



Asamblea General

Distr. general
4 de abril de 2005
Español
Original: inglés

Quincuagésimo noveno período de sesiones

Tema 43 del programa

Seguimiento de los resultados del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones: aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA

Progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se presenta de conformidad con la resolución 58/236 de la Asamblea General, de 23 de diciembre de 2003, en la que la Asamblea pidió al Secretario General que presentase un informe amplio y analítico sobre el progreso realizado en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, aprobada por la Asamblea General el 27 de junio de 2001. El informe se basa en una amplia gama de fuentes de información, incluso estadísticas nacionales sobre los indicadores de SIDA de 17 países y territorios de África, Asia y el Caribe y Europa oriental¹, otras encuestas nacionales, estudios de encargo y estimaciones basadas en datos verificados de intervenciones importantes en relación con el SIDA. En el informe se reseña la situación actual de la epidemia y se resumen los progresos globales en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Declaración, con especial énfasis en los objetivos fijados para 2005.

Pese a los síntomas alentadores de que la epidemia está empezando a remitirse en un número limitado, aunque cada vez mayor de países, la epidemia en general sigue extendiéndose, con el riesgo de que en gran parte del mundo no se alcance los objetivos fijados en la Declaración. Asimismo, aunque la difusión de los programas de tratamiento del SIDA ha renovado las esperanzas de las comunidades y reforzado sus esfuerzos de prevención y atención, el desarrollo de los programas de tratamiento ha sido insuficiente para evitar un agravamiento de los efectos de la epidemia en algunos de los hogares, comunidades y países más vulnerables del mundo. La mortalidad ocasionada por el SIDA sigue erosionando la frágil base de capital humano de que depende un desarrollo sostenible, y amenaza con socavar las instituciones sociales básicas en los países más afectados. El consenso de que el SIDA constituye un problema excepcional que exige una respuesta excepcional permite esperar que la



respuesta mundial frente al SIDA sea al menos equiparable a la propia epidemia en cuanto a su magnitud y complejidad.

En 2006 se publicará un informe amplio, utilizando las estadísticas de fin de año y con información adicional sobre todos los indicadores mundiales y nacionales.

I. Introducción

1. Desde 2001, se ha registrado un cambio espectacular en la acción mundial para combatir el SIDA. El compromiso político en la lucha contra el SIDA, que lamentablemente brilló por su ausencia en las primeras fases de la epidemia, se ha intensificado notablemente a nivel nacional, regional y mundial. En los dos países más populosos del mundo, las iniciativas de los dirigentes están teniendo un impacto importante. En China, los dirigentes políticos han comenzado a referirse públicamente a cuestiones relacionadas con el SIDA, en tanto que en la India se ha establecido el Consejo Nacional del SIDA, patrocinado por el Primer Ministro, en el que están representados distintos ministerios. En el Caribe, las autoridades, en colaboración con los dirigentes políticos de la región, están transformando la respuesta frente al SIDA bajo los auspicios de la Alianza Pancaribeña contra el VIH/SIDA. Los países europeos han prometido garantizar el acceso universal al tratamiento y atención para el año 2005 en toda Europa y Asia central. En África oriental, las primeras medidas visibles adoptadas por los dirigentes políticos están empezando a dar fruto, manifestándose en indicios alentadores de que la prevalencia del VIH está disminuyendo. En varios países de América Latina, la mortalidad ocasionada por el SIDA se ha reducido desde que se difundieron los programas de tratamiento antirretrovirales. Los países donantes están explorando activamente mecanismos sostenibles e innovadores para financiar programas de lucha contra el SIDA y desarrollo internacional. En todas las regiones y países las poblaciones que viven con el VIH siguen a la vanguardia de los esfuerzos para superar el silencio que rodea al SIDA y exigir una acción eficaz para hacer frente a la epidemia.

2. Aunque la intensidad y el alcance de los programas de prevención del VIH/SIDA siguen siendo insuficientes, cada vez son más los países que se esfuerzan por aplicar la experiencia adquirida a la escala y con la intensidad necesarias para que tenga un impacto sobre la epidemia. A medida que aumentan las actividades de prevención, algunos países están consiguiendo mitigar los efectos de la epidemia entre los jóvenes. En Camboya, la prevalencia del VIH entre las profesionales del sexo y sus clientes se ha reducido considerablemente desde 1998. En las Bahamas, un incremento de las medidas de prevención y tratamiento ha permitido reducir en los últimos siete años la prevalencia del VIH y la mortalidad ocasionada por el SIDA. Los recursos financieros disponibles en 2005 para programas de lucha contra el SIDA en los países de bajos y medianos ingresos serán, con toda probabilidad, casi seis veces mayores que los recursos gastados en todo el mundo en 2001. El acceso a la vital terapia antirretroviral de los grupos de bajos ingresos, apenas imaginable a comienzos del decenio actual se está convirtiendo rápidamente en una realidad en muchas partes del mundo. Por vez primera, se observa una respuesta verdaderamente global frente al SIDA, incluidas las medidas de prevención y tratamiento del VIH.

3. La Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (resolución S-26/2 de la Asamblea General, anexo) ha servido de mecanismo crítico para la promoción, transparencia y rendición de cuentas en la lucha mundial contra la epidemia. La Declaración establece objetivos con plazos concretos que refuerzan los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular el Objetivo 6 “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA². La sociedad civil desempeña una función cada vez más importante en la vigilancia del cumplimiento de estos compromisos.

4. Pese a estos y otros avances en la lucha contra el SIDA a nivel mundial, la epidemia sigue extendiéndose. En comparación con años anteriores, en 2004 hubo más casos nuevos de infección (4,9 millones) y más muertes como consecuencia del SIDA (3,1 millones). Más de 8.000 personas mueren cada día por causas relacionadas con el SIDA. Al mes de diciembre de 2004 había, según los cálculos, 39,4 millones de personas infectadas con el VIH. Las mujeres representan actualmente casi la mitad de todas las personas infectadas con el VIH. Esta feminización creciente de la epidemia refleja la situación paradójica en que se encuentran las mujeres y las muchachas. Son más vulnerables a la infección con el VIH, pese a que es menos probable que adopten comportamientos de alto riesgo que sus parejas del sexo masculino. Además, la epidemia sigue afectando de manera desproporcionada a los adolescentes y a los jóvenes, registrándose la mitad de las nuevas infecciones entre este grupo de edad. Se estima que unos 2,3 millones de niños menores de 15 años viven con el VIH, y que en la mayoría de los casos habían contraído el VIH durante la gestación o el parto, o como resultado de la lactancia materna.

5. El impacto del SIDA entre los niños es abrumador. A nivel mundial, el SIDA representa actualmente el 3% de todas las causas de fallecimiento de niños menores de 5 años, pero en los países más afectados esta cifra puede llegar hasta el 50%. Quince millones de niños han quedado huérfanos como consecuencia del SIDA, y es de temer que esta cifra aumente considerablemente en los próximos años. Hay otros millones de niños que viven en hogares en que un adulto está afectado por la enfermedad.

6. A nivel mundial, uno de cada 90 adultos (de 15 a 49 años de edad) en países de bajos y medianos ingresos vive con el VIH, lo que representa un 95% de las infecciones del VIH en todo el mundo. El África subsahariana sigue siendo la región más afectada, ya que representa el 64% de las infecciones del VIH en el mundo y el 74% de todos los fallecimientos como consecuencia del SIDA en 2004. La aparente estabilización de la epidemia en algunos países africanos se está produciendo, sin embargo, a un nivel inaceptablemente alto, lo que significa que el número de fallecimientos debidos al SIDA es actualmente comparable al número de nuevas infecciones. La epidemia todavía no da muestras de haber alcanzado un nivel natural de saturación. En Swazilandia, el país más afectado, la prevalencia del SIDA entre los adultos sigue en ascenso, y en 2004 un 42,6% de las mujeres embarazadas dieron resultado positivo en las pruebas del VIH.

