compromiso para detener y comenzar a invertir las tendencias de la propagación mundial del SIDA para 2015. Entre dichas metas figuran también las siguientes: reducir a la mitad la pobreza mundial; asegurar la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de sexos y capacitar a las mujeres, y reducir la mortalidad infantil a la vez que se mejora la salud de las madres. Este

conjunto de medidas es esencial para paliar con éxito el impacto del SIDA.

Y, por último, la falta de capacidad para absorber los aumentos de recursos asignados para el VIH/SIDA, aunque es un aspecto que plantea desafíos, no es una razón para postergar el aumento de las respuestas en países que manifiestan su compromiso con una respuesta ampliada. La evaluación de la disponibilidad de programas realizada por el ONUSIDA, junto con respuestas a las peticiones de propuestas hechas por el nuevo Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, son demostraciones de necesidades inmediatas e importantes no satisfechas en los programas sobre el SIDA en gran parte del mundo.

Desarrollar una nueva capacidad para el éxito

En respuesta al SIDA, están surgiendo asociaciones con una mayor participación de todos los sectores del gobierno, y también entre los gobiernos, la sociedad civil y el sector empresarial. Los sindicatos y las organizaciones de mujeres y jóvenes participan en las actividades relacionadas con el SIDA, a menudo por primera vez. Se han extendido, especialmente en Asia y África, las coaliciones empresariales sobre el SIDA. Las empresas han reconocido la necesidad mundial de establecer un programa de previsión para el SIDA y el Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA encabeza los esfuerzos en esta dirección.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), que en 2001 se convirtió en el octavo copatrocinador del ONUSIDA, es el artífice de un nuevo código de conducta concebido para proteger y apoyar a los trabajadores con el VIH/SIDA y utilizar más eficazmente los lugares de trabajo en la lucha contra el SIDA (véase: “Foco de atención:

SIDA y mundo del trabajo”) Entre tanto, las fundaciones filantrópicas, como la Fundación Bill y Melinda Gates, hacen contribuciones cada vez más imaginativas y generosas –tanto económicas como intelectuales– para la prevención, el apoyo al acceso a la atención, la reducción de la transmisión materno-infantil y la búsqueda de una vacuna, entre otras cosas.

Las respuestas de emergencia, tanto a situaciones de conflicto como a catástrofes, comienzan ya a tratar más eficazmente el SIDA en escenarios de emergencia, sean campos de refugiados o zonas destruidas por la guerra. El Programa Mundial de Alimentos está prestando su apoyo a las respuestas al SIDA en su campo de operaciones, mientras que la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha comenzado a abordar el estigma relacionado con el SIDA, empezando por sus trabajadores y voluntarios.

El nuevo paradigma para el acceso a la asistencia comienza a tener efecto y se ponen en tela de juicio injusticias mundiales que vienen de lejos. Desde las discusiones ante la Organización Mundial del Comercio hasta los juicios en Sudáfrica, el debate en relación con los medicamentos esenciales se ha resuelto a favor de reducir las barreras comerciales que impiden el acceso a los mismos. El principio de un precio preferencial para los medicamentos contra el VIH en países de ingresos bajos y medianos ha sido en gran parte aceptado por la industria farmacéutica. Los precios han empezado a bajar, y en la reunión de la Organización Mundial del Comercio, celebrada en Doha a finales de 2001, se afirmaron claramente los derechos de los países para invocar acuerdos de licencia obligatorios o voluntarios sobre medicamentos y medicaciones patentados. Ya existen medicamentos genéricos de muchos fármacos antirretrovíricos. La Organización Mundial de la Salud ha comenzado un proceso de evaluación de la calidad de los fármacos contra el VIH (de marca o genéricos), y está dando una amplia difusión a los resultados con vistas a promover el uso racional de los medicamentos así como unos precios asequibles.

