



2004

Informe sobre

la epidemia mundial de

SIDA



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Cuarto informe mundial

ONUSIDA/04.16S (versión española, julio de 2004)

Versión original inglesa, UNAIDS/04.16E, junio de 2004:
2004 report on the global AIDS epidemic : 4th global report
Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2004.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA – sea con fines comerciales o no – también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

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

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

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

ONUSIDA.

Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004 : cuarto informe mundial.

1. Infecciones por VIH – epidemiología 2. Infecciones por VIH – terapia 3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – epidemiología 4. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – terapia I. Título.

ISBN 92 9173 357 1

(Clasificación NLM: WC 503.4)

Diseño de la cubierta: Lewis Evans

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Informe sobre la epidemia mundial de **SIDA** 2004

Cuarto informe mundial



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Índice

| | | |
|----------|---|------------|
| | Prefacio | 7 |
| | Prólogo | 8 |
| 1 | Vencer el SIDA: el nuevo plan de acción | 11 |
| 2 | Panorama mundial de la epidemia de SIDA | 21 |
| 3 | El impacto del SIDA sobre las personas y sociedades | 39 |
| | Foco de atención – SIDA y huérfanos, una tragedia creciente | 61 |
| 4 | Ampliar la prevención integral del VIH | 67 |
| | Foco de atención – El VIH y los jóvenes: la amenaza para la juventud de hoy | 93 |
| 5 | Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH | 99 |
| | Foco de atención – El SIDA y los derechos humanos: necesidad de protección | 123 |
| 6 | Financiar la respuesta al SIDA | 129 |
| 7 | Respuestas nacionales al SIDA: urge intensificar la acción | 151 |
| | Foco de atención – El VIH y los conflictos: un problema mundial creciente | 175 |
| | Foco de atención – El papel crucial de las personas que viven con el SIDA | 183 |
| | Cuadro comparativo de las estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA por países, final de 2003 y de 2001 | 189 |
| | Anexo: Estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA, final de 2003 y de 2001 | 209 |
| | Referencias | 212 |

Agradecimientos

Redactora Jefa/Coordinadora de Producción

Sandra Woods

Asesora Científica Superior

Catherine Hankins

Autores principales:

Sue Armstrong

Chris Fontaine

Andrew Wilson

Auxiliar Editorial/de Investigación

Susan Squarey

Supervisora de Proyecto

Marika Fahlen

Principales contribuciones editoriales:

Michael Bartos, Sandy Beeman, Anindya Chatterjee, Paul De Lay, Julian Fleet, Robert Greener, Alec Irwin, Mike Isbell, Lesley Lawson, Miriam Maluwa, Aurorita Mendoza y Lisa Regis

Asesoramiento editorial:

Peter Ghys, Peter Piot, Francoise Renaud-Thery, Michel Sidibe, Karen Stanecki y Brian Williams

Equipo de producción:

Heidi Betts, Alistair Craik, Efren Fadriquela, Nathalie Gouiran, Marie-Laure Granchamp, Lon Rahn, Elena Sannikova, Olga Sheean y Elizabeth Zaniewski

El presente informe no hubiera sido posible sin el apoyo y las valiosas contribuciones de nuestros colegas en las organizaciones copatrocinadoras del ONUSIDA, la Secretaría del ONUSIDA, los programas nacionales del SIDA y numerosas instituciones de investigación del mundo entero. Las personas que se mencionan a continuación son algunas de las que realizaron importantes contribuciones y merecen nuestra gratitud especial:

Angeline Ackermans, Peter Aggleton, Calle Almedal, Peter Badcock-Walters, Andrew Ball, Heidi Bazarbachi, Julia Benn, Elizabeth Benomar, Alina Bocai, Ties Boerma, Raul Boyle, Don Bundy, Angela Burnett, Alexandra Calmine, Michel Caraël, Pedro Chequer, Mark Connolly, Kieran Daly, Ernest Darkoh, Michel de Groulard, Getachew Demeke, Isabelle de Zoysa, Mandeep Dhaliwal, Neelam Dhingra-Kumar, Rebecca Dodd, Enide Dorvily, Alexandra Draxler, René Ehounou Ekpini, Olavi Elo, José Esparza, Tim Farley, Nina Ferencic, Nathan Ford, Edwige Fortier, Michael Fox, Vidhya Ganesh, Geoffrey Garnett, Amaya Gillespie, Aida Girma, Nick Goodwin, Ian Grubb, Lenin Guzman, Laura Hakokongas, Keith Hansen, Mary Haour-Knipe, Lyn Henderson, Alison Hickey, Wolfgang Hladik, Gillian Holmes, Dagmar Horn, Lee-Nah Hsu, Enida Imamovic, José Antonio Izazola, Jantine Jacobi, Noerine Kaleeba, Pradeep Kakkattil, Mohga Kamal Smith, Carol Kerfoot, Brigitte Khair-Mountain, Robert Kihara, Alexander Kossukhin, Christian Kroll, Amna Kurbegovic, Robin Landis, Susan Leather, Jean-Louis Ledecq, Seung-hee Lee, Ken Legins, Gael Lescornec, Jon Liden, Tony Lisle, Carol Livingston, Ruth Macklin, Bunmi Makinwa, Valerie Manda, Geoff Manthey, Tim Marchant, Hein Marais, William McGreevey, Henning Mikkelsen, David Miller, Jadranka Mimica, Hi-Mom, Roeland Monasch, Erasmus Morah, Rosemeire Munhoz, Elizabeth Mziray, Warren Naamara, Alia Nankoe, Francis Ndowa, Paul Nunn, Philip Onyebujoh, Gorik Ooms, Victor Ortega, Jos Perriens, Eduard Petrescu, Jean-Pierre Poullier, Elizabeth Pisani, Ben Plumley, Joel Rehnstrom, Chen Reis, Sinead Ryan, Marcos Sahl, Roger Salla Ntouna, Karin Santi, George Schmid, Kristan Schoultz, Geeta Sethi, Ismail Shabbir, Catherine Sozi, Paul Spiegel, Susan Stout, Inge Tack, Miriam Temin, Kate Thomson, Georges Tiendrebeogo, Susan Timberlake, Warren Tiwonge, Stephanie Urdang, Mirjam van Donk, Bob Verbruggen, Anna Vohlonen, Neff Walker, Bruce Waring, Alice Welbourn, Caitlin Wiesen, Alan Whiteside, Desmond Whymys, Brian Williams (OMS), Kenneth Wind-Andersen, Anne Winter, Soumaya Yaakoubi y Alti Zwandor

Figuras

Página Fig.

| | | |
|-----|-----|---|
| 25 | 1 | Epidemia mundial de SIDA, 1990–2003 |
| 27 | 2 | Prevalencia mediana del VIH en poblaciones que acudieron a dispensarios prenatales en Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu (India), 1998–2003 |
| 28 | 3 | Tendencias de la prevalencia del VIH entre diversos grupos, Camboya, 1998–2002 |
| 29 | 4 | Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en Tailandia por año, y evolución del modo de transmisión |
| 30 | 5 | La epidemia en África subsahariana, 1985–2003 |
| 31 | 6 | Prevalencia del VIH entre personas de 15–49 años en zonas urbanas y rurales, países seleccionados de África subsahariana, 2001–2003 |
| 31 | 7 | Prevalencia del VIH entre personas de 15–24 años en países seleccionados de África subsahariana, 2001–2003 |
| 32 | 8 | Prevalencia mediana del VIH (%) en dispensarios prenatales de zonas urbanas, por subregión, en África subsahariana, 1990–2002 |
| 35 | 9 | Nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas por millón de habitantes en países de Europa oriental y Asia central, 1996–2003 |
| 37 | 10 | Prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en América Latina, 1999–2002 |
| 37 | 11 | Uso de preservativos con una pareja en no cohabitación, República Dominicana, 2002 |
| 42 | 12 | Esperanza de vida al nacer en países seleccionados muy afectados, de 1980–1985 a 2005–2010 |
| 43 | 13 | Tamaño de la población con y sin SIDA, Sudáfrica, 2000 y 2025 |
| 58 | 14 | Ejemplos de estimaciones del impacto del SIDA en el crecimiento económico, 1992–2000 |
| 61 | 15 | Número de huérfanos por región dentro de África subsahariana, final de 2003 |
| 62 | 15a | Problemas entre los niños y las familias afectados por el VIH y el SIDA |
| 65 | 16 | Importancia creciente del papel de los abuelos — Relaciones de los huérfanos dobles y los huérfanos de un solo padre (que no viven con el padre superviviente) con el cabeza de familia; Namibia, 1992 y 2000 |
| 69 | 17 | Nuevas infecciones previstas en adultos, dados el nivel actual de intervención y la ampliación oportuna del conjunto integral de intervenciones |
| 70 | 18 | Fortalecimiento de las estrategias de reducción del riesgo, la vulnerabilidad y el impacto |
| 74 | 19 | Proporción de entrevistados que dijeron que el VIH se puede transmitir por contacto sexual, en estados seleccionados de la India |
| 76 | 20 | Tendencias en el comportamiento sexual de los jóvenes, en países seleccionados de África subsahariana, 1994–2001—Porcentaje de jóvenes (15–24 años) que declararon haber utilizado un preservativo en su última relación sexual con una pareja con la que no estaban casados ni convivían, del total de los que habían tenido relaciones sexuales con una pareja de esta índole en los últimos 12 meses |
| 78 | 21 | Tendencias en el comportamiento sexual de los jóvenes, en países seleccionados de África subsahariana, 1994–2001—Porcentaje de jóvenes (15–24 años) que declararon haber tenido relaciones sexuales con una pareja con la que no estaban casados ni convivían, en los 12 meses anteriores a la encuesta |
| 80 | 22 | Prevalencia anual del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en la Clinique de Confiance, Abidján (Côte d'Ivoire), 1992–2002 |
| 82 | 23 | Porcentaje de reclusos VIH-positivos en el sistema penitenciario del Ministerio de Justicia de la Federación de Rusia, de 1994 a 2003 |
| 84 | 24 | Países participantes en el programa subregional conjunto de prevención y atención del VIH a lo largo del corredor migratorio de Abidján-Lagos |
| 85 | 25 | Proporción de consumidores de drogas intravenosas de 15–24 años de edad infectados por el VIH, a partir de diversos estudios |
| 86 | 26 | Cambios en el asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV) en Sudáfrica: cuanto más servicios, más pruebas realizadas |
| 87 | 27 | Khayelitsha: La disponibilidad de servicios multidisciplinarios descentralizados de tratamiento antirretrovírico, sensibilización y apoyo aumenta drásticamente la demanda de pruebas y asesoramiento |
| 89 | 28 | Mujeres embarazadas que utilizaron los servicios de los dispensarios prenatales dispensados por el programa Call to Action en África, 2000–2003 (N = 416 498) |
| 89 | 29 | Mujeres embarazadas que utilizaron los servicios de los dispensarios prenatales dispensados por el programa Call to Action fuera de África, 2000–2003 (N = 243 103) |
| 93 | 30 | Jóvenes (15–24 años) que vivían con el VIH, por región, final de 2003 |
| 94 | 31 | Diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las muchachas de 15–19 años de edad, 2000 y 2001 |
| 96 | 32 | Porcentaje de mujeres jóvenes (15–24 años) con conocimientos exhaustivos del VIH y el SIDA, por región, 2003 |
| 101 | 33 | Cobertura de la terapia antirretrovírica para adultos, final de 2003 — 400 000 personas en tratamiento: cobertura del 7% |
| 104 | 34 | Precios (US\$/año) del tratamiento antirretrovírico de primera línea en Uganda, 1998–2003 |
| 133 | 35 | Necesidades financieras para el VIH y el SIDA previstas por región y año, 2004–2007 (en US\$ millones) |
| 134 | 36 | Recursos mundiales necesarios para prevención, apoyo a huérfanos, atención y tratamiento, y gestión e investigación, 2004–2007 (en US\$ millones) |
| 135 | 37 | Gasto institucional relativo al VIH y el SIDA, 1996–2002 (en US\$ millones) |
| 136 | 38 | Porcentaje del gasto personal para el SIDA respecto del gasto total para el SIDA, en países seleccionados, 2002 |
| 138 | 39 | Desembolsos previstos para el VIH y el SIDA por los mayores donantes bilaterales, para 2003 (en US\$ millones) |
| 138 | 40 | Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) neta, como porcentaje del ingreso nacional bruto (INB), 2003 |
| 139 | 41 | Asistencia oficial para el desarrollo destinada al VIH/SIDA y las ITS, 2002 — Cantidad total asignada en US\$ millones y obligaciones por US\$ millón de ingreso nacional bruto, 2002 |
| 140 | 42 | Promesas de contribución y contribuciones recibidas por el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, hasta 31 de diciembre de 2003 |
| 141 | 43 | Fondos asignados en 2002 por las 15 principales instituciones de los Estados Unidos de América que facilitan subvenciones (en US\$ millones) |
| 143 | 44 | Fondos para la investigación de microbicidas (en US\$) |
| 155 | 45 | Cambios en las puntuaciones del Índice de Esfuerzo del Programa del SIDA, 2000, 2001 y 2003 |
| 162 | 46 | Relaciones entre comités nacionales del SIDA (CNS) y donantes bilaterales — Porcentaje de países entrevistados en que los representantes de la Secretaría del ONUSIDA indicaron que existían relaciones formales entre los CNS y los donantes bilaterales |
| 163 | 47 | Nivel de incorporación del VIH/SIDA en los planes de 63 países de ingresos bajos y medianos |
| 168 | 48 | Limitaciones de recursos humanos y sanitarios — Porcentaje de países en que los representantes de la Secretaría del ONUSIDA indicaron que la falta de personal de salud era un obstáculo primordial para la respuesta nacional al SIDA |
| 179 | 49 | Prevalencia del VIH por país de acogida y país de origen, por región, 2003 |
| 180 | 50 | Factores de riesgo de VIH en conflictos y en campos de personas desplazadas |
| 185 | 51 | Participación de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) en foros de asociaciones, 2003 |

Prefacio

La epidemia mundial de SIDA es uno de los mayores desafíos que afronta nuestra generación. El SIDA es un nuevo tipo de emergencia mundial: una amenaza sin precedentes para el desarrollo humano que requiere una acción y un compromiso sostenidos a largo plazo. Tal como se pone de manifiesto en el presente informe, la epidemia no muestra signos de aflojar la soga que tiene atenazada la sociedad.

La crisis del SIDA continúa agravándose en África, mientras que en Asia y Europa oriental crecen nuevas epidemias a una velocidad alarmante. Ninguna región del mundo está a salvo.

Si bien se señala la necesidad apremiante de captar más recursos y conseguir un mayor compromiso, en el presente informe también se documentan algunas iniciativas de éxito emprendidas por grupos de personas que viven con el VIH o están afectadas por ese virus, así como por gobiernos, organizaciones no gubernamentales, directivos de empresas y líderes religiosos.

El SIDA hace más de 20 años que está entre nosotros, y continuará acuciándonos durante muchos decenios. La enseñanza más importante que hemos adquirido hasta ahora es que podemos marcar la diferencia: podemos prevenir nuevas infecciones, y podemos mejorar la calidad de la atención y tratamiento para las personas que viven con el VIH.

Nuestro gran desafío es trasladar los extraordinarios ejemplos de liderazgo incluidos en el informe a la corriente principal de la vida cotidiana. Mientras no exista un remedio, la movilización masiva de todos los sectores de la sociedad sigue siendo nuestra única arma.



Kofi A. Annan

Secretario General de las Naciones Unidas

Prólogo

Con motivo de la celebración bienal de la Conferencia Internacional sobre el SIDA, el presente informe mundial compendia cada dos años nuestros conocimientos actuales sobre el estado de la epidemia, basados en las aportaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), que reúne nueve organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Su lectura invita a la reflexión.

Lejos de estabilizarse, en muchos de países de África subsahariana las tasas de infección continúan creciendo. Efectivamente, sólo en 2003, se estima que otros tres millones de personas se infectaron en la región. Más alarmante aún es el hecho de que las nuevas epidemias parecen ir avanzando sin obstáculos en otras regiones, en particular Europa oriental y Asia.

Diversos países de Europa oriental y Asia oriental presentan ahora la epidemia de VIH de crecimiento más rápido en el mundo. Preocupan particularmente China, la India e Indonesia, todos ellos países vastos y muy poblados. En ellos, la prevalencia general del VIH es baja, pero este hecho oculta graves epidemias en pleno avance en determinadas provincias, territorios y estados.

El SIDA es la epidemia más globalizada de la historia, y estamos siendo testigos de su progresiva « feminización ». Cada año el número de mujeres infectadas por el VIH va en aumento. En todo el mundo, cerca de la mitad de todas las personas infectadas de 15 a 49 años de edad son mujeres. En África, esta proporción está alcanzando el 60%. Como consecuencia de las desigualdades por razón de sexo, las mujeres que viven con el VIH o con SIDA sufren generalmente mayor estigma y discriminación.