7. Fuera de África, la prevalencia del VIH es máxima en el Caribe (2,3%). Al mes de diciembre de 2004, se estimaba que 7,1 millones de personas en Asia meridional y sudoriental vivían con el VIH, incluidas 890.000 personas que habían sido infectadas en ese año. A fines de 2004, había nueve veces más de personas con el VIH en Europa oriental y Asia central que 10 años antes. En América Latina, viven con el VIH más de 1,7 millones de personas. En 2004, la epidemia se extendió en todas las regiones, incluso en América del Norte y en Europa occidental, donde los primeros éxitos de la prevención han cedido el paso en años recientes a un aumento del comportamiento sexual de riesgo. En todas las regiones, la epidemia incide de manera desproporcionada en los grupos de población más marginados, como son las profesionales del sexo, los hombres que mantienen relaciones homosexuales, los usuarios de drogas inyectables, los muchachos de la calle y los reclusos.

8. El impacto de la epidemia entre las mujeres y las muchachas se ha intensificado apreciablemente, sobre todo como consecuencia de la inferior situación social económica y legal de las mujeres en muchos países. Entre los jóvenes (de 15 a 24 años de edad) del África subsahariana, hay 36 mujeres infectadas con el VIH por cada 10 varones infectados. Incluso en las regiones en que hay más probabilidades de que estén infectados los hombres que las mujeres, el número de mujeres con el VIH aumenta rápidamente: en un 56% en Asia oriental entre 2002 y 2004, y en un 48% en Europa oriental y Asia central. Además de su gran vulnerabilidad al VIH, sobre las mujeres y las muchachas recae también una responsabilidad desproporcionada de la carga que supone la atención y el apoyo en casos relacionados con el SIDA.

9. Pese al aumento notable de los recursos destinados a combatir el SIDA en años recientes, sigue siendo difícil transformar unos proyectos locales prometedores en programas de amplia base y de suficiente amplitud para influir en el curso de la epidemia. Debido en gran parte al hecho de que no se han adoptado medidas de la debida amplitud, el ritmo de nuevas infecciones del VIH y de fallecimientos debidos al SIDA se está acelerando, con síntomas especialmente inquietantes de propagación de la epidemia en Asia, donde vive la mitad de la población mundial.

Agravación del impacto del SIDA

10. Aunque la difusión de los programas de tratamiento ofrece esperanzas, es posible que para el año 2006 11 países del África subsahariana hayan perdido más de la décima parte de su fuerza laboral como consecuencia del SIDA. Y sobre todo, lo que puede ser un primer indicio de la capacidad de la epidemia a largo plazo para causar estragos, los efectos del SIDA en el sector agrícola desempeñaron un papel determinante en la reciente crisis alimentaria en el África meridional. Las consecuencias de la epidemia no se limitan a África: los estudios del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Banco Asiático de Desarrollo estiman que el SIDA limitará el ritmo de reducción de la pobreza en Camboya en un 60% como promedio entre 2003 y 2015.

11. El aspecto más peligroso de la epidemia tal vez sea su tendencia a romper los lazos generacionales de que dependen las sociedades para la transmisión de valores, normas culturales y conocimientos prácticos. Al afectar a los jóvenes y a los adultos en edad de trabajar, el SIDA desencadena una serie de eventos que amenazan con destruir todo el tejido de la sociedad. En definitiva, el SIDA es un problema excepcional que exige una respuesta excepcional.

II. Conclusiones principales

12. Para lograr las metas fijadas en la Declaración de Compromiso y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio se requiere una respuesta de gran amplitud, tanto en cuanto a su alcance como a su cobertura. El SIDA, desconocido en el mundo hace menos de 25 años, representa una amenaza excepcional para el desarrollo internacional que socava la esperanza de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Ritmo de nuevas infecciones

13. **La mayoría de los países más afectados corren el riesgo de no alcanzar el objetivo de reducir para 2005 el nivel de infecciones entre los hombres y mujeres jóvenes de 15 a 24 años.** Si bien algunos países están teniendo un cierto éxito para reducir los niveles de infección entre ciertos grupos de población, el ritmo de propagación de la epidemia en todo el mundo se está acelerando. Aunque existen estrategias de resultados demostrados para evitar nuevas infecciones del VIH, los métodos esenciales de prevención sólo están al alcance de una mínima parte de los que las necesitan. Los servicios vitales de prevención son especialmente importante para los jóvenes, que representan la mitad de todas las nuevas infecciones, y para los grupos de población marginados y vulnerables.

Mayor acceso al tratamiento

14. **Aunque el número de personas que habían recibido una terapia antirretroviral aumentó en casi dos tercios durante la segunda mitad de 2004, en los países de bajos y medianos ingresos, al mes de diciembre de 2004 sólo un 12% de las personas que necesitaban terapia antirretroviral la estaban recibiendo.** La campaña “Tres millones para 2005”³ iniciada por la OMS y ONUSIDA en diciembre de 2003, ha reforzado considerablemente el compromiso de facilitar el acceso al tratamiento. El tratamiento, que una vez se consideraba inviable en situaciones en que los recursos son limitados, constituye actualmente una oportunidad sin precedentes para encontrar una respuesta global a nivel nacional a la epidemia del VIH/SIDA, en la que las actividades de atención y prevención y los esfuerzos para mitigar su impacto se complementan y refuerzan mutuamente.

Los derechos humanos y el SIDA

15. **Aunque muchos estudios sobre las respuestas y políticas nacionales frente al SIDA revelan la existencia de medidas de protección de los derechos humanos, estas medidas carecen con frecuencia de especificidad y de los mecanismos de aplicación necesarios para combatir el estigma y la discriminación en cuanto el género.** Muchos países todavía no han adoptado una legislación que impida la discriminación contra las personas infectadas con el VIH, y son aún menos los países que han tomado medidas para promover y proteger los derechos humanos de los grupos de población vulnerables.

Los huérfanos y los niños en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA

16. **La mayoría de los países con una elevada incidencia del VIH/SIDA están haciendo grandes esfuerzos para proteger a los niños que han quedado huérfanos o en situación vulnerable como consecuencia de la epidemia, pero los datos disponibles indican que los esfuerzos a nivel nacional y el nivel de apoyo de los donantes no son suficientes en la actualidad para hacer frente a esta crisis cada vez más grave.**

Creación de una capacidad sostenible

17. **Un obstáculo importante para la aplicación y difusión de programas esenciales para combatir el SIDA es la grave escasez de personal capacitado con los conocimientos y experiencia necesarios.** Existen estrategias para mantener y fortalecer la capacidad nacional, incluida la posibilidad de utilizar al máximo los recursos de la comunidad, pero con frecuencia los países donantes y los países receptores no han conseguido integrar estas estrategias en iniciativas programáticas.

Recursos financieros cada vez mayores pero todavía insuficientes

18. **Si continúa la actual tendencia de gastos, en 2007 habrá un déficit importante entre los fondos disponibles y los recursos necesarios para financiar una gran campaña de gran alcance y cobertura.** La sección VII más adelante contiene información adicional. El impacto de los recursos a nivel nacional será máximo si el país se identifica con la campaña, se armonizan los esfuerzos y se establece un marco institucional y administrativo adecuado, objetivos en que se basa la iniciativa “Tres unos”⁴ adoptada por diversos interesados en todo el mundo.

III. Prevención

19. La Declaración de Compromiso considera la prevención del VIH como la base de la respuesta frente al SIDA, lo que refleja el compromiso mundial de aplicar programas amplios basados en datos verificados para prevenir nuevas infecciones. El ritmo de nuevas infecciones se está acelerando, y es necesario ampliar la cobertura de los programas de prevención. Es esencial una prevención eficaz a fin de sostener las iniciativas mundiales para ampliar el acceso al tratamiento en situaciones de recursos limitados. Del mismo modo, la expansión del tratamiento y la atención reforzará la eficacia y el alcance de las intervenciones preventivas.