En África, donde la brecha entre las necesidades y los recursos es más grande, se está avanzando en los países más ricos, como Botswana, Gabón y Nigeria; en los países con población seropositiva todavía relativamente pequeña, como el Senegal; y en los que, como Uganda, expanden hacia otras zonas las infraestructuras existentes en la capital.

Pagar la factura

Se han visto muchos cambios en la comprensión de los recursos necesarios para una respuesta mundial eficaz y en la manera de generar esos fondos. Tal como se acordó en la Asamblea General de las Naciones Unidas, ahora está claro que el gasto relacionado con el SIDA tiene que aumentar a

Se han hecho importantes avances en la prevención de la transmisión maternoinfantil. Se han desarrollado nuevas pautas sobre la terapia antirretrovírica y la alimentación de los lactantes para madres infectadas por el VIH. Se está aceptando gradualmente la oferta del fabricante Boehringer Ingelheim, hecha en julio de 2001, de suministrar nevirapina gratis a los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, esto también significa que el asesoramiento y las pruebas voluntarias de las mujeres de África subsahariana superen el nivel actual del 1%. Es preciso que aumente la infraestructura de atención prenatal y que los métodos de alimentación del lactante seguros por parte de madres infectadas por el VIH se conviertan en una opción real más que teórica. No obstante, queda mucho por hacer para transformar los éxitos de los pequeños proyectos piloto en programas en gran escala.

En cuanto a la epidemia en general, el acceso al tratamiento del VIH también tiene dimensiones de gobierno y seguridad. Incluso en los países más pobres, y en particular en las zonas urbanas, ya se registra un enorme atraso en la demanda de tratamiento para el VIH. Si éste sigue siendo inaccesible, o si sólo llega a pequeñas élites, la tensión social podría agudizarse aún más. Las “curas milagrosas del SIDA” ya han dado lugar a situaciones locales de inestabilidad en la India, Nigeria, Tailandia y otros países.

US\$7000–10 000 millones para costear las principales necesidades de prevención y asistencia de los países de ingresos bajos y medianos (véase la sección “Atender las necesidades”).

Al crear unas condiciones óptimas para que los gobiernos nacionales aumenten sus esfuerzos en el

ámbito del SIDA, es necesario liberar más fondos por medio de la reducción o condonación de la deuda. Sin embargo, no hay manera de eludir la necesidad de que los países de ingresos altos aumenten la ayuda que destinan a los países más pobres del mundo.

La Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo, celebrada en Monterrey (México) en marzo de 2002, se clausuró con un enérgico llamamiento a erradicar la pobreza, alcanzar un crecimiento económico sostenido y promover el desarrollo sostenible en el contexto de un sistema económico mundial totalmente incluyente y equitativo. La declaración de consenso pedía mayor asistencia al desarrollo internacional, y diversas naciones prometieron una mayor financiación. La Conferencia reconoció la interconexión del desarrollo nacional, los recursos de desarrollo internacional e inversión directa extranjera, el comercio internacional, la coopera-

ción financiera y técnica internacional y la deuda externa. Asimismo, apoyó la innovación en materia de reducción de la deuda, así como la condonación de la misma en los casos apropiados.

Como se reconoció en los debates de la Conferencia, el impacto del VIH está íntimamente vinculado con este incipiente programa de mayor cohesión internacional para financiar el desarrollo. En los países más afectados, el SIDA ha acabado con cincuenta años de avances en el desarrollo, medidos desde el punto de vista de una mayor esperanza de vida. De igual modo, reforzar la cooperación y las capacidades de financiación nacionales e internacionales, que van desde un mejor control hasta flujos de recursos mayores y condiciones económicas más estables, son las estrategias básicas para reducir la vulnerabilidad al SIDA y el impacto de la epidemia.

Los desafíos mundiales

Hay inmensos desafíos mundiales que siguen configurando el contexto en el cual el mundo se enfrenta a la epidemia. La falta de control del SIDA es un índice de desarrollo injusto y de mal gobierno. La desigualdad en los ingresos, las desigualdades por razón del sexo, la migración de la fuerza de trabajo, los conflictos y los movimientos de refugiados son fenómenos que fomentan la propagación del VIH.