Sin embargo, el problema del SIDA tiene solución. Como se indica en nuestro informe, sabemos qué estrategias funcionan: a nivel local, nacional y mundial se están desarrollando enfoques satisfactorios. Esos enfoques han encontrado la ayuda de un impulso creciente del liderazgo político internacional, de los programas en los lugares de trabajo de las empresas, y de la movilización dinámica de las propias comunidades afectadas: un elemento fundamental que permanece en el centro de nuestra respuesta mundial.

Una buena noticia es que el mundo está aumentando de forma sustancial su compromiso y sus recursos. Sin embargo, al mismo tiempo que crece el número de gobiernos, instituciones financieras y asociados que responden al SIDA, se constata la necesidad urgente de proporcionar mayor apoyo a los países más afectados, así como de colaborar con ellos. También es necesario evitar la duplicación y fragmentación de recursos.

Partiendo de los compromisos contraídos por los principales donantes en abril de 2004, no debemos tan sólo captar más recursos, sino velar por que éstos se utilizan acertadamente para ayudar a los países a establecer estrategias sostenibles y eficaces contra el SIDA. Particularmente, debemos unir nuestras fuerzas para ayudarlos a fortalecer su capacidad de poner en práctica dichas estrategias.

Un avance especialmente esperanzador es el hecho de que el mundo reconoce cada vez más la necesidad de mejorar el acceso al tratamiento antirretrovírico para todas las personas infectadas por el VIH, independientemente del país en el que vivan. El tratamiento debe situarse en el centro de todas las estrategias integrales contra el SIDA. No obstante, la prevención tiene similar importancia. No debemos perder nunca de vista que, ante todo, hay que hacer cuanto esté a nuestro alcance para evitar que las personas se infecten.

Más de 20 años de SIDA nos aportan pruebas convincentes de que, a menos que actuemos inmediatamente, lo acabaremos pagando: un mensaje incisivo para los países de Asia y el Pacífico. El SIDA exige que hagamos las cosas de otro modo; no sólo necesitamos hacer más y hacerlo mejor, sino que debemos ajustar nuestras respuestas personales e institucionales a la amenaza mundial realmente excepcional para la seguridad y la estabilidad.

El SIDA estará con nosotros probablemente durante mucho tiempo, pero el alcance de su propagación y del daño que provoque está enteramente en nuestras manos.

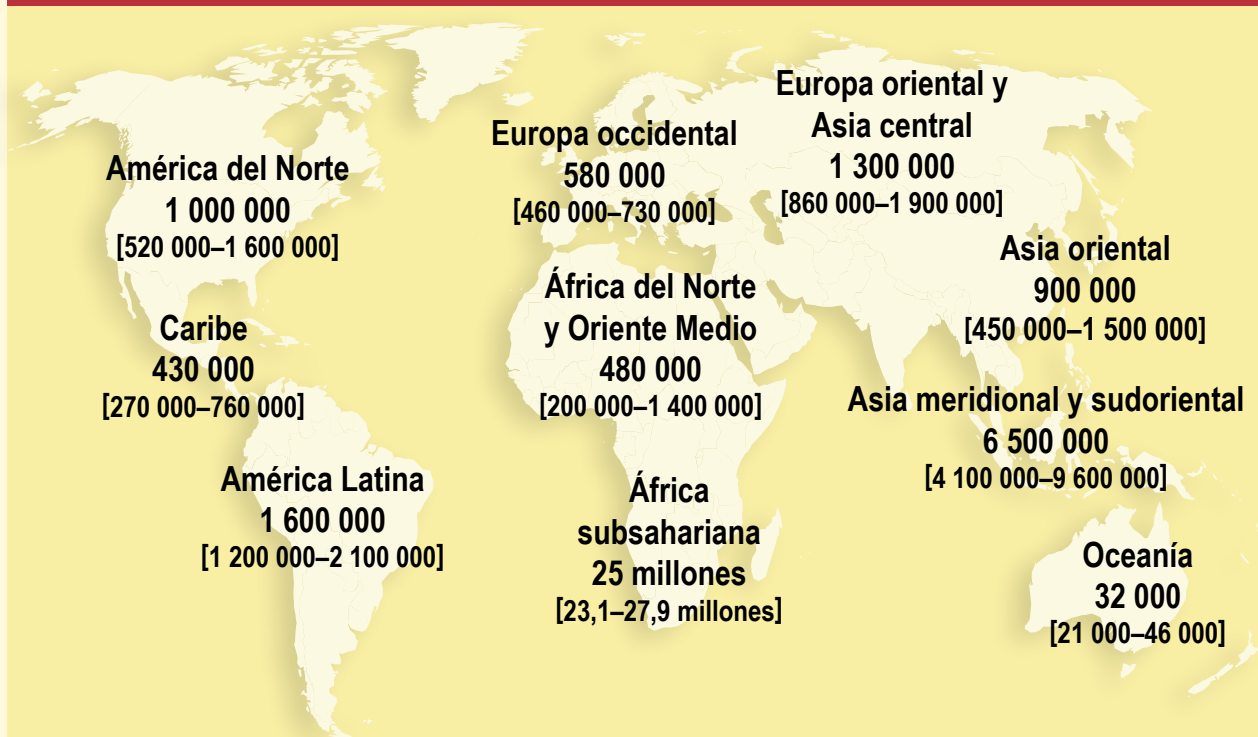


Peter Piot

Director Ejecutivo

Programa Conjunto de las Naciones Unidas
sobre el VIH/SIDA

Estimaciones mundiales del VIH y el SIDA, final de 2003



Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA: 38 millones [35-42 millones]

| | | | |
|---|---------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Personas que vivían con el VIH | Total | 37,8 millones | [34,6–42,3 millones] |
| | Adultos | 35,7 millones | [32,7–39,8 millones] |
| | Mujeres | 17 millones | [15,8–18,8 millones] |
| | Menores de 15 años | 2,1 millones | [1,9–2,5 millones] |
| Nuevas infecciones por el VIH en 2003 | Total | 4,8 millones | [4,2–6,3 millones] |
| | Adultos | 4,1 millones | [3,6–5,6 millones] |
| | Menores de 15 años | 630 000 | [570 000–740 000] |
| Defunciones causadas por el SIDA en 2003 | Total | 2,9 millones | [2,6–3,3 millones] |
| | Adultos | 2,4 millones | [2,2–2,7 millones] |
| | Menores de 15 años | 490 000 | [440 000–580 000] |



Vencer el **SIDA**: el nuevo plan de acción

El factor de género

Las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los varones. Los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es unas dos veces más probable que la transmisión de mujer a varón, siempre que no concurren otras infecciones de transmisión sexual. Asimismo, las mujeres jóvenes son biológicamente más susceptibles a la infección que las mujeres adultas antes de la menopausia.

El mayor riesgo de las mujeres también es un reflejo de las desigualdades por razón de sexo. El término «género» hace referencia a las creencias, costumbres y prácticas sociales que definen los atributos y comportamientos «masculinos» y «femeninos». En la mayoría de las sociedades, las reglas que rigen las relaciones sexuales difieren entre mujeres y varones, y son estos últimos los que acaparan casi todo el poder. Esto significa que para muchas mujeres, incluidas las casadas, el comportamiento sexual de sus parejas masculinas es el factor de riesgo más importante de VIH.

La epidemia también tiene un impacto desproporcionado en las mujeres. Sus papeles definidos socialmente como cuidadoras, esposas, madres y abuelas implican que deben asumir la mayor parte de la carga asistencial del SIDA. Cuando la enfermedad y la muerte conducen al empobrecimiento de un hogar o comunidad, las mujeres y niñas resultan aún más afectadas debido a su baja posición social y a la falta de oportunidades económicas equiparadas.

La vulnerabilidad especial de las mujeres y niñas

Afrontar los papeles negativos de género es crítico para la respuesta mundial al SIDA. La Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 reconoció que las desigualdades en función del sexo están alimentando la epidemia. En la Declaración, los gobiernos se comprometieron a crear estrategias multisectoriales para reducir las vulnerabilidades de las mujeres y niñas. Entre los objetivos para 2003-2005 destacan:

- Abordar las dimensiones de género de la epidemia (artículo 37).
- Acelerar las estrategias nacionales que promueven el avance de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; la compartición de responsabilidades entre hombres y mujeres para garantizar un comportamiento sexual seguro, y la capacitación de las mujeres para tomar decisiones sobre su sexualidad y protegerse del VIH (artículo 59).
- Eliminar la discriminación contra la mujer, incluidas la violencia, ciertas prácticas tradicionales nocivas, la trata de blancas y la explotación sexual (artículos 61-62).
- Reducir la transmisión maternoinfantil aumentando el acceso de las mujeres a la atención prenatal, información, asesoramiento y pruebas voluntarias, otros servicios preventivos y tratamiento (artículo 54).
- Revisar el impacto social y económico de la epidemia, especialmente sobre las mujeres que actúan como cuidadoras (artículo 68).

Desde 2001 está emergiendo toda una serie de iniciativas nacionales, regionales e internacionales. El Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer emprendió un programa para intensificar las actividades de género y derechos humanos dentro de las respuestas nacionales de 10 países muy afectados por el VIH (Barbados, Brasil, Camboya, India, Kenya, Nigeria, Rwanda, Senegal, Tailandia y Zimbabue). Entre otras acciones, el programa pretende potenciar la capacidad nacional para revisar las leyes o políticas que tienen implicaciones para las dimensiones de género de la epidemia.

«Con demasiada frecuencia escucho cómo las mujeres se quejan de que sus experiencias no forman parte de la discusión de políticas. Con independencia de que se hable del impacto desigual de la globalización, de los estragos de las guerras y conflictos armados o de la realidad de vivir con el VIH/SIDA, se sienten marginadas y excluidas de la toma de decisiones y de recursos que afectan a sus vidas. Y sin embargo, es bien sabido que las políticas más eficaces son el resultado de escuchar a quienes han experimentado tales problemas en carne propia, que pueden proporcionar las perspectivas necesarias, mejorar la comprensión y ofrecer soluciones creativas para utilizar los recursos de forma innovadora.» – Noeleen Heyzer, Directora Ejecutiva, Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer.

Las organizaciones de mujeres VIH-positivas están adquiriendo un protagonismo creciente. A nivel mundial, la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH y con SIDA ayuda a las organizaciones de mujeres seropositivas a compartir sus experiencias. Una de las iniciativas más recientes de esa organización es el proyecto «Voces y Elecciones», que incluye actividades de investigación participativa y movilización para mejorar las políticas y prácticas. En 12 países francófonos de África, también se está investigando actualmente el suministro de apoyo, tratamiento y atención a las mujeres VIH-positivas.

Una nueva coalición

En 2003 se estableció la Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA. La organización agrupa a personas VIH-positivas, líderes de la sociedad civil, activistas famosos, representantes de organizaciones no gubernamentales y personas destacadas de las Naciones Unidas con el fin de facilitar la colaboración y respaldar la ampliación innovadora de esfuerzos que tengan un impacto en la vida de las mujeres y niñas. La Coalición Mundial trabajará para: prevenir la infección por el VIH entre las niñas y mujeres jóvenes; reducir la violencia contra las mujeres; proteger los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres y niñas; asegurar el acceso equitativo de las mujeres y niñas al tratamiento y atención; apoyar la atención de base comunitaria enfocada especialmente a las mujeres y niñas; promover el acceso de las mujeres a nuevas tecnologías de prevención, y respaldar los esfuerzos en curso para la educación universal de las niñas.

Vencer el SIDA: el nuevo plan de acción

1

El SIDA es una crisis excepcional. Para tener alguna posibilidad de responder con eficacia a la epidemia tenemos que tratarla al mismo tiempo como una emergencia y como un problema de desarrollo a largo plazo. Esto significa resistir la tentación de aceptar la inevitabilidad del SIDA como simplemente otro problema más del mundo. La epidemia de SIDA es excepcional; requiere una respuesta excepcional que se mantenga flexible, creativa, enérgica y vigilante.

El SIDA es un fenómeno único en la historia de la humanidad por su rápida propagación, su alcance y la intensidad de su impacto. Desde que se diagnosticó el primer caso de SIDA en 1981, el mundo se ha enfrentado esforzadamente a las extraordinarias dimensiones de esa enfermedad. Los primeros esfuerzos para formular una respuesta eficaz fueron fragmentarios, poco sistemáticos y contaron con muy escasos recursos. Pocas comunidades identificaron los peligros a los que hacían frente, y menos aún fueron capaces de organizar una respuesta eficaz. Ahora, más de 20 años después, han fallecido 20 millones de personas y otros 37,8 millones (intervalo: 34,6-42,3 millones) están viviendo con el VIH en todo el mundo. Aún así, el SIDA se expande sin cesar, destruyendo la vida de las personas y en muchos casos dañando gravemente el tejido de las sociedades.

La experiencia ha demostrado, sin embargo, que puede cambiarse el curso natural de la epidemia con una combinación adecuada de liderazgo y acción integral. Dos decenios de lucha contra el SIDA han aportado éxitos importantes y enseñanzas cruciales sobre los enfoques que dan mejor resultado, si bien sigue sin encontrarse un remedio. Ahora sabemos que los enfoques exhaustivos de prevención son los que obtienen mejores resultados. Un liderazgo nacional claro, una sensibilización pública amplia y unos esfuerzos de prevención intensos han permitido que naciones enteras reduzcan la transmisión del

VIH. En África, Uganda sigue siendo un ejemplo destacado de éxito sostenido. En Asia, la acción exhaustiva llevada a cabo en Tailandia evitó unos cinco millones de infecciones por el VIH durante los años 1990. Camboya también ha logrado frenar el rápido crecimiento de su epidemia. En todos los continentes podemos enumerar ciudades, regiones o estados donde los esfuerzos concertados han mantenido a raya la epidemia.

Al mismo tiempo, ahora disponemos de fármacos antirretrovíricos que pueden prolongar la vida y mitigar los efectos físicos de la infección por el VIH. La acción nacional e internacional coordinada ha reducido los precios de esos medicamentos en los países de ingresos bajos y medianos, y en la actualidad se están realizando esfuerzos sostenidos para que las personas que viven con el VIH en todo el mundo y tienen una necesidad urgente de terapia antirretrovírica puedan acceder realmente a ella.

Además, en muchos países se está levantando finalmente el velo de silencio y estigma que ha socavado los esfuerzos de respuesta al SIDA. Cada vez más líderes de gobiernos, empresarios e instituciones religiosas y culturales están emprendiendo acciones contra el SIDA. El movimiento de personas que viven con el VIH ha pasado a ser una fuerza mundial en la vanguardia de los cambios sociales para responder a la epidemia. El impacto del SIDA sobre las perspectivas de desarrollo en las regiones más afectadas es un fenómeno cada vez más reco-

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

La epidemia de SIDA: dinámica y diversa

- La epidemia mantiene su gran dinamismo, su crecimiento y su carácter cambiante mientras el virus aprovecha nuevas posibilidades de transmisión
- Las niñas y muchachas jóvenes están expuestas al mayor riesgo. Hasta diciembre de 2003, las mujeres constituían cerca del 50% de todas las personas que vivían con el VIH en todo el mundo, y el 57% en África subsahariana.
- Los jóvenes de 15-24 años suman la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH en el mundo entero; cada año contraen el virus más de 6000.
- La Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 prevé avances importantes en la prestación de servicios de atención integral para 2005. No obstante, en lo que se refiere a la atención y tratamiento de enfermedades relacionadas con el VIH sólo se ha alcanzado una cobertura mínima. Los esfuerzos actuales de prevención realizados en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos quedan muy lejos de la magnitud de la epidemia.
- Para alcanzar las metas de 2005 se requerirán esfuerzos urgentes, innovadores y ampliados, orientados a fortalecer y acelerar la respuesta.

nocido, y se están tomando medidas para llevar a cabo cambios fundamentales en la práctica del desarrollo.

A pesar de estos indicios de progreso, una vigilancia y evaluación más perfeccionadas del comportamiento de la epidemia ponen de manifiesto la magnitud del reto: menos de una de cada cinco personas que necesitan servicios y medios de prevención tiene acceso a ellos. Actualmente, en todo el mundo entre cinco y seis millones de personas necesitan fármacos antirretrovíricos; sin embargo, sólo el 7% de las personas que viven con el VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos tiene acceso a esos medicamentos, es decir, menos de 400 000 personas al final de 2003. Muchos líderes nacionales siguen negando el impacto del SIDA en sus ciudadanos y sociedades.

Ahora se cuenta con un nivel de recursos económicos sin precedentes para hacer frente a la enfermedad, aunque esa cifra sigue siendo inferior a la mitad de lo que se necesita realmente. Además, estos fondos tampoco se están aplicando de una forma plenamente eficaz y coordinada. En algunos casos, los fondos para el SIDA están inactivos, bloqueados en cuentas bancarias de los gobiernos o paralizados por normativas de los financiadores internacionales.

Como consecuencia, la epidemia de SIDA se encuentra en la actualidad en una auténtica encru-

cijada. Si la respuesta mundial al SIDA sigue con su estilo de buenas intenciones pero desordenada e ineficaz, la epidemia seguirá adelantándose a la respuesta. Sin embargo, hay una alternativa: emprender con audacia un nuevo plan de acción, un plan para la acción futura que adopte los enfoques esenciales, radicales e innovadores que ayudarán a los países a darle la vuelta al curso de la epidemia.