20. De conformidad con la Declaración, el 90% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad deberían tener acceso en 2005 a la información, la enseñanza y los servicios necesarios para protegerse contra la infección. A fines de 2005, la prevalencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos (de 15 a 24 años) en los países más afectados debería ser un 25% inferior a la de 2001, y la proporción de lactantes infectados con el VIH debería haberse reducido en un 20%. La Declaración también preveía un importante fortalecimiento de la respuesta frente al VIH/SIDA en el mundo del trabajo, la aplicación de estrategias para impedir la transmisión del VIH entre los migrantes y trabajadores móviles y la adopción de una amplia gama de iniciativas para reducir la vulnerabilidad de los jóvenes y otros grupos de población sumamente vulnerables.

21. Hoy día es mucho más lo que se sabe sobre la forma de impedir la transmisión del VIH. Una prevención eficaz del VIH implica una combinación de medidas, incluido el suministro de información vital, la promoción de la abstinencia y la fidelidad, la adopción de nuevas normas sociales, el fortalecimiento de la capacidad y la motivación de los individuos para protegerse contra las infecciones y la creación de un entorno social y físico que permita reducir los riesgos. Unos programas de prevención enérgicos permiten también combatir el estigma asociado con el SIDA y trabajar para reducir las causas profundas de la mayor vulnerabilidad a la infección.

Las intervenciones que se apartan de este modelo global, prestando excesiva atención a ciertas estrategias con exclusión de otras, en general no han demostrado su eficacia. En todos los países que han logrado frenar la difusión de la epidemia nacional, los programas de prevención han contado con un apoyo claro y sostenido de los dirigentes políticos nacionales.

22. A nivel mundial, el número de personas que reciben servicios de asesoramiento y son objeto de pruebas se ha duplicado desde 2001; el número de mujeres que disponen de servicios para impedir la transmisión de madre a hijo ha aumentado en un 70%, y el número de jóvenes que han recibido educación relacionada con el SIDA se ha duplicado.

23. Desgraciadamente, estas tendencias alentadoras representan la excepción más que la regla. La mayoría de los países todavía no han iniciado un esfuerzo concertado para hacer frente a los factores que aumentan la vulnerabilidad a la infección. Incluso en el caso de los programas destinados a los grupos más vulnerables o los programas de apoyo a intervenciones cuya eficacia está demostrada desde hace tiempo, la cobertura es mínima. A nivel mundial, los servicios de prevención dirigidos a grupos concretos alcanzaron en 2003 únicamente a un 16% de las profesionales del sexo, un 11% de los hombres que mantienen relaciones homosexuales, un 53% de los recursos, un 20% de los muchachos de la calle y menos del 5% de los 3,2 millones de usuarios de drogas inyectables. Menos del 0,4% de los adultos en los países de bajos y medianos ingresos recibieron servicios voluntarios de asesoramiento y fueron objeto de pruebas en 2003. Es relativamente poco lo que se ha invertido en iniciativas basadas en datos verificados para impedir la utilización de drogas por los jóvenes, o en servicios que permitan la recuperación de los toxicómanos.

24. A nivel mundial, los servicios para impedir la transmisión de madre a hijo sólo alcanzaron a un 8% de las mujeres embarazadas, incluido sólo un 5% de mujeres embarazadas en África, que representaron en total el 90% de todos los niños nacidos con VIH. Los esfuerzos mundiales para reducir el número de lactantes nacidos con infección de VIH siguen tropezando con el limitado acceso de las mujeres a los servicios de atención primaria de salud y prevención del VIH. Promover el acceso de las mujeres a la terapia antirretroviral para proteger su propia salud y facilitarles alimentos, servicios de nutrición y otras prestaciones básicas, puede contribuir a aumentar su participación en los servicios destinados a impedir la transmisión del VIH de madre a hijo y a mejorar los resultados médicos, tanto para las madres como para los recién nacidos.

25. En los últimos años se han hecho progresos por lo que respecta a la puesta en práctica de un plan global para combatir el SIDA en el mundo, ya que son cada vez más los interesados que aplican el Repertorio de recomendaciones prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo de la Organización Internacional del Trabajo⁵. La proporción de empresas en países de alta incidencia que han adoptado políticas para combatir el VIH/SIDA ha aumentado en un 75% en el último año. El Global Business Coalition ha alentado a los dirigentes empresariales a promover un cambio de política a nivel mundial y a combatir el estigma que supone la enfermedad entre los trabajadores. La Organización Internacional de Empleadores y la Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres han tomado medidas, por separado y en cooperación, para fortalecer la respuesta en el lugar de trabajo, incluida la promesa conjunta de tomar medidas más intensas y en colaboración para combatir el SIDA.

26. Es necesario hacer mayores esfuerzos para lograr el objetivo de garantizar unos servicios generalizados de prevención para las poblaciones móviles. En 2003, menos de la mitad de los países habían adoptado estrategias para promover la prevención del VIH en el caso de los migrantes transfronterizos, pero se están haciendo esfuerzos para combatir el SIDA entre las poblaciones móviles. En la India, donde un reciente estudio reveló que el 16% de los conductores de camiones cuya ruta atravesaba la parte meridional del país habían dado resultado positivo en las pruebas del VIH, la iniciativa Avahan SIDA está aplicando programas de prevención del VIH en 50 paradas clave de los camiones. El Programa Mundial de Alimentos está tratando de que sus transportistas de alimentos contratados reciban amplios servicios de prevención del VIH.

27. Muchos gobiernos no han dado la debida prioridad a las medidas de prevención destinadas a los grupos de población con mayor riesgo de infección, que siguen siendo objeto de estigma. Un estudio de 2004 sobre el gasto nacional en SIDA en 26 países llegó a la conclusión de que algunos países preferían dedicar sus limitados recursos para prevención a iniciativas menos eficaces centradas en la población en general y en personas de bajo riesgo. Esta actitud desaprovecha una oportunidad de impedir que una epidemia concentrada en los grupos de población más vulnerables se extienda a la población en general.

Aprovechar el mayor acceso al tratamiento para reforzar las medidas de prevención del VIH

28. El mayor acceso al tratamiento ofrece una oportunidad única de reforzar las medidas de prevención del VIH. El acceso a la terapia antirretroviral aumenta el incentivo para realizar las pruebas del VIH, contribuye a reducir el estigma asociado con el SIDA y atrae a las personas a centros de atención de salud en los que pueden difundirse y reforzarse los mensajes de prevención. Para aprovechar estas oportunidades, los programas nacionales y los donantes deberían prestar especial atención a la prestación de servicios de prevención en centros clínicos, a la creación de programas de prevención en la comunidad destinados a personas que viven con el VIH e impartidos por ellas (y que incluyan, cuando sea posible y oportuno, la prestación de otros servicios esenciales, como el apoyo nutricional) y la adopción de iniciativas sobre nociones básicas de tratamiento con el fin de que la comunidad en general comprenda los beneficios y limitaciones de las terapias disponibles.

Promoción de medidas de prevención eficaces destinadas a las mujeres, las muchachas y los jóvenes

29. Para combatir la carga cada vez mayor que la epidemia supone para las mujeres y las muchachas se requiere un esfuerzo mucho mayor. No sólo las mujeres son fisiológicamente tres o cuatro veces más susceptibles que los hombres a la infección durante las relaciones sexuales, sino que además se enfrentan a una serie de factores económicos, sociales y legales que aumentan su vulnerabilidad a la infección, como se examina en los párrafos 56 a 61 más adelante.

30. Facilitar el acceso de las mujeres, las muchachas y sus parejas a unos servicios de salud oportunos y de elevada calidad constituye una prioridad importante entre las medidas de prevención. Estos servicios pueden facilitar el acceso de la mujer a la

información y la enseñanza, combatir las barreras a la utilización de preservativos y otras formas de reducción de riesgos, mejorar los conocimientos de la mujer en cuanto a su situación con respecto al VIH, facilitar la gestión eficaz de enfermedades de transmisión sexual y servir de puerta de entrada a los servicios para impedir la transmisión del VIH de madre a hijo. En 2004, el Fondo de Población de las Naciones Unidas contribuyó al desarrollo y difusión del *New York Call to Commitment*, que constituye un marco global para generalizar la utilización de servicios de salud sexual y reproductiva con el fin de fortalecer la acción mundial contra el SIDA.