A pesar de los beneficios ampliamente reconocidos de la mundialización, más de mil millones de personas, de una población mundial de seis mil millones, siguen sin poder satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, agua, saneamiento, atención sanitaria, vivienda y educación. A escala mundial, se calcula que 1100 millones de personas están desnutridas y 1200 millones viven con

menos de US\$1 al día. En más de 30 de las economías nacionales más pobres (la mayoría de ellas en África subsahariana), el ingreso real por habitante está descendiendo desde principios de la década de 1980. Al mismo tiempo, no han disminuido las presiones sobre los Estados para que faciliten los servicios e infraestructuras básicos. La epidemia de VIH/SIDA, junto con otras enfermedades, conflictos y sequías, está empeorando aún más las cosas.

Pero la respuesta mundial al SIDA demuestra que los efectos negativos de la mundialización no tienen por qué ser “cosas normales de la vida”. Un mayor acceso a los mercados de los países de ingresos altos, la reducción de la deuda y una mayor ayuda al desarrollo contribuirán sin duda a que los países reduzcan la pobreza. En 2001, los

países de ingresos altos gastaron más de US\$300 mil millones en subsidios agrícolas: más o menos el equivalente al producto interior bruto combinado de toda África subsahariana. Está claro que el SIDA representa una larga y triste historia de exclusión para millones de personas, con o sin la infección por el VIH.

La epidemia de SIDA en expansión proporciona un imperioso argumento para acelerar la muy necesaria reforma mundial con un esfuerzo por respaldar mejor las respuestas mundiales. Y esto puede hacerse:

- creando una cooperación internacional más sólida, guiada por los principios de los derechos humanos;
- generando una mayor responsabilidad y transparencia de las instituciones internacionales;
- regenerando las capacidades nacionales para salvaguardar el derecho a la salud (incluidos el suministro de prevención del VIH, el acceso a la asistencia del VIH o el desarrollo de una vacuna contra el VIH), y consiguiendo la ayuda del sector empresarial para tales esfuerzos;
- corrigiendo la pobreza mundial —una fuerza propulsora de la epidemia de SIDA— mediante, entre otras cosas, un aumento de la ayuda oficial al desarrollo hasta llegar, por lo menos, al 0,7% del producto nacional bruto (un nivel acordado por primera vez por la comunidad internacional en 1969 y refrendado reiteradas veces desde entonces,

incluso en la Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo de Monterrey en 2002); y

- por encima de todo, estableciendo nuevas reglas de juego que aseguren una distribución más justa de los frutos de la mundialización.

Es cierto que, para actuar contra el SIDA, el mundo no puede permitirse esperar hasta que existan las condiciones ideales. La lucha contra el SIDA no puede quedar en suspenso hasta que se consiga la seguridad humana y se erradique la pobreza. Como dijo Graça Machel en su llamamiento a los dirigentes del Foro de Desarrollo Africano 2000: “¿Cómo reaccionarían si les dijeran que, de sus cinco hijos, dos van a morir prematuramente, pero que aún tienen la oportunidad de impedir esas muertes? ¿Qué padre no movilizaría todos sus recursos financieros, psicológicos y humanos, qué padre no actuaría de inmediato?” Al mismo tiempo, la creciente respuesta mundial al SIDA tiene que verse reforzada por una seguridad, una igualdad y una justicia más sólidas. A largo plazo, el éxito en la lucha contra la epidemia requiere una comunidad mundial que actúe sobre la base del interés humano y los valores humanitarios.

No existe un modelo seguro para controlar la epidemia. Sin embargo, los últimos 20 años han sido testigos del desarrollo de medios y conocimientos que sabemos que pueden dar buenos resultados. Ahora el mundo tiene un mapa para orientarse en la lucha contra el SIDA. El tiempo dirá en qué medida se ha utilizado bien. 