Algunas verdades indiscutibles ...

Ahora las más afectadas son las mujeres

En los primeros días de la epidemia, los varones superaban largamente a las mujeres entre las personas infectadas por el VIH. Por supuesto, la comunidad médica tardó algún tiempo y gran cantidad de pruebas antes de aceptar la idea misma de que el VIH era una amenaza para las mujeres. La proporción de mujeres infectadas por el VIH en todo el mundo no paró de crecer hasta 2002, cuando la mitad de las personas infectadas eran mujeres y niñas.

En África meridional, donde casi todas las familias están afectadas por el SIDA, las mujeres superan a los hombres en una proporción de dos a uno en algunos grupos de edad. Además de pasar a ser la mayoría de las personas infectadas, ahora las mujeres y las niñas soportan también la carga de la epidemia de otras formas: son ellas quienes se

Evaluar los progresos mundiales y nacionales en la expansión de las respuestas al SIDA

Como parte de las actividades de seguimiento de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, la Secretaría y los copatrocinadores del ONUSIDA desarrollaron en colaboración una serie de indicadores mundiales, regionales y nacionales para medir los progresos mundiales hacia los objetivos de la Declaración.

En 2003, los 103 Estados Miembros de las Naciones Unidas facilitaron al ONUSIDA informes sobre los progresos realizados en el ámbito nacional. Esos informes constituyeron la base de una evaluación exhaustiva de las respuestas mundiales, regionales y nacionales al SIDA, que se tituló *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003*.

En 2004, los elementos clave de esta evaluación se han vuelto a poner al día en un estudio titulado *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003* (Policy Project, 2004). Ambos informes presentan los avances realizados en indicadores mundiales y nacionales clave en esferas tales como el aumento de la respuesta nacional, los recursos, la eliminación del estigma y discriminación, y los programas de prevención y tratamiento.

Entre los ejemplos de hallazgos fundamentales figuran los siguientes: desde 2002, los fondos mundiales disponibles para responder al SIDA casi se triplicaron, pero siguen siendo muy insuficientes, y –debido a varios obstáculos– no llegan a los que más los necesitan; el 38% de los países no ha adoptado aún una legislación antidiscriminatoria relacionada con el SIDA; y cerca de un tercio de los países no tienen políticas que aseguren el acceso igualitario de las mujeres a los servicios de prevención y atención básicos.

El objetivo del informe de ONUSIDA era alentar a las partes interesadas a adoptar un compromiso aún mayor para alcanzar los objetivos de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas de 2001. A lo largo del presente informe mundial, y más específicamente en los recuadros titulados « Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA », pueden encontrarse los indicadores actualizados de cada esfera.

ocupan principalmente de las personas enfermas, y quienes tienen más posibilidades de perder el empleo, los ingresos y la escolarización. Las mujeres pueden incluso perder su hogar y otros bienes cuando se quedan viudas. Para destacar sensiblemente las preocupaciones propias de las mujeres y las niñas, en el inicio de cada capítulo se presentan unos recuadros específicos de género.

Los jóvenes: el impacto más severo

La epidemia está también afectando desproporcionadamente a los jóvenes: los muchachos de 15–24 años representan a la mitad de los nuevos infectados por el VIH en el mundo; más de 6000 jóvenes contraen el virus cada día. Esta tendencia es especialmente alarmante porque se trata de la generación de jóvenes más numerosa de la historia. Los jóvenes de 15–24 años nunca han conocido un mundo sin SIDA, y no tienen ‘memoria popular’ de los perturbadores primeros días de la ‘nueva’ enfermedad. Sin embargo, son los jóvenes de

hoy los que serán responsables de continuar las respuestas a la epidemia: son los líderes, los pensadores y los responsables de adoptar decisiones del futuro, y es vital que participen plenamente en la respuesta a la epidemia (véase Foco de atención: ‘El VIH y los jóvenes’).

La magnitud de la epidemia y la tarea que hay que afrontar

Ninguna otra enfermedad infecciosa ha sido estudiada con tanta intensidad. En las dos décadas que han pasado desde que se identificó por primera vez el SIDA, se ha aprendido mucho sobre el VIH y los factores que ayudan a propagar la epidemia en todo el mundo.

Factores que influyen en la transmisión del VIH: vulnerabilidad y riesgo

Habida cuenta del aumento en el número de mujeres infectadas por el VIH, se hace especialmente necesario abordar los factores específicos

que contribuyen a la vulnerabilidad y el riesgo de las mujeres. Así pues, entre otras cosas hay que asegurar que las muchachas adolescentes tengan acceso a información y servicios, que no se tolere la violencia contra las mujeres, que éstas puedan hacer valer sus derechos a la propiedad, que no pierdan las oportunidades de tratamiento y que se amplíen las opciones de prevención (por ejemplo, con el desarrollo de un microbicida). No obstante, al tratar de dar poder efectivo a las mujeres, es importante reconocer que las expectativas culturales y sociales para los muchachos y los varones adultos pueden ser simplemente una trampa: también ellos necesitan que se les den los medios para reconocer y rechazar las presiones que reciben para tratar mal a las mujeres y las muchachas.

La transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar; la propagación del virus está profundamente influida por el entorno social, económico y político. Cuando las personas viven en condiciones de adversidad, como la pobreza, opresión, discriminación y analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH. Los esfuerzos para prevenir la propagación del VIH deben centrarse tanto en el comportamiento individual de riesgo como en los factores estructurales amplios que subyacen a la exposición al VIH, con miras a ayudar a las personas a controlar los riesgos que adoptan y que, en consecuencia, puedan protegerse.

La vulnerabilidad, el riesgo y el impacto del SIDA coexisten en un círculo vicioso. La vulnerabilidad puede reducirse ofreciendo a los jóvenes escolarización, apoyando entornos familiares protectores y ampliando el acceso a los servicios de salud y apoyo a la población general. Abordar la vulnerabilidad a nivel estructural implica reformar las leyes y políticas discriminatorias, vigilar las prácticas y proporcionar protección jurídica a las personas que viven con el VIH.

Dificultades para aumentar la terapia antirretrovírica

Desde 2002, se reconoce casi universalmente la viabilidad de suministrar tratamiento antirretrovírico en entornos con pocos recursos. Los gobiernos

y donantes de todo el mundo están cada vez más comprometidos a ampliar lo más rápidamente posible el acceso al tratamiento antirretrovírico para las muchas personas que lo necesitan para seguir con vida.

Ampliar el tratamiento antirretrovírico exige asegurar el apoyo político y financiación a largo plazo. Cualquier relajación en el apoyo podría comportar el colapso de los programas antirretrovíricos, porque las consiguientes interrupciones en el tratamiento darían la oportunidad al VIH de desarrollar farmacorresistencia. Esto no sólo comportaría una tragedia individual, sino que también significaría una grave amenaza social porque las cepas farmacorresistentes del virus podrían propagarse y hacer totalmente inútiles los programas de tratamiento.

El personal sanitario también es crucial para las perspectivas de ampliar el acceso a los antirretrovíricos. En África ya hay una gran escasez de enfermeras, comadronas y médicos, porque muchos abandonan sus países de origen en busca de mejores salarios, condiciones laborales y oportunidades en países de ingresos más altos. Por ejemplo, el 70% de los médicos formados en Sudáfrica viven actualmente en el extranjero. El déficit se colma parcialmente con profesionales sanitarios de otros países africanos, pero el ciclo de emigración deja en la extrema necesidad a los países del continente con ingresos más bajos.

Es importante evitar situaciones caóticas como las que se observan en algunos países, donde la desesperación empuja a numerosos pacientes a comprar antirretrovíricos sin asesoramiento médico y a menudo sin receta. La información sobre la terapia antirretrovírica debería ser una parte integral de todos los programas de tratamiento, y las personas con el VIH pueden desempeñar un papel importante en ello puesto que hablan con la autoridad que les confiere la experiencia. Además, se puede formar a los miembros de la comunidad para que apoyen la observancia de los tratamientos y puedan asumir parte de las tareas de los trabajadores de la atención sanitaria. Esto contribuirá a un uso más eficaz de todos los recursos disponibles.

El estigma relacionado con el SIDA entorpece la respuesta y acelera la transmisión

El estigma y la discriminación relacionados con el SIDA obstaculizan directamente la eficacia de las respuestas al SIDA. El estigma y las preocupaciones acerca de la discriminación constituyen un obstáculo importante para que las personas soliciten hacerse la prueba del VIH, y afectan directamente la probabilidad de adoptar comportamientos protectores. Por ejemplo, el silencio que rodea al VIH puede impedir la utilización de preservativos o llevar a las mujeres VIH-positivas a amamantar a sus hijos por miedo a ser identificadas.

El estigma no se dirige sólo hacia las personas que viven con el VIH. En muchos casos, el estigma del VIH se vincula a estigmas preexistentes, como los estereotipos raciales y étnicos y la discriminación contra las mujeres y las minorías sexuales. Al mismo tiempo, los viejos patrones de desigualdad racial, étnica y sexual aumentan la vulnerabilidad al VIH. En muchos países el estigma y la discriminación siguen siendo obstáculos importantes para comprender cómo están afrontando la epidemia los grupos marginados de la sociedad.

Los datos recientes disponibles ponen de manifiesto que las epidemias relativamente nuevas de Asia oriental, Europa oriental y Asia central se propagan con gran rapidez. A pesar de las abrumadoras pruebas de que el SIDA está en todas partes, la afirmación irreflexiva de que el SIDA sólo es un problema 'en otra parte' sigue siendo muy común. En estas circunstancias, las personas que están estigmatizadas y viven en los márgenes de la sociedad, como los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones, suelen tener poco acceso a los programas de prevención y, en algunos países, sus necesidades de atención y apoyo están sistemáticamente descuidadas.

Desarrollar un enfoque exhaustivo de prevención del VIH

La cobertura actual de la prevención del VIH es sumamente baja. Sólo una fracción de personas en riesgo de exposición al VIH tiene un acceso

adecuado a los servicios de prevención básicos, aunque la mayoría de los países han desarrollado marcos estratégicos para las actividades de prevención. En 2003, en los países de ingresos bajos y medianos sólo se ofreció servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH a una de cada 10 mujeres embarazadas, y una proporción aún menor de adultos de 15-49 años tuvieron acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias.

Reducir esta brecha en la prevención requerirá un mayor compromiso de recursos, así como de programación de gran alcance: una parte importante de los esfuerzos actuales siguen sin pasar de ser simples « proyectos de demostración ». Habría que insistir en que las iniciativas para ampliar la cobertura de los servicios de prevención deberían evitar repetir 'más de lo mismo'. Tienen que tener en cuenta las experiencias que han demostrado funcionar mejor. Por ejemplo, las pruebas indican que los mensajes y actividades desarrollados a nivel popular son mucho más eficaces que los que están promovidos por 'profesionales' externos, y que para conseguir buenos resultados los mensajes de prevención necesitan estar orientados e ir más allá del simple fomento de la concienciación acerca del SIDA.

Los esfuerzos de prevención exhaustivos y en gran escala deberán tener en cuenta los diferentes contextos de la epidemia. Por ejemplo, donde la prevalencia general del VIH permanece baja, aumenta la relativa importancia de las medidas que abordan sectores de la población especialmente vulnerables, como los profesionales del sexo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, o las poblaciones migrantes. Por otro lado, en los lugares donde la prevalencia entre la población general es elevada, los esfuerzos todavía necesitan ajustarse a poblaciones concretas, pero la reducción de la transmisión del VIH dependerá de que se logre y se mantenga una amplia gama de comportamientos seguros entre vastos sectores de la población, como los jóvenes. Las decisiones basadas en resultados acerca de actividades de prevención satisfactorias requieren el conocimiento de las epidemias locales, de sus cambios

a lo largo del tiempo y de quién está actualmente más expuesto al riesgo del VIH.

La naturaleza cambiante de la epidemia exige que los esfuerzos de prevención se renueven constantemente. Por ejemplo, ahora ha quedado demostrado que el énfasis extraordinario puesto desde la segunda mitad de los años 1990 en un tratamiento más eficaz en los países de ingresos elevados fue en detrimento de los esfuerzos renovados de prevención. Los avances en prevención se estancaron y, en muchos casos, hubo aumentos en la transmisión del VIH por primera vez en una década. Del mismo modo, en Tailandia, el importante éxito alcanzado en los años 1990 en la reducción de la transmisión asociada con el trabajo sexual cambió el perfil de la epidemia; ahora, el área donde se que requiere poner mayor atención es dentro de los matrimonios y las relaciones estables.

Mitigación del impacto

Los primeros signos del impacto social en gran escala del SIDA se están poniendo de manifiesto en África meridional y oriental, con la exacerbación de las crisis alimentarias, el aumento del número de huérfanos y el debilitamiento incesante de la capacidad humana, tanto en los gobiernos como en los sectores privados. El SIDA está modificando fundamentalmente el tejido y el funcionamiento de las sociedades. Una de las formas mediante las que la epidemia crea un círculo vicioso es golpeando con más fuerza en los países con menor capacidad para ejecutar respuestas. En muchas naciones, el SIDA está menguando las capacidades con mayor rapidez de lo que se necesita para reemplazarlas.

En África, Stephen Lewis, Enviado Especial para aquella región, se ha unido a James T. Morris, Director Ejecutivo del Programa Mundial de

El sistema de las Naciones Unidas: activo en todos los frentes

El sistema de las Naciones Unidas ha mantenido su firme voluntad de aplicar de forma efectiva la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001. La respuesta conjunta de las Naciones Unidas a la epidemia de SIDA sigue cobrando impulso, especialmente con la incorporación del Programa Mundial de Alimentos (PMA) como noveno copatrocinador del ONUSIDA.

Veintinueve organizaciones independientes de las Naciones Unidas desempeñan papeles de liderazgo mundial en sus esferas de especialización. Entre los copatrocinadores del ONUSIDA figuran las siguientes organizaciones: la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), que se ocupa de los consumidores de drogas intravenosas; el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de las cuestiones de género y los jóvenes; la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), de la educación; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), de los huérfanos y la transmisión maternoinfantil; la Organización Internacional del Trabajo (OIT), del VIH y el lugar de trabajo; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), del VIH, la gestión pública y el desarrollo; y el Banco Mundial, por medio de su Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA. A través de la iniciativa conjunta OMS/ONUSIDA 'tres millones para 2005', la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aumentado su papel en la ampliación mundial del acceso al tratamiento antirretrovírico.

Los cuatro Enviados Especiales del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA han conseguido aumentar la atención de los políticos, donantes, sociedad civil y medios de comunicación en el problema del VIH. Por ejemplo, Nafis Sadik, Enviado Especial para Asia, ha reforzado el enfoque del SIDA basado en los derechos humanos en Nepal. En diversos países del Caribe, el Dr. George Alleyne, Enviado Especial para el Caribe, ha impulsado reformas legislativas y medidas para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA. Por su parte, el Enviado Especial de las Naciones Unidas para Europa Oriental y Asia Central, el Dr. Lars Kallings, está fomentando la sensibilización acerca de la gran importancia que tiene el consumo de drogas intravenosas en la propagación del VIH.

Alimentos y Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para Necesidades Humanitarias en África Meridional, para aumentar la sensibilización sobre la combinación mortal de SIDA, sequía y disminución de la capacidad humana en esa región de África.

Dados los efectos profundos y duraderos de la epidemia, los países más afectados necesitan revisar y adaptar sus políticas e inversiones en numerosas áreas para afrontar el impacto que se avecina. El SIDA exige un replanteamiento completo sobre cómo deberá desarrollarse, retenerse y sostenerse al personal calificado. En los países con prevalencia baja, es importante realizar esfuerzos de prevención enérgicos para preservar las inversiones en desarrollo humano e institucional. Es preciso adoptar una perspectiva a largo plazo para retener o reconstruir la capacidad de desarrollo. Las presiones inmediatas para responder a la epidemia y mantener con vida a las personas tendrán compensaciones inmediatas, pero también deben ir acompañadas de medidas a más largo plazo que restablezcan la capacidad de reacción social (véase el capítulo «Impacto»).

Se necesita mayor compromiso para ayudar a los huérfanos

Un problema particularmente preocupante es el olvido de los niños huérfanos. El SIDA se ha cobrado la vida de uno o ambos padres de unos 12 millones de niños en África subsahariana. Sin embargo, menos de la mitad de los países con una crisis muy aguda tienen políticas nacionales para ofrecer apoyo básico a los niños huérfanos o vulnerables a causa de la epidemia. Para limitar el impacto del SIDA sobre la vida social y económica de las comunidades y los países, es un imperativo político dar atención a los niños huérfanos y vulnerables.

Dificultades del nuevo plan de acción

Para dar el salto de los actuales enfoques fragmentados del SIDA a los requisitos dinámicos del nuevo plan de acción, se necesitará realizar esfuerzos extraordinarios. Los más destacados líderes, cien-

tíficos, responsables de formular las políticas, empresarios y líderes comunitarios nacionales e internacionales, así como el sistema de las Naciones Unidas, necesitan forjar nuevos conceptos y abordar los retos clave para revolucionar y armonizar la respuesta mundial al SIDA.