31. Para alcanzar las metas de prevención establecidas en la Declaración habrá que mejorar el acceso de los jóvenes a la información esencial, la educación y los servicios. Aunque ha mejorado el nivel de conocimientos entre los jóvenes, más de la mitad de los encuestados en nueve países del África subsahariana adolecían de falta de información general sobre la prevención del VIH. En Indonesia, el 6% de los varones jóvenes (de 15 a 24 años) comunicaron que habían utilizado preservativos la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales, y menos de uno de cada seis comunicaron que habían utilizado preservativos durante sus relaciones sexuales más recientes o la última vez que habían mantenido relaciones con una profesional del sexo. Aunque es muy abundante la información que pone de relieve estrategias eficaces para reducir la conducta de riesgo entre los jóvenes, los estudios llegan regularmente a la conclusión de que la mayoría de los jóvenes del mundo carecen de verdaderas posibilidades de acceso a unos servicios de prevención orientados a los jóvenes.

Reducir las nuevas infecciones de VIH ocasionadas por el uso indebido de drogas inyectables

32. Para llevar a cabo una campaña global de lucha contra las nuevas infecciones de VIH, habrá que facilitar considerablemente el acceso a los programas que tienen en cuenta la importancia del uso indebido de drogas inyectables en la difusión del VIH. Entre los servicios clave a tal efecto figuran la prevención del uso indebido de estupefacientes, el tratamiento de los toxicómanos (incluida la terapia del mantenimiento de sustitución) y el acceso a equipo de inyección esterilizado. La obligación de erradicar el uso indebido de drogas ilícitas entre los reclusos debe equilibrarse con su derecho a la atención de salud, incluso con medidas que hayan demostrado su eficacia para impedir la transmisión de enfermedades por el uso indebido de drogas. Con el fin de fortalecer la capacidad nacional para limitar la contribución de la toxicomanía a la epidemia, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito lleva a cabo actualmente proyectos de asistencia técnica en diversas regiones.

Desarrollo de nuevos mecanismos de prevención

33. Se requieren imperativamente nuevos métodos de prevención para reforzar los mecanismos actuales de eficacia demostrada, especialmente en el caso de las mujeres y las muchachas que normalmente no disponen de estrategias de prevención que puedan controlar con independencia. Actualmente se están haciendo pruebas clínicas en gran escala de cinco posibles microbicidas en seres humanos. Al promover la colaboración entre los investigadores, la Agrupación Mundial para la Vacuna contra el VIH trata de dar un nuevo impulso a la investigación mundial de una vacuna

contra el VIH. Con el fin de facilitar el inicio de los ensayos clínicos y acelerar la futura introducción de nuevas tecnologías de prevención que resulten eficaces, la Unión Europea aprobó en 2004 nuevas políticas para ayudar en los países en desarrollo que lo soliciten, a llevar a cabo exámenes científicos y técnicos de nuevos productos destinados primordialmente a su utilización en países en desarrollo.

Recomendaciones

34. Se recomiendan las siguientes medidas por lo que respecta a la prevención del VIH/SIDA:

a) Intensificar las actividades de prevención que haya tenido éxito y demostrado su eficacia, bajo la dirección de las autoridades nacionales y con la colaboración de todos los interesados;

b) Dirigir los esfuerzos de prevención de forma que se logre el máximo impacto, especialmente en los países en que la epidemia se concentra en los grupos de población más vulnerables;

c) Garantizar que con la mejora de los servicios de tratamiento se aprovechen todas las oportunidades de reforzar la prevención;

d) Aumentar las actividades de educación preventiva y apoyo a los jóvenes (tanto dentro como fuera de los establecimientos escolares) y aplicar políticas que tengan en cuenta la mayor vulnerabilidad de las mujeres y las muchachas;

e) Fortalecer las actividades de prevención en el mundo de trabajo, así como las iniciativas dirigidas a las poblaciones migrantes.

IV. Tratamiento, atención y apoyo

35. La Declaración de Compromiso reconoce el tratamiento del SIDA a la atención y el apoyo como elementos fundamentales de la respuesta global. La Declaración dispone que los países establecerán estrategias integrales de atención y avanzarán considerablemente en su aplicación a fin de mejorar el acceso a medicamentos de precios asequibles y a las tecnologías para el diagnóstico, así como a la atención médica de la máxima calidad, incluidos los medicamentos antirretrovirales.

36. Desde 2001, ha surgido un fuerte consenso en el sentido de que facilitar el tratamiento y la atención a las personas con SIDA constituye un imperativo humanitario y ético, lo que dio lugar al lanzamiento de la iniciativa “Tres millones para 2005”³ por la OMS y ONUSIDA. Esta campaña para ampliar espectacularmente la disponibilidad del tratamiento se ha visto impulsada por la convergencia de diversos factores, incluida una voluntad política y un liderazgo renovados, una rápida caída de los precios de los medicamentos y la disponibilidad de financiación. El logro de este objetivo y del acceso universal en años futuros exigirá unos regímenes normalizados de tratamiento, nuevos métodos de capacitación, la utilización de trabajadores sanitarios de la comunidad y unos sistemas de suministro de medicamentos más eficaces. Estas medidas ofrecerán nuevas e importantes oportunidades de ampliar el ámbito de las intervenciones de prevención y de consolidar y fortalecer unos debilitados sistemas de salud pública.

Expansión del acceso al tratamiento

37. Todos los principales donantes reconocen que los programas para combatir el SIDA deben abarcar la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo. Más de 40 países han elaborado un plan nacional para extender el tratamiento y más de 30 países han establecido metas ambiciosas de tratamiento compatibles con la iniciativa “Tres millones para 2005”. En consecuencia, en todas las regiones del mundo, incluso en países con recursos muy limitados, el acceso a la terapia antirretroviral ha aumentado considerablemente en los dos últimos años. En países con ingresos bajos y medianos, el número de personas que reciben terapia antirretroviral aumentó de aproximadamente 400.000 en junio de 2004, a 700.000 en diciembre de 2004. En el África subsahariana, la utilización de la terapia antirretroviral se duplicó con creces en la segunda mitad de 2004 y el número de centros de atención ha aumentado considerablemente. En un período de seis meses, aumentó en más de 10.000 personas en cada país el número de personas que recibieron tratamiento en Botswana, Kenya, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Actualmente, Botswana, Namibia y Uganda proporcionan terapia antirretroviral a más de la cuarta parte de las personas que la necesitan. La cobertura de la terapia antirretroviral supera el 50% en siete países de América Latina. En Asia, cada mes 3.000 nuevos pacientes comienzan a recibir terapia antirretroviral en Tailandia, y desde 2003 el acceso a la terapia antirretroviral ha aumentado diez veces en Camboya.

38. En los países en donde se está expandiendo el acceso a la terapia antirretroviral, las personas con SIDA y sus familias tienen hoy nuevas esperanzas. En los países con ingresos bajos y medianos, las tasas de supervivencia de los pacientes un año después de haber comenzado el tratamiento antirretroviral son del 90%, y alrededor del 80% a los dos años. Desde 1996, en el Brasil, la tasa de mortalidad por causa del SIDA se ha reducido en aproximadamente un 80%, gracias al acceso generalizado a la terapia antirretroviral a través del sector público. En los países con ingresos altos, en donde el acceso a la terapia antirretroviral oscila entre el 70% y más del 90%, ha disminuido drásticamente la mortalidad relacionada con el SIDA y el número de niños que nacen con VIH.