Recursos y financiación

En términos financieros, el nuevo plan de acción exigirá innovaciones que aumenten la capacidad de los países para determinar sus necesidades de recursos para la prevención, atención y mitigación del impacto. Asimismo, será indispensable que los países y la comunidad internacional respondan con un compromiso y una voluntad política sin precedentes. Se han hecho progresos importantes para captar fondos adicionales, pero el gasto mundial en 2003 no llegó a alcanzar la mitad de lo que se necesitará en 2005, y sólo una cuarta parte de la cantidad necesaria para 2007 (véase el capítulo «Finanzas»). Las organizaciones nacionales y comunitarias de la sociedad civil necesitan apoyo para acceder a los fondos y utilizarlos con eficacia. Por su parte, los donantes y la comunidad internacional deben determinar cuidadosamente su parte de contribución equitativa a la respuesta al VIH.

Los esfuerzos para obtener recursos y demostrar que se utilizan con eficacia también deben reforzarse, porque esa demostración es fundamental para matener el apoyo financiero a los programas.

Desarrollar y volver a desarrollar la capacidad

Además de movilizar más fondos, se necesita trabajar mucho para aumentar de forma sustancial la capacidad de programación de los países y eliminar los bloqueos y obstáculos del sistema para asegurar que el dinero llega adonde se necesita para apoyar actividades. El propio SIDA ha menoscabado gravemente la capacidad de respuesta, y en muchos casos su impacto ha sido peor en las comunidades y países donde la capacidad ya estaba más debilitada como resultado de decenios de desarrollo insuficiente.

1

Se necesitan enfoques nuevos y audaces para reinvertir en recursos humanos y comunitarios, empezando por preservar el máximo posible de vidas por medio de la introducción del tratamiento antirretrovírico, entre otras iniciativas. Se necesitan en igual medida estrategias a largo y corto plazo. A término más inmediato, la mayoría de los países poseen reservas de capacidad humana sin explotar (por ejemplo, las fuerzas laborales capacitadas que se han jubilado o han cambiado de profesión). A largo plazo, es necesario concebir estrategias que revertan los peores efectos de la 'fuga de cerebros'.

Armonización y coordinación

A nivel nacional, es necesario que todas las partes interesadas comprendan que una respuesta eficaz al SIDA sólo puede conseguirse si los países la definen y dirigen desde dentro de sus propias fronteras. La ayuda internacional es importante, pero sólo funciona eficazmente si está incorporada dentro de la respuesta nacional. Los conceptos de identificación nacional, multisectorialidad, integración, armonización y coherencia de la respuesta deben basarse en los principios orientadores denominados los 'tres unos': un marco de acción sobre el SIDA acordado que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados; un organismo de coordinación nacional del SIDA, con un mandato multisectorial de base amplia, y un sistema de vigilancia y evaluación acordado a nivel nacional.


Acción basada en información científica

Ahora, la amenaza planteada por el SIDA se reconoce ampliamente. Se han comprometido

más recursos que nunca para responder a la enfermedad, y más que nunca también disponemos de resultados sobre lo que funciona en la lucha contra la epidemia. Desgraciadamente, a veces se deja de lado la voluntad de guiarse por datos científicos y de alcanzar un consenso respecto de enfoques eficaces en favor de prejuicios preconcebidos de intereses sectoriales, en detrimento de una respuesta mundial concertada al SIDA. El tiempo se paga con vidas, y es fundamental que el mundo adquiera una comprensión común de lo que se necesita para poner a punto una respuesta rápida y eficaz.

La excepcionalidad del SIDA

El SIDA es una enfermedad excepcional con un impacto excepcional y de enorme amplitud; así pues, requiere una respuesta excepcional. Tiene las características de las emergencias a corto plazo y a la vez de las crisis de desarrollo a largo plazo. Se necesitan formas de respuesta nuevas e híbridas. Las instituciones financieras internacionales deberían crear mecanismos que mitiguen los pagos del servicio de la deuda de los países para que éstos puedan dedicar más recursos a su respuesta al SIDA. Los efectos inflacionarios potenciales a corto plazo de los recursos aumentados y adicionales asignados a la epidemia de VIH pueden remediarse, y en cualquier caso, palidecen en comparación con lo que serán los efectos a largo plazo de las respuestas tibias al SIDA sobre las economías de los países muy afectados.

El mundo dispone de nuevos medios y una nueva oportunidad para vencer el azote del SIDA. Este es el momento apropiado para poner en marcha un nuevo plan de acción audaz que haga frente al SIDA. No podemos desaprovechar la ocasión. 

Panorama mundial de la epidemia de **SIDA**

Crecimiento de la infección por el VIH en las mujeres

En los últimos años, la proporción global de mujeres VIH-positivas ha aumentado progresivamente. En 1997, las mujeres constituían el 41% de las personas con el VIH; en 2002, esa cifra había llegado casi al 50%. Esta tendencia es más acusada en los lugares donde las relaciones heterosexuales representan la vía predominante de transmisión, especialmente el Caribe y África subsahariana. Las mujeres también ocupan un lugar destacado en muchos países con epidemias concentradas en poblaciones clave, como consumidores de drogas intravenosas, poblaciones móviles y reclusos.

África subsahariana

En ningún otro lugar la «feminización» de la epidemia es más evidente que en África subsahariana, donde el 57% de los adultos infectados son mujeres y el 75% de los jóvenes VIH-positivos son muchachas. Varios factores sociales están favoreciendo esta tendencia. En África, las mujeres jóvenes tienden a tener parejas masculinas mucho mayores que ellas, y con más probabilidades que los varones jóvenes de estar infectadas por el VIH. Las desigualdades por razón de sexo en la región dificultan considerablemente que las mujeres africanas negocien el uso de preservativos. Por otra parte, la violencia sexual —que lesiona tejidos y aumenta el riesgo de transmisión del VIH— es un fenómeno generalizado, sobre todo en el contexto de conflictos bélicos.

En los países donde la prevalencia en la población general es alta y las mujeres tienen una posición social baja, existe un riesgo elevado de infección por el VIH a causa de violencia sexual. Una encuesta efectuada entre 1366 mujeres que acudían a dispensarios prenatales de Soweto (Sudáfrica) encontró tasas significativamente mayores de infección por el VIH en las mujeres que habían sido objeto de abuso físico, agresión sexual o estaban dominadas por sus parejas masculinas. El estudio también aportó pruebas de que los varones abusivos tienen mayores probabilidades de ser VIH-positivos que los no abusivos (Dunkle *et al.*, 2004).

Asia

Los factores que amenazan a las mujeres son similares en Asia meridional y sudoriental, aunque el impacto global en esa región es mucho menor porque en la mayoría de los países la epidemia se concentra en consumidores de drogas intravenosas y otras poblaciones clave. A finales de 2003, las mujeres representaban el 28% de las infecciones, un ligero incremento respecto a las estimaciones de final de 2001. En Asia meridional, la posición económica y social baja de las mujeres tiene implicaciones muy profundas. La congruencia entre los indicadores de posición baja y vulnerabilidad al VIH de las mujeres parece indicar una estrecha relación entre patriarcado y VIH en Asia meridional (PNUD, 2003). Es habitual que las mujeres tengan un acceso limitado a servicios de salud reproductiva y que desconozcan la existencia del VIH, las formas en que puede transmitirse y las opciones de prevención. A menudo, las normas sociales y culturales les impiden insistir en el uso de métodos de prevención, como preservativos, en las relaciones sexuales con sus esposos.

Aumento mundial, desigualdad mundial

Los porcentajes de mujeres infectadas por el VIH también parecen estar aumentando en: América del Norte (25% en 2003 frente a 20% en 2001); Oceanía (19% en 2003 frente a 17% en 2001); América Latina (36% en 2003 frente a 35% en 2001); el Caribe (49% en 2003 frente a 48% en 2001), y Europa oriental y Asia central (33% en 2003 frente a 32% en 2001). Aunque es difícil comparar todos los factores regionales que causan este incremento, está claro que las desigualdades por razón de sexo —especialmente las reglas que rigen las relaciones sexuales entre varones y mujer— están en el centro de la cuestión.

Panorama mundial de la epidemia de SIDA

2

Se estima que, en 2003, el VIH infectó a otros 4,8 millones de personas (intervalo: 4,2-6,3 millones). Esa cifra es superior a la de cualquier año precedente. En la actualidad, unos 37,8 millones de personas (intervalo: 34,6-42,3 millones) están viviendo con el VIH, que en 2003 se cobró la vida de 2,9 millones de personas (intervalo: 2,6-3,3 millones) y acumuló un total de más de 20 millones de defunciones desde que en 1981 se identificaron los primeros casos de SIDA.

La epidemia sigue siendo sumamente dinámica, creciendo y cambiando de naturaleza a medida que el virus explota nuevas oportunidades de transmisión. No hay lugar para el exceso de confianza en ninguna parte. Prácticamente no hay ningún país del mundo que permanezca a salvo. Algunos países que han «bajado la guardia» están asistiendo a un incremento renovado en el número de personas infectadas por el VIH. Por ejemplo, en algunos países industrializados, el acceso generalizado a fármacos antirretrovíricos está alimentando el peligroso mito de que se ha derrotado al SIDA. En África subsahariana, el porcentaje global de adultos infectados por el VIH ha permanecido estable durante los últimos años, pero sigue creciendo el número absoluto de personas que viven con el VIH.

La epidemia no es homogénea dentro de las regiones: algunos países están más afectados que otros. Incluso en un mismo país existen generalmente amplias variaciones en las tasas de infección entre diferentes provincias, estados o distritos, y entre las zonas urbanas y rurales. En realidad, el panorama nacional está compuesto por una serie de epidemias con sus propias características y dinámicas.

Desde 2002, se ha observado un resurgimiento de la energía y el compromiso para responder a la epidemia. Las aportaciones financieras han aumentado considerablemente, y los donantes están estudiando vías para distribuir recursos destinados al SIDA hacia las zonas donde más se necesitan de una forma más rápida y eficaz. El costo de los medicamentos antirretrovíricos ha bajado repentinamente, y se están llevando a cabo esfuerzos concertados para ampliar el tratamiento a millones de personas cuya vida depende de él en los países de ingresos bajos y medianos. También se dispone actualmente de mayor financiación para actividades de prevención.

En conjunto, estas iniciativas están marcando la diferencia por lo que respecta a contener la propagación del VIH y restablecer la calidad de vida de las personas infectadas y sus familias. Pero todo esto se está realizando a una escala que no se aproxima en absoluto al nivel requerido para detener o invertir el curso de la epidemia. Si continúa el ritmo actual de propagación, el VIH tendrá un impacto previsible cada vez más grave en el futuro, arrasando a su paso el tejido que mantiene unidas las sociedades.

Tendencias de la infección mundial por el VIH

El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando, a pesar de que existen estrategias eficaces de prevención. Todas las estimaciones del presente informe se basan en nuevas metodologías y en los últimos datos disponibles. Por consiguiente, las estimaciones actuales no pueden compararse de forma directa con las publicadas anteriormente. Desde 1998, el ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han obtenido estimaciones bienales del VIH específicas para cada país. Durante este tiempo han evolucionado continuamente los métodos y postulados utilizados para elaborar tales estimaciones. El Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones (un grupo de científicos e investigadores de diversas instituciones congregados por el ONUSIDA) se reúne anualmente para guiar este proceso y pulir los medios de investigación, aprovechando el trabajo realizado por grupos técnicos más pequeños a lo largo de todo el año. Los postulados y métodos actualizados se aplican luego a las posteriores tandas de estimaciones.

El ONUSIDA y la OMS han revisado sus estimaciones mundiales sobre el número de adultos que viven con el VIH, especialmente en la región subsahariana. Esas nuevas estimaciones son el resultado de datos de vigilancia más precisos en los países, información adicional de encuestas por hogares y mejoras continuadas en la metodología de elaboración de modelos que utilizan el ONUSIDA, la OMS y sus asociados. Todo esto ha determinado que las nuevas estimaciones mundiales sobre el VIH sean más bajas, tanto para 2003 como para los años precedentes. Aunque las estimaciones mundiales son menores, esto no significa que la epidemia de SIDA esté remitiendo o invirtiendo su curso. Al contrario, la epidemia continúa expandiéndose.

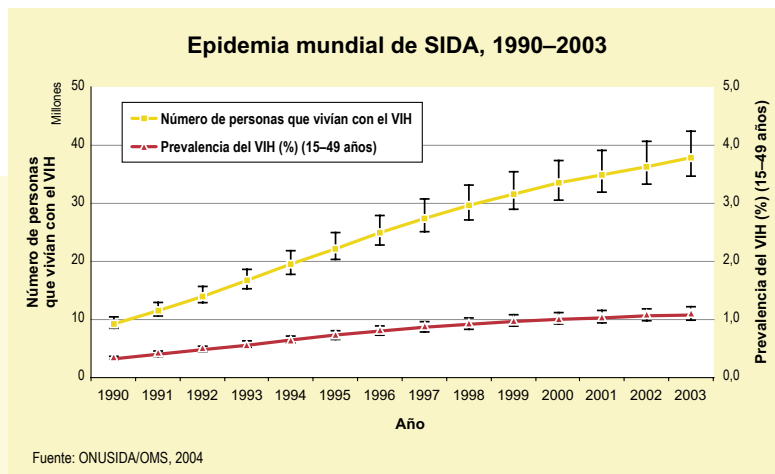
Determinar los niveles exactos de la prevalencia de cualquier enfermedad plantea retos colosales, pues todas las cifras son estimaciones basadas en los datos disponibles. Si bien la información sobre el VIH es más precisa que la que existe para muchas otras enfermedades infecciosas, algunos podrían decir que a veces el ONUSIDA y la OMS han subestimado la epidemia, mientras que en otras ocasiones han hinchado las estimaciones del VIH. La realidad es más compleja porque las estimaciones mundiales se basan en estimaciones nacionales que a su vez proceden de los sistemas de vigilancia de los países. Esos sistemas recopilan datos sobre los niveles de infección por el VIH en diferentes grupos, pero los datos son incompletos y de calidad variable.

En muchos países, la vigilancia no cubre adecuadamente vastas poblaciones en zonas rurales. A causa de prejuicios sociales y políticos, muchos sistemas de vigilancia también soslayan los grupos de población con mayores probabilidades de estar expuestos al VIH, como los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales del sexo y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En 2002, sólo el 36% de los países de ingresos bajos y medianos tenía un sistema de vigilancia plenamente operativo; sin embargo, esta cifra se elevaba hasta el 58% en el caso de países con epidemias generalizadas (prevalencia del VIH superior al 1%).

Las tres fuentes de datos utilizadas con mayor frecuencia son los sistemas de vigilancia centinela, que llevan a cabo encuestas periódicas entre grupos específicos de población; encuestas nacionales de base poblacional, e informes de casos remitidos por centros sanitarios. Cada tipo de datos tiene sus puntos fuertes y sus debilidades. Si pueden aprovecharse más fuentes, se conjunta una imagen más detallada y se elaboran estimaciones más precisas. En África subsahariana, el virus se está propagando entre la población general de muchos países, y las estimaciones se basan principalmente en información recopilada a partir de mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales seleccionados. Recientemente, algunos países han llevado a cabo encuestas nacionales de población con pruebas del VIH, algunas de las cuales han sido Encuestas demográficas y de salud (EDS). Entre los ejemplos figuran Burundi, Kenya, Malí, Níger, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe. Los datos de esas encuestas dan a entender que las estimaciones previas basadas en la vigilancia centinela eran demasiado elevadas. Sin embargo, todos los datos están sujetos a posibles sesgos. Por ejemplo:

- Es posible que no en todos los países sea válido el supuesto de que la prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas es equivalente a la prevalencia entre varones y mujeres de las comunidades circundantes.
- Los datos de los dispensarios prenatales no representan completamente a las poblaciones rurales remotas, y hay pocos datos que ayuden a controlar este sesgo.
- En encuestas por hogares de algunos países, es perfectamente posible que existan niveles más elevados de infección por el VIH entre las personas que rehúsan participar o las que no están en casa cuando se presentan los entrevistadores.

Figura 1



Las dificultades para reconciliar diferentes estimaciones basadas en datos de instituciones sanitarias y encuestas de población no se aplican exclusivamente al VIH. En numerosos trastornos y enfermedades, incluidos los déficit de micronutrientes, trastornos no transmisibles y enfermedades infecciosas, las estimaciones pueden mejorarse mediante encuestas que recopilen datos clínicos y biológicos. Aun en el caso de que se utilicen indicadores no patológicos, como los niveles de pobreza, conciliar los cómputos domésticos nacionales con las encuestas por hogares se ha convertido en una cuestión técnica difícil. Pero la mayoría de los expertos está de acuerdo en que deberían utilizarse ambas técnicas y que la verdad sobre la pobreza y las desigualdades mundiales se sitúa en algún punto entre los extremos sugeridos por estas dos metodologías.