39. El tratamiento no beneficia solamente a las personas afectadas y sus familias, sino a toda la sociedad. Por ejemplo, en un municipio sudafricano, desde que se introdujo el tratamiento se ha duplicado con creces el número de grupos locales de apoyo en la lucha contra el SIDA. La disponibilidad de un tratamiento contra el SIDA ha aumentado la concienciación de la comunidad acerca de la enfermedad, ha estimulado la demanda de pruebas de detección del VIH y ha contribuido a aliviar el estigma de las personas que viven con el VIH.

A pesar de tener el ingreso per cápita más bajo del hemisferio occidental, gracias al apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Haití está haciendo grandes progresos para ampliar el acceso a la terapia antirretroviral. Al mes de diciembre de 2004, habían recibido asesoramiento y se habían sometido a pruebas de VIH decenas de miles de personas, y se había comenzado a dispensar terapia antirretroviral a 2.000 personas en las zonas urbanas y en la región central de Haití.

40. Los planes nacionales para expandir el acceso al tratamiento fueron facilitados por la publicación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados, la precalificación de fármacos para terapia antirretroviral, el aumento de los niveles de apoyo técnico y la coordinación con el Servicio de medicamentos y pruebas diagnósticas del SIDA, que presta asistencia para adquirir y administrar medicamentos y pruebas diagnósticas de SIDA.

41. El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA, con un presupuesto de 15.000 millones de dólares, aporta una cantidad importante de nuevos recursos para los programas nacionales de lucha contra el SIDA, incluidos los de acceso al tratamiento. Al mes de enero de 2005, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria había aprobado fondos que en último término contribuirán a que se dispense terapia antirretroviral a aproximadamente 1,6 millones de personas en entornos con recursos limitados. El Banco Mundial también ha aumentado su apoyo a la terapia antirretroviral. La movilización del sector empresarial y de asociaciones entre el sector público y el privado contribuye a prestar cuidados y apoyo globales.

Obstáculos para acceder a la atención y al tratamiento contra el SIDA

42. Para expandir el acceso mundial a la terapia antirretroviral es preciso capacitar a 100.000 trabajadores sanitarios y comunitarios, un esfuerzo respaldado por la adopción de enfoques innovadores, como los módulos de la Organización Mundial de la Salud para la gestión integrada del SIDA en los adolescentes y los adultos. Para facilitar el diagnóstico precoz, varios países han puesto en práctica políticas que promueven la prestación sistemática de servicios confidenciales de asesoramiento sobre el VIH y pruebas de detección.

43. Si bien los precios del tratamiento antirretroviral se han reducido considerablemente, los tratamientos antirretrovirales de primera línea cuestan en promedio 300 dólares al año, lo que continúa impidiendo que el acceso sea más amplio. Para lograr un acceso amplio y sostenible a la terapia antirretroviral es preciso que sigan bajando los precios, tanto los de los tratamientos de primera y segunda línea, como los de la tecnología de diagnóstico y seguimiento, que todavía es extremadamente costosa en muchas partes del mundo.

44. A pesar de que el 15% de las personas infectadas son niños, éstos representan menos del 5% de los que reciben tratamiento. Las pruebas para diagnosticar la infección por el VIH en los niños menores de 18 meses son caras y las formulaciones pediátricas de fármacos antirretrovirales son escasas y cuestan más que las medicinas para adultos.

45. Hay que hacer un esfuerzo a nivel mundial para reducir al mínimo la resistencia a los fármacos si se quiere obtener el máximo aprovechamiento de los beneficios de los tratamientos disponibles. Este esfuerzo incluye la vigilancia centinela de la resistencia a los fármacos contra el VIH, el uso de tratamientos simplificados y combinaciones de dosis fijas y el apoyo en materia de educación, asesoramiento y adhesión del paciente. Unos sistemas equitativos e innovadores de financiación, que no dependan del pago por el usuario de los servicios prestados en los centros de

atención, contribuirán a asegurar la fidelidad de los pacientes y la sostenibilidad del programa.

Recomendaciones

46. **Se recomiendan las siguientes medidas en relación con el tratamiento, la atención y el apoyo:**

a) **Revisar las políticas nacionales sobre pruebas de detección del VIH para promover un mayor conocimiento de la situación serológica, y aumentar el apoyo financiero de los donantes a las iniciativas sobre pruebas;**

b) **Tomar medidas a nivel mundial para seguir reduciendo los precios de los tratamientos antirretrovirales de primera y segunda línea y facilitar el acceso a ellos, en particular a los tratamientos antirretrovirales para niños, que hoy son costosos y que a menudo no están disponibles;**

c) **Mejorar, con la asistencia de los donantes y los organismos técnicos, los sistemas para asegurarse de que las mujeres, las niñas y las poblaciones vulnerables tengan acceso en condiciones equitativas al tratamiento, en particular facilitando datos desglosados por sexo;**

d) **Integrar con la terapia antirretroviral, como elementos de la atención global del SIDA, la prevención del VIH, la atención en el hogar, servicios psicosociales, el apoyo al tratamiento, el tratamiento de infecciones oportunistas y el apoyo en materia de alimentación y nutrición;**

e) **Recurrir al máximo a trabajadores comunitarios y paraprofesionales para suministrar y vigilar la terapia antirretroviral y para promover la fidelidad al tratamiento, con el fin de acelerar la expansión de los servicios de tratamiento.**

V. Huérfanos y niños en situación vulnerable por causa del VIH/SIDA

47. De acuerdo con la Declaración de Compromiso, para 2005 los gobiernos deben poner en práctica normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos⁶ y a las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA. Esto incluye la prestación de asesoramiento y apoyo psicosocial, y la garantía de que tengan acceso a la educación, apoyo en materia de salud, vivienda y nutrición en pie de igualdad con los otros niños. En la Declaración también se establece que los países deben tomar medidas para proteger a los huérfanos y los niños vulnerables contra el maltrato, la violencia, la explotación, la discriminación, la trata y la pérdida de derechos de sucesión.

48. A nivel mundial hay 15 millones de niños huérfanos por causa del SIDA, cifra que se prevé que aumente considerablemente en los próximos años. El SIDA es la principal causa del espectacular aumento del número de huérfanos en el África subsahariana, que se incrementó en más de un tercio entre 1990 y 2003. En África, 12 millones de niños han perdido a uno o ambos padres debido a la enfermedad y otros millones más viven en hogares donde hay un adulto enfermo.

Fortalecimiento de las familias y las comunidades

49. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ha dirigido la preparación del exhaustivo *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA*⁷, en el que se determinan las estrategias para guiar la actuación a escala nacional. Entre las respuestas programáticas prioritarias para proteger a los niños figura el acceso a la terapia antirretroviral para mantener a uno o ambos padres con vida y en buen estado de salud, las iniciativas para mejorar la seguridad alimentaria y económica de las familias afectadas por el SIDA y las iniciativas comunitarias de enseñanza profesional para los niños afectados.

50. Algunos datos sobre asistencia escolar sugieren que muchos países están haciendo progresos para preservar las oportunidades de enseñanza de los niños afectados por el SIDA. Si bien la tasa de asistencia a la escuela de los huérfanos siempre ha sido muy inferior a la de los otros niños, algunas encuestas de hogares realizadas entre 2001 y 2003 en nueve países africanos indican que actualmente la tasa de asistencia escolar de los huérfanos está acercándose a la de los demás niños. Es fundamental garantizar el acceso a la enseñanza, prestando especial atención a los programas de educación para todos a la eliminación de los derechos de matrícula, y al suministro de comidas en la escuela para aliviar el impacto a largo plazo de la epidemia entre los jóvenes.

51. Entre otras medidas eficaces cabe señalar la adopción de iniciativas normativas y legislativas para proteger a los niños contra el maltrato y el abuso, garantizando el acceso de los niños a los servicios esenciales; las medidas para sensibilizar al público y promover una amplia participación de toda la sociedad; y la implementación de programas para atender las necesidades nutricionales de las familias y las comunidades. Esas y otras estrategias tienen por fin fortalecer la capacidad de la familia para proteger y atender a los niños afectados por el SIDA. Un estudio realizado en 2004 en los países del África subsahariana indicaba que una tercera parte de los países había promulgado leyes para apoyar a los huérfanos y protegerlos del maltrato. Sin embargo, sólo un país indicó que contaba con recursos suficientes para aplicar plenamente esas leyes.

Rwanda, donde hay aproximadamente 160.000 niños huérfanos como consecuencia del SIDA, está haciendo grandes progresos para combatir los efectos de la epidemia entre los huérfanos y los niños en situación vulnerable a causa del VIH y el SIDA, y fue uno de los primeros países en adoptar una política global en favor de la infancia.

Recomendaciones

52. **Se recomiendan las siguientes medidas en relación con los huérfanos y niños en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA:**

a) **Aplicar el *Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con VIH/SIDA* mediante la adopción de medidas urgentes para elaborar y ejecutar planes de acción para cada una de las estrategias clave del Marco;**

b) **Acelerar los esfuerzos para eliminar los derechos de matrícula, aumentar la cobertura de los programas de comidas escolares y eliminar otros obstáculos con los que tropiezan los huérfanos y los niños en situación vulnerable a causa del VIH y el SIDA;**

c) **Fijar metas nacionales para el tratamiento para los niños infectados con el VIH y hacer un seguimiento de los progresos realizados.**

VI. Derechos humanos e igualdad entre los géneros

53. La discriminación, el estigma y las desigualdades de género siguen favoreciendo la propagación del VIH. La Declaración de Compromiso reconoce que la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento indispensable para reducir la vulnerabilidad a la infección. Con arreglo a la Declaración, todos los países deberían tener en vigor y hacer cumplir medidas significativas de protección contra la discriminación por causa del VIH y de prohibición de la discriminación contra las poblaciones vulnerables a la infección por VIH. La Declaración también pide que para 2005 se aseguren el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación y el adelanto de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y que se pongan en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH.

Asegurar la plena participación de las personas que viven con el VIH

54. Un elemento común de la respuesta nacional de todos los países que han hecho retroceder sus epidemias nacionales ha sido el fuerte compromiso con los derechos humanos y la no discriminación, y la participación activa de las personas que viven con el VIH. Desafortunadamente, en muchos países, el estigma asociado con el SIDA hace que persista un clima de silencio y negación que inhibe a las personas que viven con el VIH de dar a conocer su situación especialmente en el lugar de trabajo. En 2003, casi la mitad de los países del África subsahariana y prácticamente el 40% de los países del mundo todavía no había aprobado leyes para prevenir la discriminación contra las personas que viven con el VIH y el SIDA. Son aún menos los países que han promulgado leyes para proteger de la discriminación a las poblaciones vulnerables, entre ellas los desplazados y los refugiados.

55. Las violaciones de los derechos obstaculizan el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y apoyo de los grupos marginados especialmente vulnerables, en particular de las personas que se inyectan drogas, las que se prostituyen y los hombres que mantienen relaciones sexuales homosexuales. Las poblaciones desplazadas, sobre todo las mujeres y los niños afectados por los conflictos y las emergencias o los que son víctimas de la trata, sufren un enorme estigma, y a menudo son objeto de violencia sexual y explotación y no tienen acceso a los servicios de apoyo. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, que en 2004 se sumó al ONUSIDA como copatrocinador, ha fortalecido considerablemente su capacidad para detectar, comunicar y atender los casos de violaciones de los derechos

humanos cometidas contra refugiados y otros desplazados por motivos relacionados con el VIH.

Aumento de la vulnerabilidad de la mujer

56. A pesar de su comportamiento de bajo riesgo, las mujeres y las niñas son cada vez más vulnerables a la infección por el VIH debido a su baja consideración social y a su gran dependencia económica de los hombres. Las encuestas entre jóvenes en el África subsahariana han concluido sistemáticamente que, en comparación con los varones, es menos probable que las muchachas tengan plena información sobre la prevención del VIH, lo que revela las limitadas oportunidades educativas de las niñas.

57. En muchos países, no están suficientemente reconocidos los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres casadas. En caso de divorcio o de fallecimiento del marido, es frecuente que las mujeres queden en la miseria y, en muchos casos, con hijos a su cargo. Al no tener independencia económica ni la misma autoridad en sus relaciones de pareja es frecuente que las mujeres y las niñas no puedan protegerse contra la infección del VIH ya que los medios para lograrlo (fidelidad, preservativos masculinos y abstinencia) requieren la colaboración de los hombres con los que mantienen relaciones sexuales.

58. Incluso en las parejas estables, la mujer puede correr riesgos si su pareja es seropositivo o tiene comportamientos de alto riesgo fuera del matrimonio. Por ejemplo, mientras que las mujeres casadas que contraen matrimonio de jóvenes tienen menos probabilidades de mantener relaciones con varias parejas que las mujeres no casadas, algunos estudios realizados en Kenya y Zambia indican que los hombres casados tienen prácticamente tres veces más posibilidades de infectarse con el VIH que los hombres jóvenes que mantienen relaciones sexuales con muchachas solteras.

59. Otra manifestación clara de la desigualdad entre géneros es la violencia contra la mujer. Entre el 30% y el 60% de las mujeres encuestadas en 10 países de África, Asia y el Pacífico, América del Sur y Europa han declarado haber sido objeto de violencia física o sexual por parte de su pareja. Entre el 20% y el 48% de las niñas y muchachas de 10 a 25 años de edad han denunciado que la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales fueron coaccionadas para hacerlo. Esa coacción aumenta el riesgo de la mujer de contraer el VIH y su temor a discutir con el hombre el uso de preservativos.

60. Debido a sus escasas opciones económicas, a menudo las mujeres y las niñas, se ven obligadas a ejercer la prostitución como medio de vida para subsistir y mantener a sus familias. En muchas partes del mundo, las redes de trata de personas fuerzan a miles de mujeres y niñas a prostituirse.

61. Las mujeres y las niñas también soportan una carga desproporcionada en el cuidado de los miembros de la familia infectados. Una encuesta realizada en tres provincias de Sudáfrica concluyó que casi las tres cuartas partes de los hogares afectados por el SIDA estaban encabezados por mujeres, y que una proporción considerable de éstas tenían enfermedades relacionadas con el SIDA. La carga que representa el cuidado de los enfermos se agrava todavía más con la pobreza, el hambre y la insuficiencia de los servicios públicos, lo que tiene consecuencias de gran alcance en la salud y la situación socioeconómica de las mujeres y las niñas. Las mujeres también sobrellevan una pesada carga en la atención de los niños huérfanos.

Botswana ha promulgado leyes para mejorar la situación de las mujeres y las niñas (por ejemplo, el proyecto de ley sobre la abolición de la potestad del marido), que confiere a la mujer casada el derecho a decidir e condiciones de igualdad con el hombre la disposición de los bienes de la familia. También se está elaborando un sistema completo para evitar la deserción escolar de las niñas, reducir los embarazos adolescentes y lograr que las madres jóvenes reanuden los estudios después del parto.

Forjar nuevas normas culturales

62. La lucha a largo plazo para frenar la propagación del VIH también requiere cambios en las actitudes de los hombres y los muchachos, lo que puede lograrse más fácilmente con una educación adecuada en la primera infancia. Para lograr esos cambios profundos de las normas culturales, se requiere una labor de promoción sin precedentes. Desde su creación en 2004, la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA reúne a diversos interesados en torno a un programa común a fin de promover una mayor sensibilización acerca de las consecuencias de la epidemia en las mujeres y las niñas, y de suscitar la adhesión a nuevas normas de conducta. Valientes defensores de la igualdad entre los géneros están trabajando en varios países del mundo y su labor merece un firme apoyo financiero y político.