Para dirigir las respuestas nacionales es crucial disponer de una imagen precisa de la epidemia. Algunos países pueden exagerar las estimaciones si creen que, al hacerlo, aumentarán sus probabilidades de obtener apoyo financiero internacional. O tal vez infravaloren las estimaciones para disimular un mal liderazgo político, o porque temen que los niveles elevados de VIH disuadan a los turistas o los inversores empresariales. No obstante, gran parte de las diferencias en la interpretación de los datos no deriva de una tergiversación intencionada, sino del simple hecho de que hay vacíos importantes de datos.

Aun antes de que se publicaran los últimos resultados de encuestas por hogares, sistemas más sofisticados de vigilancia centinela obtuvieron estimaciones más bajas para un cierto número de países africanos. Ésta es una buena noticia porque significa que menos personas de las que se creía anteriormente sufrirán el horror del SIDA, pero no debería ser causa de un optimismo desmedido. En África, el SIDA sigue siendo una catástrofe, y se requiere un compromiso sin fisuras para cambiar el rumbo de la epidemia y aliviar su tremendo impacto.

Una buena información es la clave para una acción apropiada

En casi todo el mundo, la corriente principal de la sociedad desaprueba, y a veces castiga duramente, comportamientos como el consumo de drogas ilícitas, las relaciones sexuales entre varones y el comercio sexual. Esta desaprobación social ha significado que los sistemas de vigilancia epidemiológica hayan descuidado con frecuencia a las personas que practican tales comportamientos, aunque figuran entre las que tienen mayores probabilidades de exponerse al VIH. La incapacidad de vigilar lo que está sucediendo entre ellas implica inevitablemente que los esfuerzos para responder a la epidemia queden desfasados respecto a las necesidades, y que el VIH siga manteniendo en alto su amenaza. Los países que llevan a cabo una vigilancia exhaustiva tienen mayores probabilidades de obtener una imagen precisa de su epidemia y están en mejor posición para planificar una respuesta eficaz.

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

El SIDA prosigue su expansión; las poblaciones vulnerables, expuestas al máximo riesgo

- Los datos de países ponen de relieve que, a pesar de que se hayan implantado estrategias de prevención eficaces, el número de personas que viven con el VIH continúa aumentando en todas las regiones del mundo. África subsahariana sigue siendo la región más afectada, con una prevalencia del VIH sumamente elevada entre las mujeres embarazadas de 15-24 años en diversos países.
- En Asia, la epidemia de VIH sigue concentrándose principalmente entre los consumidores de drogas intravenosas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo, los clientes de esos últimos y sus parejas inmediatas. La cobertura de la programación de la prevención entre esas poblaciones es insuficiente.
- En Europa oriental y Asia central se están produciendo diversas epidemias. El consumo de drogas intravenosas es el principal fenómeno impulsor de las epidemias que afectan a esa región.
- En muchos países de ingresos elevados, las relaciones sexuales entre varones desempeñan un papel importante en la epidemia. La inyección de drogas tiene un papel variable. En 2002, más del 10% de todas las infecciones notificadas en Europa occidental y el 25% de las que se comunicaron en América del Norte se atribuyeron a esta última práctica.
- En América Latina y el Caribe, 11 países presentan una prevalencia nacional estimada del VIH del 1% o más.

Fuente: ONUSIDA

Asia

Se estima que 7,4 millones de personas (intervalo: 5,0-10,5 millones) están viviendo con el VIH en Asia. Aproximadamente medio millón de personas (intervalo: 330 000-740 000) falleció por SIDA en 2003, y se cree que contrajo la infección por el VIH el doble (1,1 millones; intervalo 610 000-2,2 millones). Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,3% de las mujeres (intervalo: 0,2-0,3%) y el 0,4% de los varones (intervalo: 0,3-0,5%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año. Las epidemias en esta región siguen concentrándose principalmente en los consumidores de drogas intravenosas, los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los profesionales del sexo y sus clientes, y las parejas sexuales habituales de todos ellos.

China y la India: epidemias extensas

La región incluye a los países más poblados del mundo —China y la India—, con 2250 millones de personas entre ambos. En esos dos países, la prevalencia nacional del VIH es muy baja: 0,1% en China (intervalo: 0,1-0,2%) y entre 0,4% y 1,3% en la India. Pero una perspectiva más ajustada revela que ambos tienen epidemias sumamente graves en diversas provincias, territorios y estados.

En China, a menos que se emprenda una acción eficaz, en 2010 puede haber 10 millones de personas infectadas por el VIH. El virus se ha propagado a la totalidad de las 31 provincias, regiones autónomas y municipios, aunque cada zona tiene su propio patrón epidémico distintivo. En algunas de ellas, el consumo de drogas intravenosas está impulsando la propagación del VIH. Entre los consumidores de drogas intravenosas, la prevalencia del VIH es del 35-80% en Xinjiang y del 20% en Guangdong. En otras zonas, como Anhui, Henan y Shandong, el VIH irrumpió a comienzos de los años 1990 entre las personas de zonas rurales que vendían plasma sanguíneo para complementar sus exiguos ingresos agrícolas. Se han constatado niveles de infección del 10-20%, que llegan hasta el 60% en ciertas comunidades. Como consecuencia, muchas personas ya han fallecido por SIDA.

Aparte de Sudáfrica, la India tiene el mayor número absoluto de personas infectadas por el VIH: se estima que en 2002 había 4,6 millones de personas infectadas. La mayor parte de las infecciones se contrae por vía sexual, aunque una pequeña proporción se transmite a través del consumo de drogas intravenosas. Esta última vía es la predominante en Manipur y Nagaland, una

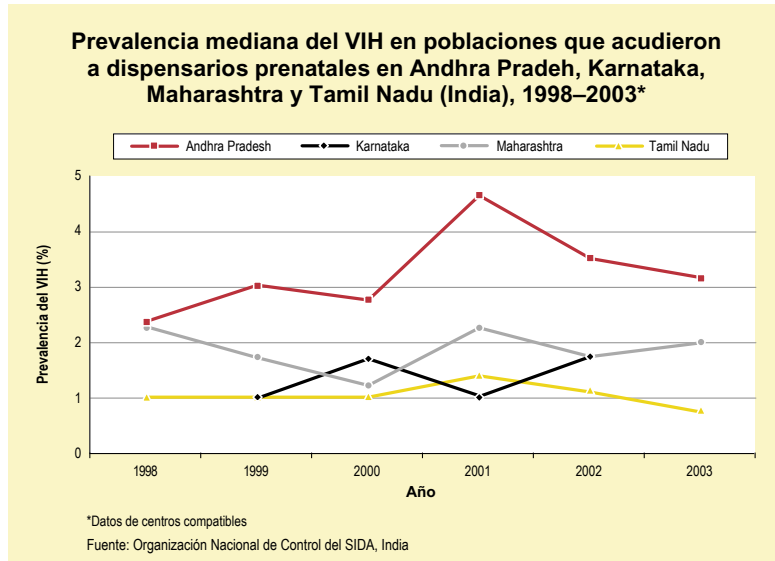


Figura 2

zona en el nordeste del país, frontera con China y próxima al «Triángulo de Oro», donde se han constatado niveles de infección por el VIH del 60-75% entre consumidores de drogas intravenosas que utilizan equipos de inyección contaminados.

En los estados meridionales de Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra y Tamil Nadu, el VIH se transmite principalmente a través de las relaciones heterosexuales, vinculadas en gran medida con el comercio sexual. De hecho, según encuestas seleccionadas, más de la mitad de los profesionales del sexo están infectados por el VIH. En estos cuatro estados, los niveles de infección en mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales centinela se han mantenido más o menos estables en algo más del 1%, lo que parece indicar que un número significativo de clientes de profesionales del sexo puede haber transmitido el VIH a sus esposas (véase figura 2).

En la India, los conocimientos sobre el VIH siguen siendo escasos e incompletos. En un estudio nacional del comportamiento efectuado en 2001 entre casi 85 000 personas, sólo el 75% de los encuestados había oído hablar del SIDA, y el nivel de conocimiento era especialmente bajo entre las mujeres rurales de Bihar, Gujarat y Bengala Occidental. Menos del 33% de todos los encuestados había oído hablar de las infecciones

de transmisión sexual, y sólo el 21% conocía la relación entre esas infecciones y el VIH.

La transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales entre varones también constituye una causa importante de preocupación en numerosas zonas de la India, en parte porque algunas investigaciones recientes indican que muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres. En 2002, un estudio de vigilancia del comportamiento entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en cinco ciudades puso

de manifiesto que el 27% de ellos estaban casados o vivían con una pareja sexual femenina. En un estudio realizado en una zona pobre de Chennai en 2001, el 7% de los varones que tenían relaciones sexuales con varones eran VIH-positivos. La atención se centra actualmente en las zonas con una alta prevalencia registrada, pero preocupa lo que pueda estar sucediendo en las vastas regiones de la India sobre las que se tienen pocos datos.

Los comportamientos de riesgo, en auge

En otras partes de Asia meridional, la información del comportamiento señala que las condiciones son idóneas para la propagación del VIH. Por ejemplo, en Bangladesh la prevalencia nacional en adultos es inferior al 0,1%, pero existen niveles significativos de comportamientos de riesgo. Un gran número de varones sigue pagando dinero para tener relaciones sexuales, y su proporción es mayor que en los demás países de la región. Además, la mayoría de esos varones no utiliza preservativos en sus encuentros sexuales comerciales, y las profesionales femeninas del sexo comunican el uso de preservativos más bajo de la región.

Entre los consumidores de drogas intravenosas, el 71% de los que no participan en programas de intercambio de agujas utiliza equipos de inyección no estériles, en comparación con el 50% y el 25% de los inscritos en programas establecidos,

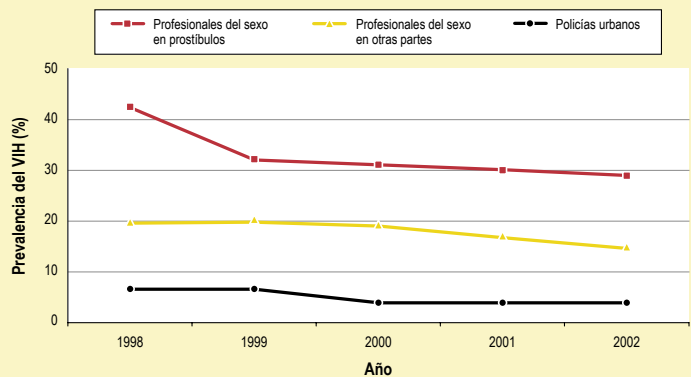
respectivamente, en el centro y el noroeste de Bangladesh. Apparently, in the southeast of Bangladesh the consumption of drugs is increasing (Dhaka, 2003). The surveys indicate that only 65% of young people, less than 20% of married women and only 33% of married men have ever heard of AIDS.

In Pakistan, national studies conducted in 2001 among population groups with higher probabilities of being exposed to HIV found very low prevalence rates. It is estimated that the country has a prevalence of HIV in adults of 0.1%. There are also about three million heroin consumers, many of whom began injecting during the 1990s. The first outbreak of infection by HIV among intravenous drug consumers occurred in 2003. In Larkana, a small rice-growing town in the province of Sindh, 10% of 175 intravenous drug consumers tested positive for HIV. A study of behavior in Quetta found that a large proportion of the surveyed used injection equipment that was not sterilized, and more than half of them said they visited sex workers. Few had ever heard of AIDS, and a smaller number had ever used a condom.

In Southeast Asia, three countries in particular – Cambodia, Myanmar and Thailand – are suffering from especially severe epidemics. The national prevalence of HIV in Cambodia is about 3%, the highest recorded in Asia. The data indicate that, in that country, there have been profound changes in the configuration of the epidemic. For example, the rate of infection among sex workers who work in brothels decreased from 43% in 1998 to 29% in 2002 (see figure 3).

There has also been a sustained decline in prevalence among their clients, which includes city police, army recruits and taxi drivers. It is believed that this has occurred due to greater use of condoms, along with a smaller number of visits to sex workers. However, the picture is incomplete:

Tendencias de la prevalencia del VIH entre diversos grupos, Camboya, 1998–2002



Fuente: Unidad de Vigilancia de Camboya, Centro Nacional para el VIH/SIDA, Dermatología e ITS (NCHADS), 2004

Figura 3

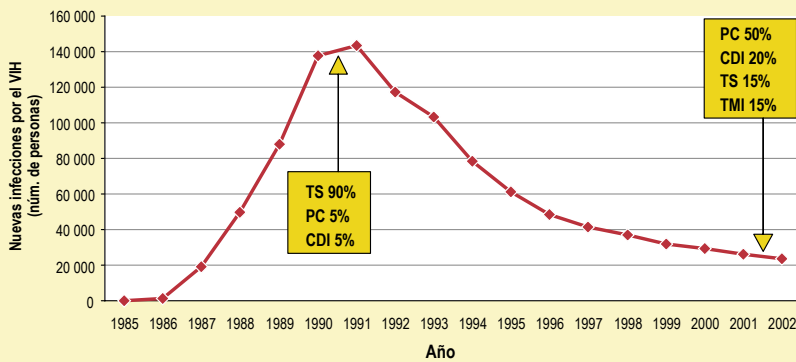
little has been done to monitor the epidemic among drug consumers or men who have sexual relations with men, although, in the capital, the prevalence of HIV in male sex workers exceeded 15% when last determined in 2000 (Girault *et al.*, 2004).

Tailandia: los progresos se están rezagando

In Thailand, the number of new infections has declined from a maximum of approximately 140 000 cases annually in 1991 to 21 000 in 2003. This notable achievement has been due primarily to the fact that men use more condoms and visit brothels less often. Nevertheless, the epidemic in Thailand has been changing over the years (see figure 4). There is growing evidence that HIV is spreading in large measure among couples of sex workers and clients and among marginalized sectors of the population, such as intravenous drug consumers and migrants.

Despite the indisputable success achieved in Thailand, the coverage of prevention activities is insufficient. This is especially true for men who have sexual relations with men and intravenous drug consumers; their infection levels remain high. In Bangkok, a 2003 study made it clear

Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en Tailandia por año, y evolución del modo de transmisión



PC: transmisión heterosexual entre parejas en cohabitación; TS: transmisión a través del trabajo sexual; CDI: transmisión a través del consumo de drogas intravenosas; TMI: transmisión materno-infantil

Fuente: Grupo de Trabajo Tailandés sobre Proyecciones del VIH/SIDA, 2001

Figura 4

que más del 15% de los varones que tenían relaciones sexuales con varones eran VIH-positivos, y el 21% no había utilizado un preservativo con su última pareja sexual ocasional.

En Tailandia, muchos varones jóvenes evitan los prostíbulos porque temen contraer el VIH. Sin embargo, este descenso en las relaciones sexuales comerciales parece haber ido acompañado de un incremento en las relaciones sexuales extramatrimoniales y ocasionales. Las jóvenes tailandesas también parecen tener más probabilidades de mantener relaciones prematrimoniales en comparación con generaciones anteriores (VanLandingham y Trullijo, 2002). En la provincia de Chiang Rai, una encuesta entre estudiantes de formación profesional puso de manifiesto que sólo el 7% de los varones entrevistados había pagado alguna vez para tener relaciones sexuales, pero casi la mitad de toda la muestra (varones y mujeres) eran sexualmente activos. La vigilancia del comportamiento entre 1996 y 2002 destaca un incremento notable en la proporción de estudiantes de secundaria que son sexualmente activos. También demuestra un uso uniformemente bajo de los preservativos.

Una de las epidemias más recientes en la región es la de Viet Nam. La prevalencia nacional sigue siendo muy inferior al 1%, pero, en muchas

provincias, la vigilancia centinela ha constatado niveles de VIH del 20% entre consumidores de drogas intravenosas. Aunque la prevalencia del VIH en ese grupo de población aumentó significativamente en algunas provincias durante los últimos años 1990, ahora se están registrando nuevos brotes en otras provincias, como Can Tho, Hue, Nam Dinh, Thai Nguyen y Thanh Hoa. Se cree que el uso de equipos de inyección contaminados es responsable de los

dos tercios de las infecciones por el VIH, pero las prácticas sexuales peligrosas también constituyen una preocupación en Viet Nam. En 2002 se comunicaron niveles de prevalencia del 8-24% entre profesionales del sexo de varias ciudades importantes.

Actualmente, la epidemia de Indonesia se distribuye de forma desigual por este país-archipiélago de 210 millones de habitantes; seis de las 31 provincias están especialmente afectadas. La epidemia del país también está impulsada en gran medida por el uso de agujas y jeringas contaminadas. La prevalencia del VIH entre sus 125 000-196 000 consumidores de drogas intravenosas se ha triplicado: del 16% en 1999 al 48% en 2003. En 2002 y 2003, la prevalencia del VIH osciló entre el 66% y el 93% en consumidores de drogas intravenosas que acudieron a centros de pruebas de la capital, Yakarta. En Indonesia, los consumidores de drogas son arrestados y encarcelados sistemáticamente. A principios de 2003, el 25% de los reclusos en la prisión de Cipinang, en Yakarta, eran VIH-positivos.

Entre las más de 200 000 profesionales femeninas del sexo de Indonesia existen grandes variaciones en la prevalencia del VIH. En muchas zonas, informes recientes de serovigilancia indican que la infección por el VIH todavía es excepcional

en ese grupo de población. Pero en algunas zonas del país se han registrado incrementos notables durante los últimos uno o dos años, con niveles comunicados de hasta el 8-17%. Entre los profesionales del sexo transexuales, conocidos como waria, los datos señalan un aumento muy acusado de la prevalencia del VIH: del 0,3% en 1995 al 22% en 2002 en Yakarta. Hay pruebas inequívocas de que en Indonesia varias redes de comercio sexual y consumo de drogas intravenosas están fuertemente imbricadas, lo que crea un entorno idóneo para la propagación del VIH.

Oceanía

En Australia, después de un declive sostenido, el número anual de nuevos diagnósticos de VIH ha vuelto a aumentar gradualmente durante un periodo de cinco años: de unos 650 casos en 1998 a alrededor de 800 en 2002. La transmisión del VIH sigue produciéndose principalmente por contacto sexual entre varones. Entre los varones diagnosticados de infección por el VIH contraída entre 1997 y 2002, se comprobó que más del 85% tenían antecedentes de relaciones sexuales con otros varones. Existen porcentajes relativamente bajos de infecciones recién contraídas que puedan atribuirse al consumo de drogas intravenosas (3,4%) o al contacto heterosexual (8,5%). Asimismo, la principal forma de transmisión del VIH en Nueva Zelanda continúa siendo el contacto sexual entre varones.

Papua Nueva Guinea, que comparte la misma isla con una de las provincias más afectadas de Indonesia, Irian Jaya, tiene la prevalencia más alta de infección por el VIH de Oceanía. Esta prevalencia es superior al 1% entre mujeres embarazadas de la capital, Port Moresby, y también de Goroka y Lae. La epidemia de Papua Nueva Guinea parece propagarse en gran medida por vía heterosexual. Los elevados niveles de otras infecciones de transmisión sexual indican patrones de comportamiento que también facilitarían la transmisión del VIH más allá de los profesionales del sexo y sus clientes.

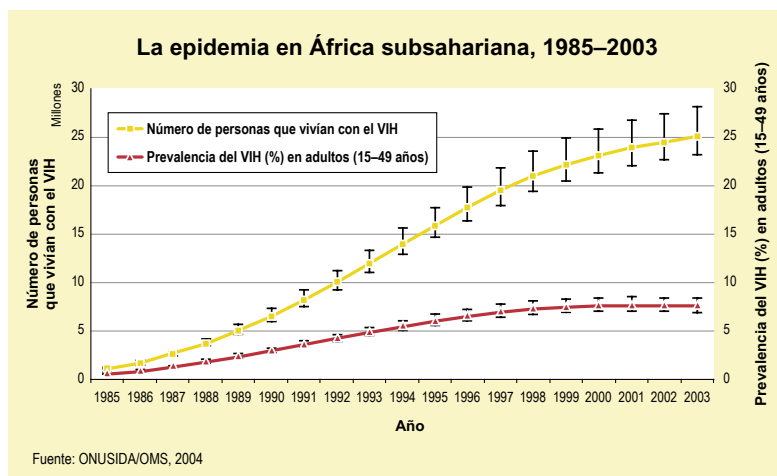
En otras islas de Oceanía, los niveles de infección por el VIH son todavía muy bajos, pero

existen tasas elevadas de otras infecciones de transmisión sexual. Una persona con una infección de transmisión sexual se enfrenta a un mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH durante sus relaciones sexuales. En Vanuatu, las mujeres embarazadas tienen niveles crónicamente elevados de algunas infecciones de transmisión sexual: el 28% presenta infección por *Chlamydia*, y el 22%, por *Trichomonas*. Un 6% de las mujeres embarazadas tiene blenorragia, y el 13%, sífilis. Alrededor del 40% de las mujeres sufre más de una infección de transmisión sexual. En Samoa, de forma similar, el 31% de las mujeres embarazadas están infectadas por *Chlamydia*, y el 21%, por *Trichomonas*. En conjunto, el 43% de las mujeres embarazadas tiene al menos una infección de transmisión sexual.

África subsahariana

África subsahariana tiene poco más del 10% de la población mundial, pero alberga casi las dos terceras partes de todas las personas que viven con el VIH: unos 25 millones (intervalo: 23,1-27,9 millones). Se estima que, sólo en 2003, otros tres millones de personas (intervalo: 2,6-3,7 millones) se infectaron en esta región, mientras que 2,2 millones (intervalo: 2,0-2,5 millones) fallecieron a causa del SIDA. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 6,9% de las mujeres (intervalo: 6,3-8,3%) y el 2,1% de los varones (intervalo: 1,9-2,5%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

Figura 5



Muchos países africanos están experimentando epidemias generalizadas. Esto significa que el VIH se está propagando entre la población general en vez de quedar confinado a ciertos grupos, como profesionales del sexo y sus clientes, varones que tienen relaciones sexuales con varones y consumidores de drogas intravenosas. En África subsahariana, la prevalencia en adultos se ha mantenido estable durante los últimos años, pero, dado el crecimiento de la población adulta total, el número absoluto de personas que viven con el VIH sigue creciendo (véase figura 5). En cualquier caso, esta estabilización general de la prevalencia en África subsahariana oculta variaciones regionales importantes.

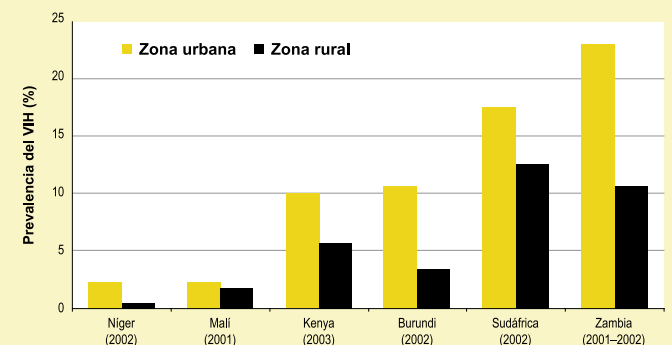
Aunque la prevalencia permanece estable en la mayoría de los países, todavía sigue creciendo en unos pocos, como Madagascar y Swazilandia, y está disminuyendo a nivel nacional en Uganda y en zonas más limitadas en varios otros países. Los niveles estables de infección en una epidemia son el resultado a menudo de un incremento en las tasas de mortalidad por SIDA, lo que esconde una tasa siempre elevada de nuevas infecciones. Aun en el caso de que disminuya la prevalencia del VIH, como en Uganda, la tasa de nuevas infecciones puede seguir siendo alta.

Dentro de los países puede haber variaciones en la prevalencia por región. Se reconoce desde hace tiempo que, en la mayoría de los países, los niveles de infección por el VIH son mayores en las zonas urbanas que en las rurales. Una revisión de estudios nacionales de base comunitaria indica que la prevalencia del VIH en las zonas urbanas es unas dos veces mayor que en las zonas rurales (véase figura 6).

Las mujeres se enfrentan a un mayor riesgo

Las mujeres contraen la infección a edades más tempranas que los varones, y la diferencia en la prevalencia del VIH entre ambos sexos continúa ensanchándose. A comienzos de la epidemia en África subsahariana, los varones superaban de

Prevalencia del VIH entre personas de 15–49 años en zonas urbanas y rurales, países seleccionados de África subsahariana, 2001–2003

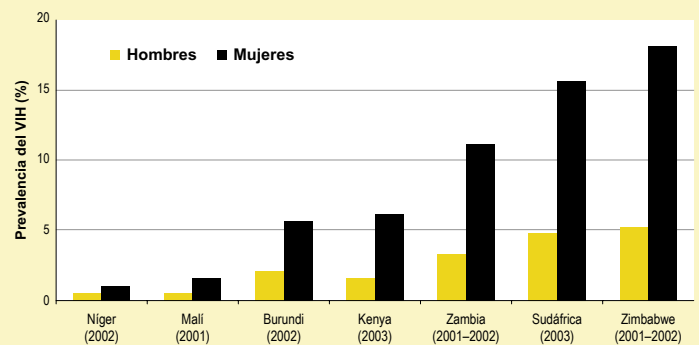


Notas:

1) *Burundi*: la edad de la población era de 15-54 años. 2) *Mali*: la edad de la población masculina era de 15-59 años. 3) *Sudáfrica*: datos urbanos procedentes de fuentes urbanas oficiales y oficinas, y datos rurales, de zonas tribales y de explotaciones agrícolas
Fuentes: *Burundi* (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH au Burundi, Bujumbura, Décembre 2002), *Kenya* (Kenya Demographic and Health Survey 2003), *Mali* (Enquête Démographique et de Santé, Mali 2001), *Niger* (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger (2002)), *Sudáfrica* (Pettifor AE, Rees HV, Steffenson A, Hlongwa-Madikizela L, MacPhail C, Vermaak K, Kleinschmidt I: HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24 year olds. Johannesburg: Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, 2004), *Zambia* (Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002), *Zimbabwe* (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001–2002)

Figura 6

Prevalencia del VIH entre personas de 15–24 años en países seleccionados de África subsahariana, 2001–2003



Fuentes: *Burundi* (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH au Burundi, Bujumbura, Décembre 2002), *Kenya* (Kenya Demographic and Health Survey 2003), *Mali* (Enquête Démographique et de Santé, Mali 2001), *Niger* (Enquête Nationale de Séroprévalence de l'Infection par le VIH dans la population générale âgée de 15 à 49 ans au Niger (2002)), *Sudáfrica* (Pettifor AE, Rees HV, Steffenson A, Hlongwa-Madikizela L, MacPhail C, Vermaak K, Kleinschmidt I: HIV and sexual behaviour among young South Africans: a national survey of 15–24 year olds. Johannesburg: Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, 2004), *Zambia* (Zambia Demographic and Health Survey 2001–2002), *Zimbabwe* (The Zimbabwe Young Adult Survey 2001–2002)

Figura 7

forma desproporcionada a las mujeres que vivían con el VIH, pero actualmente hay, en promedio, 13 mujeres infectadas por cada 10 varones infectados (un ulterior crecimiento respecto a la relación de 12:10 constatada en 2002). La diferencia entre los niveles de infección es más pronunciada en las zonas urbanas (14 mujeres por cada 10 varones) que en las rurales (12 mujeres por cada 10 varones) (Stover, 2004).

La diferencia en los niveles de infección entre mujeres y varones es aún más acusada entre los jóvenes de 15-24 años de edad. En una revisión de

los niveles de infección por el VIH entre jóvenes de 15-24 años se comparó la proporción de mujeres jóvenes que vivían con el VIH con la de los varones jóvenes que vivían con el VIH (véase figura 7). Las cifras obtenidas van desde 20 mujeres por cada 10 varones en Sudáfrica, hasta 45 mujeres por cada 10 varones en Kenia y Malí.

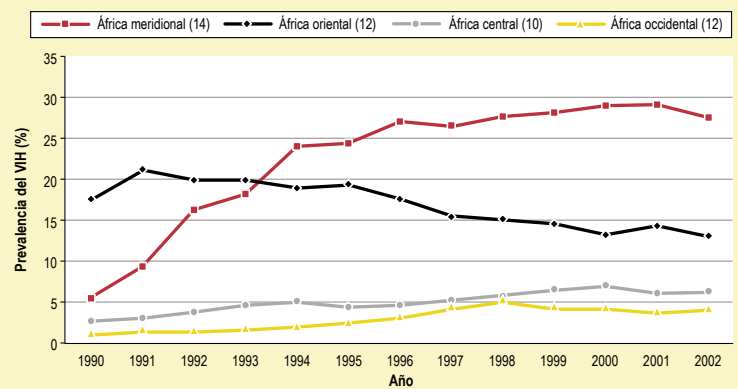
En África subsahariana, la transmisión heterosexual es, con mucho, la forma predominante de propagación del VIH. Se cree que las prácticas de inyección peligrosas en contextos sanitarios son responsables aproximadamente del 2,5% de todas las infecciones. Recientemente se ha señalado que las inyecciones médicas peligrosas son la principal causa de la transmisión del VIH en la región (Gisselquist *et al.*, 2002). Sin embargo, una reciente revisión exhaustiva de los datos disponibles llegó a la conclusión de que las inyecciones peligrosas, si bien son un problema grave, no son lo suficientemente comunes para desempeñar un papel predominante en la transmisión del VIH en África subsahariana (Schmid *et al.*, 2004).

La teoría de las «inyecciones peligrosas» no tiene en cuenta la posibilidad de que las personas con enfermedades relacionadas con el VIH quizá reciban un mayor número de inyecciones. Además, el patrón de las inyecciones en contextos sanitarios no se corresponde, por edad y sexo, con el patrón de distribución de la infección por el VIH en África subsahariana. Aunque debe velarse por la seguridad de las inyecciones en todos los ámbitos sanitarios, unas estrategias eficaces que aborden la transmisión sexual tienen el mayor potencial de frenar la epidemia en esta región.

Diversidad de niveles y tendencias

Existe una enorme diversidad en todo el subcontinente por lo que respecta a niveles y tendencias de la infección por el VIH (véase figura 8). África meridional sigue siendo la región más afectada del mundo; así, datos de dispensarios prenatales seleccionados demostraron que en 2002 la prevalencia del VIH superaba el 25%, después de un incremento rápido desde tan sólo el 5% en 1990. En 2002, la prevalencia entre mujeres embarazadas de zonas urbanas era del 13% en África oriental,

Prevalencia mediana del VIH (%) en dispensarios prenatales de zonas urbanas, por subregión, en África subsahariana, 1990-2002



Fuente: Adaptado de WHO AFRO 2003 Report

Figura 8

lo que supone un descenso considerable respecto al 20% constatado a principios de los años 1990. Durante el mismo periodo, la prevalencia en África central y occidental ha permanecido estable.

No hay una única explicación que justifique por qué la epidemia es tan agresiva en África meridional. La responsabilidad parece recaer en una combinación de factores, que a menudo funcionan de forma concertada. Entre esos factores figuran la pobreza y la inestabilidad social, que conducen a la ruptura familiar; niveles elevados de otras infecciones de transmisión sexual; baja posición social de la mujer, y liderazgo ineficaz durante periodos críticos de la propagación del VIH. Otro factor importante es la alta movilidad, que se vincula en gran medida con sistemas laborales basados en mano de obra migratoria.

Las epidemias en África meridional han crecido con gran rapidez. En Swazilandia, por ejemplo, la prevalencia promedio en mujeres embarazadas fue del 39% en 2002, por encima del 34% en 2000 y de tan sólo el 4% en 1992. Además, en diversos países la penetración del virus en la población general ha superado lo que se creía posible. En Botswana, la prevalencia ponderada en dispensarios prenatales fue del 36% en 2001, del 35% en 2002 y del 37% en 2003. En Sudáfrica, la prevalencia entre mujeres embarazadas fue del 25% en 2001 y del 26,5% en 2002.

Movilidad y propagación del VIH

La movilidad humana siempre ha sido una fuerza impulsora importante en las epidemias de enfermedades infecciosas. Dos estudios recientes han examinado su papel en la propagación del VIH.

En uno de esos estudios, sobre la relación entre movilidad, comportamiento sexual e infección por el VIH en una población urbana, se entrevistó a una muestra representativa de 1913 varones y mujeres de Yaoundé (Camerún). El estudio examinó la movilidad durante un periodo de un año, y constató una prevalencia del VIH del 7,6% en varones que habían estado «fuera» durante periodos superiores a 31 días. La prevalencia entre los que se habían ido menos de 31 días al año era del 3,4%, mientras que la prevalencia entre los que no se habían marchado de casa durante los 12 meses previos era del 1,4%. La asociación entre movilidad de los varones y VIH se relacionaba aparentemente con comportamientos sexuales de riesgo y seguía siendo significativa después de controlar otras variables importantes. No había asociación entre movilidad de las mujeres e infección por el VIH (Lydié *et al.*, 2004).

En todo África meridional se está generalizando el fenómeno de que los varones migren a centros urbanos en busca de trabajo y dejen a sus esposas e hijos en zonas rurales. Esta tendencia tiene raíces históricas complejas. Un grupo de investigadores interesados en el papel que la migración desempeña en la propagación del VIH en Sudáfrica estudió el patrón de la infección en parejas de Hlabisa, un distrito rural de KwaZulu-Natal en el que casi los dos tercios de los varones adultos pasan la mayor parte de las noches fuera de casa.

El estudio confirmó que la migración desempeña un papel importante en la propagación del VIH, pero puso de manifiesto un panorama más complejo del que cabía esperar, y que cuestionaba algunos presupuestos básicos. Al examinar parejas discordantes (es decir, parejas en las que sólo uno de los miembros es VIH-positivo), el estudio comprobó que, en casi el 30% de los casos, la persona infectada era la pareja femenina que se había quedado en casa, en una zona rural, mientras que el componente masculino era VIH-negativo. En otras palabras, la migración puede crear vulnerabilidad al VIH en los dos extremos del espectro, y es probable que el virus se propague en ambas direcciones (Lurie *et al.*, 2003).