Recomendaciones

63. Se recomiendan las siguientes medidas en relación con los derechos humanos y la igualdad entre géneros:

- a) **Promulgar y aplicar leyes significativas para prohibir la discriminación contra las personas afectadas por el VIH/SIDA y las poblaciones marginadas y desplazadas, y adoptar y aplicar estrictamente mecanismos de ejecución;**
- b) **Fortalecer las iniciativas de igualdad entre los géneros, tomar medidas inmediatas para mejorar la condición de las mujeres y las niñas, en particular ofreciéndoles oportunidades generadoras de ingresos, y promover activamente las nuevas normas sociales entre los hombres y los muchachos;**
- c) **Promulgar leyes nacionales para garantizar la igualdad entre los géneros en materia de derechos de propiedad y sucesión;**
- d) **Tomar iniciativas para que las mujeres conozcan mejor sus derechos legales, combatir la violencia contra la mujer y redoblar los esfuerzos para erradicar la trata de personas;**
- e) **Promover la educación gratuita y universal para las niñas y los niños y los programas de comidas en las escuelas.**

VII. Recursos

64. Sobre la base de los datos disponibles en 2001, la Declaración de Compromiso hacía un llamamiento para la movilización de 7.000 millones a 10.000 millones de

dólares para gastos anuales en 2005, destinados a programas esenciales en los países con ingresos bajos y medianos y en los países donde el VIH/SIDA se estuviera propagando con rapidez o existiera riesgo de que ello ocurriera. Desde entonces, han aumentado espectacularmente los recursos disponibles de todas las fuentes, incluidos los gastos nacionales en los países con ingresos bajos y medianos. Se calcula que en 2004 había 6.100 millones de dólares disponibles para llevar a cabo programas de gran alcance en 135 países con ingresos bajos y medianos, lo que representa un 23% más que los gastos estimados para 2003, y 20 veces más que la suma gastada en 1996. Sobre la base de las tendencias y los compromisos de financiación actuales, las proyecciones del ONUSIDA indican que los recursos disponibles para esos países ascenderán a unos 8.000 millones de dólares en 2005 y a 10.000 millones de dólares para 2007; esta última cifra incluye 3.000 millones de dólares de recursos nacionales, 6.700 millones de asistencia internacional y 364 millones de fundaciones y organizaciones no gubernamentales.

65. Las evaluaciones de los gastos nacionales indican que los países afectados también han aumentado considerablemente sus gastos para luchar contra el SIDA mediante el aumento de las asignaciones públicas y de los desembolsos directos. Se prevé que, en 2007, los gastos nacionales para combatir el SIDA sean por lo menos un 20% más elevados que en 2004, debido principalmente al aumento de los gastos públicos destinados a tratamiento y atención, con lo que se aliviará la situación de muchas personas que hasta ahora habían tenido que realizar desembolsos enormes. No obstante, los países con ingresos bajos y medianos siguen necesitando recursos financieros para colmar el déficit entre las necesidades y los medios disponibles para luchar contra el SIDA.

66. Los países donantes han aumentado sus aportaciones bilaterales y multilaterales para la lucha contra el VIH/SIDA. Se estima que los recursos bilaterales disponibles para luchar contra el SIDA pueden aumentar de 1.300 millones de dólares en 2004 a 2.300 millones en 2005, y alcanzar una cifra estimada en 3.650 millones en 2007. Los países donantes también han canalizado recursos adicionales a través de las organizaciones multilaterales, cuya financiación para combatir el SIDA se duplicó: de 1.500 millones de dólares en 2003 a 3.000 millones de dólares en 2005. Cabe señalar que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria ha comprometido más de 1.700 millones de dólares en recursos adicionales para la lucha contra el SIDA.

67. Aunque las actividades para movilizar los recursos solicitados en la Declaración parecen ir por buen camino, otros análisis fundados en datos realizados desde 2001 indican que, para generar una respuesta de gran alcance, se necesitarán muchos más recursos en los próximos años. En particular, habrá que hacer inversiones financieras y prestar amplio apoyo técnico para que los países con recursos limitados puedan planificar eficazmente el uso del creciente nivel de recursos disponibles ahora. Si se quieren destinar recursos suficientes, acordes a los programas esenciales, se necesitarán, según las proyecciones iniciales del ONUSIDA, recursos adicionales que, en su mayor parte, deben proceder de la comunidad internacional. Actualmente, se están haciendo diversos estudios para establecer con más precisión las estimaciones y alcanzar un consenso sobre las necesidades financieras mundiales que garanticen una respuesta global. Se espera que las estimaciones revisadas estén disponibles para mediados de 2005.

La iniciativa “Tres unos” para que el dinero produzca resultados

68. La calidad de la ayuda es tan importante como la cantidad. La posibilidad de que aumente la disparidad entre los recursos disponibles y los recursos necesarios pone de manifiesto la importancia de utilizar los recursos disponibles en la forma más eficaz posible. Históricamente, la limitada capacidad nacional de muchos países se ha visto agravado por la multiplicidad de requisitos de financiación exigidos por los diferentes donantes, que a menudo tampoco han logrado garantizar que sus programas individuales contribuyan a los objetivos estratégicos nacionales de lucha contra el SIDA.

69. En los últimos dos años, los dirigentes nacionales, los donantes y los organismos multilaterales han llegado a un consenso sobre una estrategia única, conocida como los “Tres unos”⁴, para planificar y hacer el seguimiento de las actividades en los países, con los objetivos de optimizar la coordinación y reducir la duplicación de esfuerzos. A corto plazo, una prioridad importante será tratar de que todas las partes interesadas se adhieran a esa iniciativa.

Fomento de una capacidad sostenible

70. La eficacia del aumento futuro de los gastos en la lucha contra el SIDA dependerá, en gran medida, de la capacidad de los países beneficiarios para utilizar eficazmente esos recursos. Además de los recursos financieros anuales que se estiman necesarios para financiar un programa amplio, es esencial hacer otras inversiones en materia de capacidad para utilizar con la máxima eficacia los fondos disponibles.

71. Muchos de los países más afectados se enfrentan además con graves crisis de recursos humanos en los sectores de la salud, los sistemas educativos, la administración pública y las empresas privadas. Varios países están adoptando estrategias innovadoras para mejorar la fuerza de trabajo, aunque el apoyo que hoy prestan los donantes a esas iniciativas es insuficiente. Actualmente, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura está preparando una iniciativa mundial de educación preventiva contra el VIH/SIDA para movilizar más apoyo y recursos adicionales con el fin de tomar medidas para preservar, fomentar y mantener la capacidad nacional en los sectores educativos. La iniciativa para el fomento de la capacidad en África Meridional del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo tiene como objetivo ayudar a los países a frenar la erosión de la capacidad provocada por el SIDA y promover sus objetivos de desarrollo.

72. Actualmente, los sectores de la salud de muchos países no tienen capacidad suficiente para prestar los servicios necesarios para intensificar la lucha contra el SIDA, en particular por lo que se refiere al tratamiento antirretroviral. Algunas de las razones son: la falta de inversiones en infraestructura de salud, un número insuficiente de profesionales de la salud y la reticencia de los donantes a financiar los costos operativos, especialmente los sueldos.

73. Asimismo, una infraestructura insuficiente y una capacidad limitada obstaculizan las actividades nacionales encaminadas a vigilar la epidemia, prevenir nuevas infecciones y prestar apoyo a los huérfanos y niños en situación vulnerable por causa del SIDA. La crisis urgente de recursos humanos exige que se eliminen las barreras sistémicas que impiden fortalecer la capacidad en el sector de la salud y otros sectores, que se ponga fin al éxodo de personal calificado del sector público hacia

las organizaciones no gubernamentales y el sector privado y de los países pobres a los más ricos, y que se reduzca la discriminación entre las zonas urbanas y rurales en la prestación de servicios.

74. Las soluciones a esos problemas incluyen el máximo aprovechamiento de los recursos comunitarios, la ampliación de programas de capacitación para profesionales y paraprofesionales y, en caso necesario, el despliegue a corto plazo de personal capacitado de otros países. Es preciso encontrar y aplicar modalidades y niveles adecuados de participación de los ministerios de finanzas y de planificación y reforma de la administración pública y el sector público.