La asociación entre movilidad e infección por el VIH también puede influir en los hallazgos de las encuestas por hogares. Es menos probable que los varones migratorios, que generalmente tienen mayores niveles de infección por el VIH, estén presentes en casa en el momento de la encuesta. Esto es especialmente pertinente para los países con altos niveles de movilidad y/o migración y para las encuestas con una gran proporción de «ausentes».

En algunos países de África oriental y central hay signos de un descenso real en el número de infecciones. Esto resulta especialmente manifiesto en Uganda, donde la prevalencia nacional disminuyó hasta el 4,1% (intervalo: 2,8-6,6%) en 2003. En Kampala, la prevalencia se situó en torno al 8% en 2002, muy por debajo del 29% registrado 10 años atrás. Pero ni siquiera en Uganda está permitida la relajación: las encuestas parecen indicar que los jóvenes de hoy pueden ser menos conscientes del SIDA que sus congéneres de los años 1990.

Ningún otro país de la región ha invertido el curso de la epidemia de forma tan contundente como Uganda, pero la prevalencia del VIH también ha disminuido entre las mujeres embarazadas de otros lugares. Por ejemplo, en la capital de Etiopía, Addis Ababa, la prevalencia ha disminuido de un

máximo del 24% en 1995 hasta el 11% en 2003. La prevalencia también se ha reducido en varias regiones de Kenya, incluido Nairobi, mientras que en muchas otras zonas parece haberse estabilizado. Sin embargo, no todos los países de la región muestran niveles estables. En Madagascar se ha registrado un incremento alarmante de la prevalencia entre mujeres embarazadas, que casi se ha cuadruplicado desde 2001 hasta alcanzar el 1,1% en 2003.

En África occidental, la epidemia es diversa y variable. La prevalencia nacional en los países del Sahel se ha mantenido relativamente baja, con porcentajes en torno al 1%. No obstante, las cifras globales pueden ocultar niveles muy elevados de infección en determinados grupos de población. En el Senegal, por ejemplo, la prevalencia nacional

del VIH es inferior al 1% (intervalo: 0,4-1,7%); aun así, la prevalencia en profesionales del sexo de dos ciudades aumentó, respectivamente, del 5% y 8% en 1992 al 14% y 23% en 2002, respectivamente. Las tasas de prevalencia son máximas en Côte d'Ivoire (7%; intervalo: 4,9-10%), aunque, en 2002, Abidján registró los niveles más bajos de la última década (6%).

Benin y Ghana presentan prevalencias del VIH en el intervalo de 2-4%, con pocos cambios en el transcurso del tiempo. Nigeria, con una población de 120 millones de habitantes, tiene el mayor número de personas que viven con el VIH en África occidental. La prevalencia nacional en 2003 fue del 5,4% (intervalo: 3,6-8%). La prevalencia del VIH en mujeres embarazadas oscila entre el 2,3% en la región del sudoeste y el 7% en el centro y norte. La variación entre estados es aún mayor: del 1,2% en Osun a más del 6% en Kaduna y al 12% en Cross River. La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas es superior al 1% en todos los estados, y excede del 5% en 13 de ellos.

África del Norte y Oriente Medio

Con algunas excepciones, la vigilancia sistemática de la epidemia no está bien desarrollada en los países de África del Norte y Oriente Medio. Además, la vigilancia de la situación entre grupos específicos, entre los que figuran los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones, cuyo comportamiento es ilegal y castigado, es particularmente deficiente. Esto significa que las epidemias potenciales en esas poblaciones no se están teniendo en cuenta.

En muchos países, la información disponible, que se basa exclusivamente en la notificación de casos, indica que alrededor de 480 000 personas (intervalo: 200 000-1,4 millones) están viviendo con el VIH en la región, que tiene una prevalencia en la población adulta del 0,2% (intervalo: 0,1-0,6%). Se cree que, en 2003, se infectaron unas 75 000 personas (intervalo: 21 000-310 000) y que el mismo año fallecieron a causa del SIDA cerca de 24 000 personas (intervalo: 99 000-62 000). Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,2%

de las mujeres (intervalo: 0,2-0,5%) y el 0,1% de los varones (intervalo: 0,1-0,2%) estaban viviendo con el SIDA a finales de 2003.

El Sudán es, con mucho, el país más afectado de la región. Su prevalencia global del VIH es casi del 2,3% (intervalo: 0,7-7,2%); la epidemia es más grave en la parte meridional del país. El coito heterosexual es la principal vía de transmisión. El virus ya se está propagando entre la población general, y las mujeres se están infectando con mayor rapidez que los varones. En mujeres embarazadas del sur se ha comunicado que la prevalencia del VIH es entre seis y ocho veces mayor que alrededor de Jartum, en el norte. En Somalia, donde se cree que la epidemia tiene una dinámica similar, se dispone de pocos datos de vigilancia.

Marruecos ha ampliado su sistema de vigilancia, basado en mujeres embarazadas y pacientes atendidos en dispensarios por infecciones de transmisión sexual, para incluir también a los profesionales del sexo y los reclusos. En 2003, la prevalencia fue del 0,13% en mujeres embarazadas, 0,23% en pacientes atendidos en dispensarios de infecciones de transmisión sexual, 0,83% en reclusos y 2,27% en profesionales femeninas del sexo.

En algunos países de la región, la infección por el VIH parece concentrarse en consumidores de drogas intravenosas. Se han comunicado casos de transmisión por equipos de inyección contaminados en Bahrein, Libia y Omán. Sin embargo, la vigilancia del comportamiento y la serovigilancia entre los consumidores de drogas intravenosas son insuficientes, lo que nos da una imagen incompleta de la propagación del VIH.

Las prácticas peligrosas de obtención y transfusión de sangre siguen planteando un riesgo de transmisión del VIH en algunos países de la región, aunque se están realizando esfuerzos para ampliar hasta la cobertura completa el análisis sistemático de la sangre y los procedimientos estériles en los centros de atención sanitaria. Además, preocupa que el virus pueda estar propagándose de forma inadvertida entre varones que tienen relaciones sexuales con varones. Las relaciones sexuales entre varones son ilegales y están condenadas de

forma general en la región, y la falta de vigilancia hace que el conocimiento de las tendencias de la epidemia en esta población sea escaso.

Europa oriental y Asia central

Europa oriental y Asia central están padeciendo una diversidad de epidemias de VIH. Alrededor de 1,3 millones de personas (intervalo: 860 000-1,9 millones) estaban viviendo con el VIH a finales de 2003, en comparación con cerca de 160 000 en 1995. Se estima que, durante el pasado año, 360 000 personas (intervalo: 160 000-900 000) de la región contrajeron la infección, mientras que 49 000 (intervalo: 32 000-71 000) fallecieron a causa del SIDA. Entre los jóvenes de 15-24 años, el 0,6% de las mujeres (intervalo: 0,4-0,8%) y el 1,3% de los varones (intervalo: 0,9-1,8%) estaban viviendo con el VIH a finales de 2003.

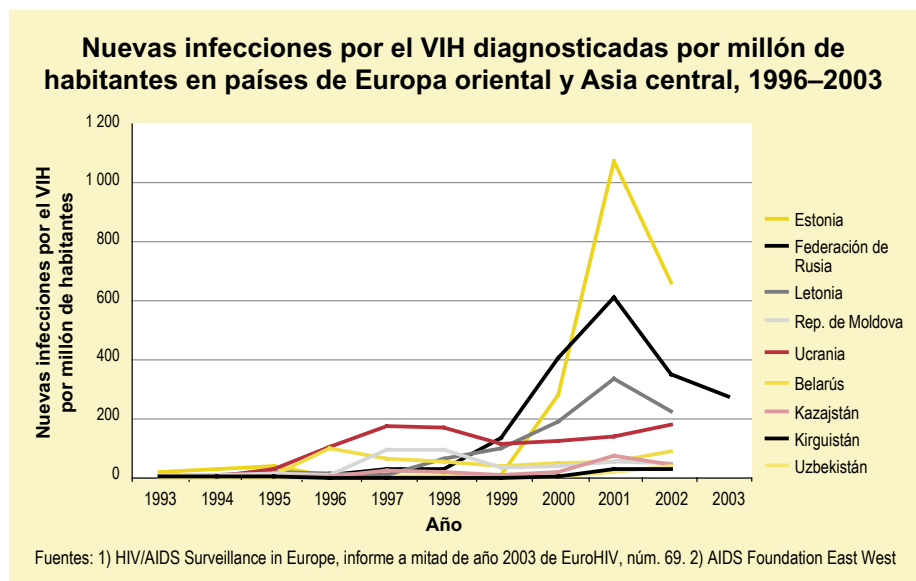
Estonia, Letonia, la Federación de Rusia y Ucrania son los países más afectados de la región, pero el VIH también sigue propagándose en Belarús, Kazajstán y la República de Moldova (véase figura 9). Por ejemplo, en Rusia, el número de nuevos casos registrados en 2000 (56 630) fue casi dos veces mayor que el número acumulativo de casos registrados desde 1987 (French, 2004). Sin embargo, el número de casos notificados disminuyó en 2002 y 2003, debido posiblemente a la saturación de pruebas entre los consumidores de drogas intravenosas y a cambios en los patrones de evaluación.

La principal fuerza impulsora que subyace a las epidemias de toda la región es el consumo de drogas intravenosas, una práctica que se ha propagado de forma explosiva durante los años de cambio turbulento que han seguido a la caída del régimen soviético. Una característica notable es la extrema juventud de las personas infectadas.

Más del 80% de las personas VIH-positivas en esta región son menores de 30 años. Por el contrario, en América del Norte y Europa occidental sólo el 30% de los infectados son menores de esta edad.

La Federación de Rusia tiene el mayor número de personas que viven con el VIH en esta región; según las estimaciones, ese número es de 860 000 (intervalo: 420 000-1,4 millones). El panorama es desigual: bastante más de la mitad de todos los casos de infección por el VIH comunicados proceden de tan sólo 10 de los 89 territorios administrativos. La mayoría de los consumidores de drogas en Rusia son varones. Pero la proporción de mujeres entre los nuevos casos de VIH está creciendo rápidamente (de uno de cada cuatro en 2001 a uno de cada tres sólo un año más tarde). Esta tendencia es más evidente en las zonas de Rusia donde la epidemia lleva más tiempo, lo que parece indicar

Figura 9



que el coito sexual está desempeñando un papel creciente en la transmisión. Los niveles de infección por el VIH entre las mujeres embarazadas de Rusia han aumentado de menos del 0,01% en 1998 al 0,1% en 2002 (un incremento de 10 veces). Sin embargo, en San Petersburgo, la seroprevalencia del VIH aumentó del 0,013% en 1998 al 1,3% en 2002 (un incremento de 100 veces).

En Ucrania, el consumo de drogas intravenosas sigue siendo la principal vía de propagación, aunque la transmisión sexual es cada vez más común, especialmente entre los consumidores de drogas y sus parejas. No obstante, una proporción creciente de quienes han contraído la infección por prácticas sexuales peligrosas no tiene ninguna relación directa con consumidores de drogas.

Recientemente, varios países de Asia central —en particular, Kazajstán, Kirguistán y Uzbekistán— han comunicado cifras crecientes de personas diagnosticadas de VIH, en su mayoría consumidores de drogas intravenosas. Asia central se encuentra en la encrucijada de las principales rutas de tráfico de drogas entre el Este y el Oeste, y se dice que en algunos lugares la heroína es más barata que el alcohol.

En toda la región, las estimaciones y tendencias se basan casi exclusivamente en la notificación de casos por parte de los servicios sanitarios y la policía, ya que no hay dinero ni infraestructuras adecuadas para efectuar una vigilancia sistemática. Esto suscita la preocupación de que el VIH pueda estar propagándose entre personas que no suelen tener contacto con las autoridades o servicios de pruebas. Por ejemplo, se sabe muy poco sobre cómo afecta la epidemia a los varones que tienen relaciones sexuales con varones, ya que las relaciones sexuales entre varones están fuertemente estigmatizadas y rara vez se reconocen. Sin embargo, las relaciones sexuales entre varones constituyen claramente la vía predominante de transmisión del VIH en países de Europa central como la República Checa, la República de Eslovaquia, Eslovenia y Hungría.

América Latina

Más de 1,6 millones de personas (intervalo: 1,2-2,1 millones) están viviendo con el VIH en América Latina. En 2003, unas 84 000 personas (intervalo: 65 000-110 000) fallecieron a causa del SIDA, mientras que otras 200 000 (intervalo: 140 000-340 000) contrajeron la infección. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,5% de las mujeres (intervalo: 0,4-0,6%) y el 0,8% de los

varones (intervalo: 0,6-0,9%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

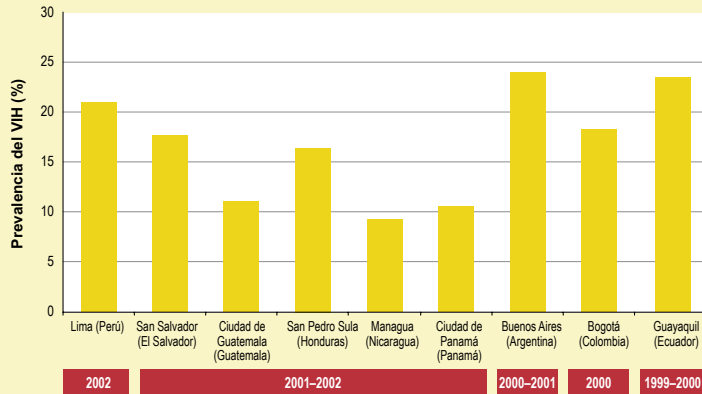
En América Latina, la infección por el VIH, más que ser generalizada, tiende a concentrarse preferentemente en grupos de población con un riesgo particular. En la mayoría de los países de América del Sur, casi todas las infecciones están causadas por equipos de inyección de drogas contaminados o por relaciones sexuales entre varones. Las bajas prevalencias nacionales ocultan algunas epidemias muy graves. Por ejemplo, en el Brasil —el país más poblado de la región, y que alberga a más de una de cada cuatro de todas las personas que viven con el VIH— la prevalencia nacional es muy inferior al 1%. Pero se han comunicado niveles de infección superiores al 60% entre consumidores de drogas intravenosas de algunas ciudades. Además, el panorama varía considerablemente de una parte del país a otra. En Puerto Rico, más de la mitad de todas las infecciones ocurridas en 2002 se asociaron al consumo de drogas intravenosas, y más de una cuarta parte se transmitió por vía heterosexual.

En América central, el consumo de drogas intravenosas desempeña un papel menos importante, y el virus se propaga mayoritariamente por vía sexual. Un estudio internacional reciente ha indicado que la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo varía desde menos del 1% en Nicaragua, 2% en Panamá, 4% en El Salvador y 5% en Guatemala hasta más del 10% en Honduras.

Entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los niveles de infección por el VIH parecen ser uniformemente altos, y oscilan desde el 9% en Nicaragua hasta el 18% en El Salvador (véase figura 10).

Las relaciones sexuales entre varones también constituyen la vía predominante de transmisión en diversos países, especialmente Colombia y el Perú. Sin embargo, las condiciones parecen idóneas para que el virus se propague de forma más generalizada, dado que un gran número de varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres. El Perú es un caso que

Prevalencia del VIH entre varones que tienen relaciones sexuales con varones en América Latina, 1999–2002



Fuentes: 1) Datos de Lima: HIV Infection and AIDS in Americas: lessons and challenges for the future. Provisional Report MAP/EpiNet, 2003 (2) Datos de San Salvador, Ciudad de Guatemala, San Pedro Sula, Managua y Ciudad de Panamá: Multicenter study of HIV/STD prevalences and socio-behavioral patterns, PASCA/USAID (3) Datos de Buenos Aires: Avila, M., M. Vignoles, S. Maulen, et al., HIV Seroincidence in a Population of Men Having Sex with Men from Buenos Aires, Argentina (4) Datos de Bogotá: MS/INS/LCLCS/NMRCO 2000 study (5) Datos de Guayaquil: Guevara J., Suarez P., Albuja C. y col. Seroprevalencia de infección por VIH e Grupos de Riesgo en Ecuador. Revista medica del Volzandes. Vol 14, No.17-10, 2002

Figura 10

merece destacarse: en una encuesta entre varones y mujeres jóvenes (18-29 años), el 9% de los varones indicó que al menos una de sus tres últimas parejas sexuales había sido un varón, y no habían utilizado preservativos en el 70% de estos contactos.