75. En la Consulta sobre recursos humanos en el sector de la salud, celebrada en Oslo en febrero de 2005, se hicieron recomendaciones para elaborar una plataforma de acción mundial que permitiese adoptar unas políticas y unas medidas de promoción más coherentes y basadas en datos fehacientes, en particular con respecto a la movilización de recursos. Concretamente, es necesario garantizar que se tome debidamente en cuenta a los recursos humanos como elemento importante en la planificación del sector de la salud.

En respuesta a la ausencia casi total de programas de capacitación sobre tratamiento antirretroviral en Europa central y oriental antes de 2003, la fundación alemana Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit financió un proyecto internacional para crear un centro regional de estudios sobre el VIH en Ucrania, que comenzó a funcionar en 2004. Con apoyo financiero del Fondo Mundial y de la Alianza Internacional sobre el VIH/SIDA, en su primer año de labor el centro capacitó a 66 personas encargadas de prestar cuidados.

Gastos en investigación sobre el SIDA

76. La Iniciativa internacional en pro de una vacuna contra el SIDA calcula que en 2002 se gastaron entre 624 millones y 670 millones de dólares en esa vacuna y que el sector público sufragó el 67% de los gastos. En 2004, se estima que a nivel mundial se gastaron 143 millones de dólares en microbicidas y que los Estados Unidos fueron la fuente de financiación más importante. Actualmente, se trabaja en colaboración para calcular con más precisión las necesidades futuras de recursos en esta esfera.

Recomendaciones

77. Se recomiendan las siguientes medidas en relación con los recursos:

a) **Movilizar los recursos financieros de la comunidad internacional necesarios para financiar íntegra y urgentemente una respuesta completa y extendida a la epidemia, basada en las necesidades determinadas por el ONUSIDA y sus asociados, que incluya una financiación completa del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, ya que es uno de los principales canales de financiación de esta campaña mundial;**

b) **Reducir los déficits previstos tratando de que los dirigentes nacionales de los países de ingresos bajos y medios se comprometan a aumentar las**

asignaciones presupuestarias nacionales para combatir el SIDA, cuando esto sea posible;

c) Preparar y financiar planes a corto y a largo plazo para crear una capacidad nacional sostenible con el fin de lograr una respuesta de alto nivel a la epidemia, y para financiar los costos operativos básicos y la mejora de la infraestructura;

d) Simplificar y seguir armonizando el apoyo prestado a las respuestas nacionales ante el SIDA, a fin de que éstas sean más eficaces para combatir la epidemia del SIDA y a reducir la carga que supone para los administradores y técnicos de los países, y promover la participación nacional en la respuesta contra el SIDA, mediante la aplicación de los principios establecidos en la iniciativa de los “Tres unos”;

e) Mejorar la presentación de informes sobre la eficacia de la financiación y la ejecución de los programas contra el SIDA para garantizar que las políticas y las prácticas estén a la altura de los nuevos retos que plantea la epidemia del SIDA y los anticipen.

VIII. Seguimiento y evaluación

78. En los últimos dos años se han tomado importantes medidas para fortalecer las actividades de seguimiento y evaluación a nivel mundial y nacional. La secretaría del ONUSIDA y los copatrocinadores juntamente con el Fondo Mundial, han perfeccionado algunos indicadores para evaluar la aplicación de la Declaración, han realizado o encargado importantes estudios para evaluar las respuestas nacionales y han prestado amplio apoyo técnico para mejorar los sistemas nacionales de información. También pueden estimar mejor la cobertura de las intervenciones clave y establecer objetivos en cuanto a los niveles de cobertura de intervenciones concretas en diferentes contextos de la epidemia. En los dos últimos años, ha mejorado considerablemente la capacidad mundial para vigilar las corrientes de fondos de los donantes, así como la capacidad para estimar los recursos totales disponibles para programas contra el SIDA en países de ingresos bajos y medianos. Los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica también se han reforzado, aumentando así la fiabilidad de las estimaciones mundiales, regionales y nacionales sobre la epidemia.

79. No obstante, la labor de seguimiento y evaluación sigue teniendo graves deficiencias que limitan la capacidad mundial para detectar y responder rápidamente a las nuevas tendencias del SIDA y a los problemas que plantean. Debido, en parte, a la dificultad de analizar los gastos de muchos donantes para combatir el SIDA, en la mayor parte de los países no se pueden establecer categorías fiables sobre el uso de los recursos disponibles (por ejemplo, prevención, tratamiento y atención, apoyo a los huérfanos, etc.). Asimismo, si bien asegurar el acceso en condiciones de igualdad a los servicios clave por parte de las mujeres, las muchachas, los huérfanos y otros niños, los jóvenes y las poblaciones vulnerables es una de las principales prioridades del programa mundial de lucha contra el SIDA, los sistemas actuales de seguimiento y evaluación tienen escasa o nula capacidad para desglosar el uso de los servicios por género, edad o grupo social.

Recomendaciones

80. Se recomiendan las siguientes medidas en relación con el seguimiento y la evaluación:

a) Reforzar las iniciativas para lograr un sistema nacional básico de seguimiento y evaluación que proporcione datos de alta calidad para analizar la actuación de los países en relación con el marco nacional de acción contra el SIDA;

b) Aumentar la inversión para fortalecer la capacidad de seguimiento y evaluación a escala mundial, regional y nacional;

c) Desglosar por edad, género y grupo social los datos sobre utilización de los servicios de los programas de seguimiento y evaluación, con el fin de seguir y evaluar la equidad y la eficacia de las inversiones nacionales en los programas contra el SIDA;

d) Clasificar los datos sobre gastos para combatir el SIDA según las actividades financiadas, en particular la prevención, el tratamiento y los cuidados y atención a los huérfanos.

IX. Conclusiones

81. Si bien desde 2001 se ha fortalecido considerablemente la voluntad en la lucha contra el SIDA, todavía es insuficiente en muchos países donde la pandemia se está convirtiendo en un problema grave. En todos los países de Asia y de Europa oriental, donde las posibilidades de evitar que la epidemia se generalice se están desvaneciendo rápidamente, es fundamental que haya una iniciativa fuerte y enérgica. Esa iniciativa también es esencial en países con ingresos altos para revitalizar sus actividades de prevención y reducir el déficit entre los recursos disponibles y los necesarios para la lucha mundial contra el SIDA.

82. En 2006, la Asamblea General recibirá un extenso informe sobre los progresos realizados a escala internacional para aplicar la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, en particular con referencia a las metas fijadas para 2005. La proximidad de esta importante fecha en la lucha mundial debería motivar a los dirigentes de todos los sectores, en particular a los dirigentes políticos, a redoblar sus esfuerzos para contribuir a una respuesta eficaz. A medida que las repercusiones de la epidemia en el mundo son cada vez más evidentes, la posibilidad de que nuestra lucha contra el SIDA fracase se convierte en una idea terriblemente inquietante, mucho más cuanto que seguramente fracasará si no se toman medidas eficaces.

Notas

¹ Anguila, Barbados, Botswana, Camboya, Côte d'Ivoire, Etiopía, Federación de Rusia, Ghana, Guinea, Indonesia, Jamaica, Montserrat, Rwanda, Senegal, Trinidad y Tabago, Ucrania y Zambia.

² Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (resolución 55/2 de la Asamblea General), párr. 19.

- ³ Dispensar tratamiento antirretroviral a tres millones de personas que viven con SIDA en países en desarrollo y países con economías en transición para 2005.
- ⁴ Lanzada en la reunión de alto nivel patrocinada por el ONUSIDA, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos de América el 25 de abril de 2004, los principios de la iniciativa “Tres unos” son: promover un marco de acción convenido sobre el VIH/SIDA que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados; una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multisectorial amplio; y un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.
- ⁵ Aprobado por el Consejo de Administración de la Organización Internacional del Trabajo en junio de 2001. Para obtener el texto, véase *Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* (Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2001).
- ⁶ Un huérfano se define como un niño menor de 18 años al que se le ha muerto uno o ambos padres.
- ⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, julio de 2004.
-