El Caribe

Más de 430 000 (intervalo: 270 000-760 000) están viviendo con el VIH en el Caribe. En 2003, unas 35 000 personas (intervalo: 23 000-59 000) fallecieron por SIDA y 52 000 (intervalo: 26 000-140 000) contrajeron la infección. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 2,9% de las mujeres (intervalo: 2,4-5,8%) y el 1,2% de los varones (intervalo: 1,0-2,2%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

De los siete países de la región, tres presentan niveles nacionales de prevalencia del VIH de como mínimo el 3%: Bahamas, Haití y Trinidad y Tabago. Barbados tiene una prevalencia del VIH del 1,5% (intervalo: 0,4-5,4%) y Cuba, muy por debajo del 1%. La epidemia del Caribe es predominantemente heterosexual y, en muchos lugares, se concentra en profesionales del sexo. Pero el virus también se está propagando entre la población general. El país más afectado es Haití, donde la prevalencia nacional se sitúa en torno al 5,6% (intervalo: 2,5-11,9%). Sin embargo, la propagación del

VIH es desigual: la vigilancia centinela revela tasas de prevalencia que van desde el 13% en el noroeste del país hasta el 2-3% en el sur.

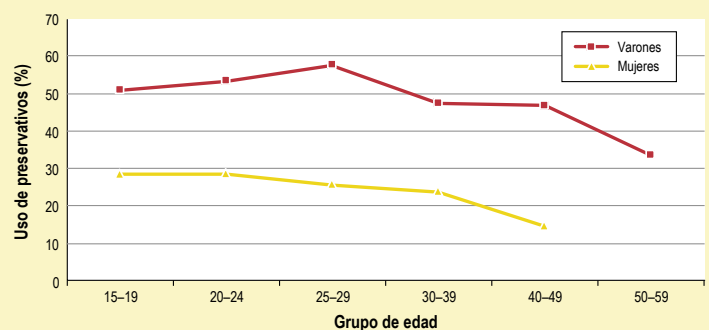
Haití comparte la isla La Española con la República Dominicana, que también presenta una grave epidemia de VIH. Sin embargo, en la República Dominicana la elevada prevalencia de hace algunos años ha ido disminuyendo gracias a esfuerzos de prevención eficaces que han alentado a las personas a reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de preservativos (véase figura 11). Más del 50% de los varones de 15-29 años utilizan preservativos con parejas con las que no cohabitan. En la capital, Santo Domingo, la prevalencia entre mujeres embarazadas descendió desde aproximadamente el 3% en 1995 hasta menos del 1% a finales de 2003. Pero todavía siguen comunicándose niveles elevados en otras partes, que oscilan entre menos del 1% a casi el 5%. En 2000, la prevalencia del VIH en profesionales femeninas del sexo variaba desde el 4,5% en el centro turístico de La Romana, en la provincia oriental, hasta el 12,4% en la provincia sureña de Bani.

Países ricos

Se estima que 1,6 millones de personas (intervalo: 1,1-2,2 millones) están viviendo con el VIH en los países de ingresos elevados. En 2003, aproximadamente 64 000 personas (intervalo: 34 000-

Figura 11

Uso de preservativos con una pareja en no cohabitación, República Dominicana, 2002



Fuente: Encuestas demográficas y de salud de la República Dominicana, 2002

140 000) contrajeron la infección y 22 000 (intervalo: 15 000-31 000) fallecieron a causa del SIDA. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0,1% de las mujeres (intervalo: 0,1-0,2%) y el 0,2% de los varones (intervalo: 0,2-0,3%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

En los países de ingresos elevados, a diferencia de otras partes, la gran mayoría de las personas que necesitan tratamiento antirretrovírico tienen acceso a él. Esto significa que sobreviven y se mantienen saludables durante más tiempo que las personas infectadas de otros lugares. En los Estados Unidos de América, las defunciones por SIDA han seguido disminuyendo porque las personas VIH-positivas tienen un acceso generalizado a terapia antirretrovírica. En 2002 se comunicaron 16 371 defunciones por esa enfermedad, lo que supone un descenso respecto a las 19 005 ocurridas en 1998. En Europa occidental, el número de defunciones notificadas entre pacientes con SIDA también ha continuado a la baja: de 3373 en 2001 a 3101 en 2002.


En los Estados Unidos, aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones comunicadas en los últimos años ha correspondido a afroamericanos. Este grupo representa el 12% de la población, pero su prevalencia del VIH es 11 veces mayor que la de la población blanca.

En junio de 2000, en la ciudad de Nueva York se inició un nuevo sistema de seguimiento de la epidemia. El sistema añadió la notificación de infecciones por el VIH al sistema preexistente de notificación de casos de SIDA. Un análisis recién publicado del primer año completo de datos desde 2001 ha revelado que más del 1% de la población

adulta de la ciudad y casi el 2% de la de Manhattan son VIH-positivos.

En muchos países ricos, las relaciones sexuales entre varones desempeñan un papel importante en la epidemia. Por ejemplo, son la vía más común de transmisión en Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, los Estados Unidos, Grecia y Nueva Zelanda.

En los últimos años, la transmisión heterosexual en el mundo industrializado ha aumentado de forma espectacular. En algunos países de Europa occidental, incluidos Bélgica, Noruega y el Reino Unido, el incremento en las infecciones transmitidas por vía heterosexual afecta preferentemente a personas originarias de países con epidemias generalizadas, sobre todo de África subsahariana. Puesto que los países de Europa occidental con las epidemias más importantes (España e Italia) todavía no tienen sistemas nacionales de notificación del VIH, no está claro si esta tendencia también se está manifestando en otras partes de la región.

El consumo de drogas intravenosas tiene un papel variable en la propagación del VIH en los países de ingresos elevados. En 2002, representó más del 10% de todas las infecciones comunicadas por el VIH en Europa occidental (en Portugal fue responsable de más del 50% de los casos). En el Canadá y los Estados Unidos, aproximadamente el 25% de las infecciones por el VIH se atribuye al consumo de drogas intravenosas. Las infecciones transmitidas por equipos de inyección contaminados son particularmente frecuentes entre las poblaciones indígenas, que son a menudo los habitantes más pobres y más marginados del mundo industrializado. 

El impacto del **SIDA** sobre las personas y sociedades

Las mujeres, más vulnerables al VIH que los varones

El impacto del SIDA en las mujeres es muy acusado, sobre todo en las zonas del mundo donde las relaciones heterosexuales constituyen la principal vía de transmisión del VIH. En África subsahariana, las mujeres tienen un 30% más de probabilidades de ser VIH-positivas que los varones. La diferencia en los niveles de infección entre varones y mujeres es aún más notable en el caso de los jóvenes. Diversos estudios de base poblacional indican que, en promedio, las mujeres africanas de 15-24 años tienen una probabilidad 3,4 veces mayor de estar infectadas que sus homólogos masculinos.

El riesgo procede de los esposos y amantes

El matrimonio y otras relaciones monógamas a largo plazo no protegen del VIH a las mujeres. En Camboya, varios estudios recientes comprobaron que el 13% de los varones urbanos y el 10% de los rurales tenían relaciones sexuales tanto con profesionales del sexo como con sus esposas o amigas habituales. Asimismo, la Encuesta demográfica y de salud realizada en el país en 2000 constató que sólo el 1% de las mujeres casadas había utilizado preservativos durante el último coito con sus esposos (Instituto Nacional de Estadística de Camboya/Orc International, 2000).

Es evidente el riesgo de este comportamiento para las esposas y amigas íntimas. En Tailandia, un estudio de 1999 demostró que el 75% de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas probablemente por sus esposos. Casi la mitad de esas mujeres indicaron que las relaciones heterosexuales con sus esposos eran el único factor de riesgo de VIH (Xu *et al.*, 2000). En ciertos contextos parece que el matrimonio aumenta de hecho el riesgo de VIH en las mujeres. En algunos países de África, las adolescentes de 15-19 años casadas tienen mayores niveles de infección por el VIH que las mujeres de la misma edad no casadas pero sexualmente activas (Glynn *et al.*, 2001).

Violencia y VIH

El riesgo de transmisión del VIH aumenta durante las relaciones sexuales violentas o forzadas. Las abrasiones causadas por la penetración vaginal o anal forzada facilitan la entrada del virus, especialmente en el caso de las muchachas adolescentes. Además, en estas situaciones no suelen utilizarse preservativos. En algunos países, una de cada cinco mujeres comunica violencia sexual por parte de una pareja íntima, y hasta el 33% de las muchachas afirma que su primera relación sexual fue forzada (OMS, 2001).

Impacto del VIH sobre las mujeres y muchachas en la comunidad y el hogar

Las mujeres pueden dudar de solicitar la prueba del VIH o no volver para buscar los resultados porque temen que la revelación de su estado seropositivo conduzca a violencia física, expulsión del hogar u ostracismo social. Los estudios realizados en muchos países, especialmente en África subsahariana, han comprobado que estos temores están bien fundamentados (Human Rights Watch, 2003). En Tanzania, un estudio sobre servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias en la capital puso de manifiesto que, después de la revelación, sólo el 57% de las mujeres que resultaron VIH-positivas recibieron apoyo y comprensión por parte de sus parejas (Maman *et al.*, 2002).

Las muchachas jóvenes pueden abandonar la escuela para atender a los padres enfermos, ocuparse de las tareas domésticas o cuidar a los hermanos más pequeños. Después del fallecimiento de un cónyuge, la madre tiene mayores probabilidades que el padre de seguir cuidando a sus hijos, y las mujeres están más predispuestas a adoptar huérfanos. Las mujeres ancianas a menudo soportan la carga asistencial cuando sus hijos adultos caen enfermos. Más tarde, tal vez tengan que convertirse en los padres suplentes para sus nietos desvalidos (HelpAge, 2003). El estigma y la discriminación relacionados con el SIDA conducen con frecuencia al aislamiento social de las mujeres ancianas que cuidan a huérfanos y niños enfermos, y se les niega todo apoyo psicosocial y económico.

Cuando las parejas o los padres fallecen a causa del SIDA, las mujeres pueden quedar sin tierra, hogar u otros bienes. Por ejemplo, en una encuesta efectuada en Uganda, una de cada cuatro viudas indicó que se le había arrebatado su propiedad después del fallecimiento del esposo (UNICEF, 2003). También es posible que se impida a las mujeres utilizar su propiedad o herencia para el provecho de la familia, lo que, a su vez, merma su capacidad para obtener préstamos o subvenciones agrícolas. La negación de estos derechos humanos básicos aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y niñas a la explotación sexual, el abuso y el VIH.

El impacto del SIDA sobre las personas y sociedades

«El desarrollo humano significa crear un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses (...) Las capacidades esenciales para el desarrollo humano son vivir una vida larga y sana, adquirir conocimientos, tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel de vida decoroso y poder participar en la vida de la comunidad. Sin ellas, sencillamente no se dispone de muchas opciones ni se llega a tener acceso a muchas oportunidades que brinda la vida.» (PNUD, 2001)

Tanto en contextos de alta como de baja prevalencia, el VIH y el SIDA están socavando el desarrollo humano. Por consiguiente, es necesario examinar la dinámica de la epidemia desde una perspectiva del desarrollo humano. Esto significa enfocar el análisis y las recomendaciones de política en las personas más que en el virus.

A nivel mundial, la epidemia sigue actuando como un arma devastadora para los individuos y las familias. En los países más afectados está erosionando décadas de progreso económico, social y sanitario, y ha reducido la esperanza de vida en más de dos decenios, ha frenado el crecimiento económico, ha agudizado la pobreza y ha favorecido y exacerbado la escasez crónica de alimentos.

En los países de África subsahariana con una alta prevalencia, la epidemia está teniendo repercusiones muy graves en los hogares y comunidades. La mayoría de los estudios pone de manifiesto un impacto macroeconómico aparentemente discreto, de modo que esos países están perdiendo en promedio entre el 1% y el 2% de su crecimiento económico anual. Pero los efectos resultantes sobre los ingresos y gastos de los gobiernos debilitarán la capacidad de éstos para emprender una respuesta eficaz y, de hecho, para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Los países de África meridional se enfrentan a una crisis creciente de capacidad humana. Ya estaban

perdiendo personal calificado esencial para que los gobiernos suministren servicios públicos básicos, y ahora el SIDA no hace sino exacerbar esta crisis. Cada vez más, los países son incapaces de cumplir sus compromisos actuales de servicio social, y mucho menos de movilizar el personal y los recursos necesarios para una respuesta eficaz.

En algunos países de África meridional, la prevalencia del VIH sigue creciendo más allá de los niveles que anteriormente se habían creído posibles. Esto significa que en los países afectados se necesitan con más urgencia que nunca respuestas multisectoriales extraordinarias. Con el fin de vislumbrar el futuro, el ONUSIDA y sus asociados han emprendido el proyecto «El SIDA en África: escenario hipotético para el futuro», una iniciativa innovadora que aprovecha el conocimiento experto en creación de marcos hipotéticos ofrecido por la Global Business Environment Division de Shell International Limited y en la que participan 50 personas africanas de todos los estamentos. Se están desarrollando escenarios alternativos para el año 2025 considerando las dinámicas subyacentes del SIDA que configuran las economías y sociedades. El proyecto pretende ayudar a los formuladores de políticas a evaluar sus postulados y acciones actuales, y a adaptar su curso para orientar de forma más positiva el futuro.

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

El impacto sobre los países se agravará antes de mejorar

- Más del 40% de los países con epidemias generalizadas deben evaluar aún el impacto socioeconómico del SIDA. Esto dificulta los esfuerzos fundamentales necesarios para mitigar las consecuencias de la epidemia para las familias, las comunidades y la sociedad en general, así como para el desarrollo humano.
- El 39% de los países con epidemias generalizadas de VIH no dispone de políticas nacionales para proporcionar apoyo básico a los niños que han quedado huérfanos o vulnerables por el SIDA. En los países de ingresos bajos o medianos, menos del 3% de todos los niños huérfanos y vulnerables reciben servicios apoyados públicamente.
- En los países más afectados de África subsahariana, el impacto demográfico de la epidemia sobre la estructura de la población implica que si las tasas de infección siguen al ritmo actual y no se implantan programas de tratamiento de gran alcance, hasta el 60% de los jóvenes que ahora tienen 15 años no alcanzarán su sexagésimo aniversario.

Fuente: Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, ONUSIDA, 2003; Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, Policy Project, 2004; Timaeus y Jassen, 2003.

El impacto sobre la población y la estructura demográfica

África subsahariana tiene la prevalencia del VIH más elevada del mundo, y se enfrenta a su mayor impacto demográfico. En los países más afectados de África oriental y meridional, la probabilidad de que un adolescente de 15 años fallezca antes de alcanzar la edad de 60 años ha aumentado de forma impresionante. En algunos países, hasta el 60% de los jóvenes que ahora tienen 15 años no cumplirán su sexagésimo aniversario (Timaeus y Jassen, 2003).

El impacto del VIH sobre la mortalidad en adultos alcanza su cota máxima entre los 20 y los 30 años, y proporcionalmente es mayor en las mujeres que en los varones. En los países de ingresos bajos y medianos, las tasas de mortalidad de las personas de 15-49 años que viven con el VIH son actualmente 20 veces mayores que las de las personas con el VIH en los países industrializados. Esto guarda relación con las diferencias abismales que existen en el acceso a la terapia antirretrovírica. En los países de ingresos bajos y medianos, la mortalidad varía generalmente entre dos y cinco defunciones por 1000 personas-años entre los individuos en la segunda y tercera décadas de vida. Sin embargo, las personas infectadas por el VIH en esos grupos de edad presentan tasas de mortalidad de 25-120 por 1000 personas-años, que llegan hasta 90-200 por 1000 personas-años entre los individuos de 40-50 años (Porter y Zaba, 2004).

Hasta hace poco, los países de ingresos bajos y medianos habían prolongado de forma significativa su esperanza de vida. No obstante, desde 1999, como consecuencia principalmente del SIDA, la esperanza de vida promedio ha descendido en 38 países. En siete países africanos donde la prevalencia del VIH supera el 20%, la esperanza de vida promedio de una persona nacida entre 1995 y 2000 es actualmente de 49 años, 13 años menos que en ausencia del SIDA. En Swazilandia, Zambia y Zimbabwe cabe prever que, a falta de tratamiento antirretrovírico, la esperanza de vida promedio de las personas nacidas durante la próxima década disminuya por debajo de los 35 años (División de Población de las Naciones Unidas, 2003).

A menos que la respuesta al SIDA se refuerce drásticamente, en 2025, 38 países africanos tendrán

Figura 12

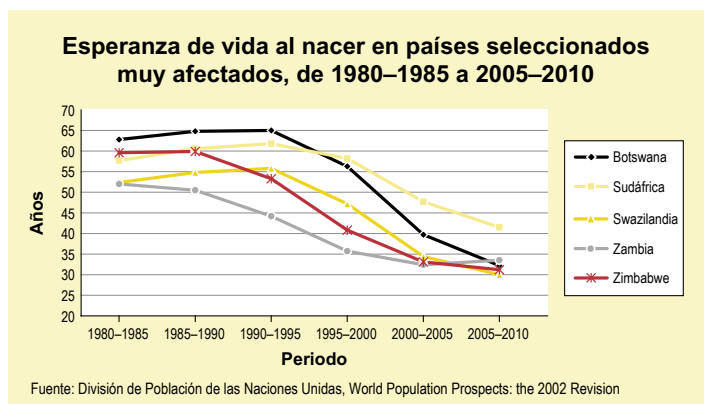
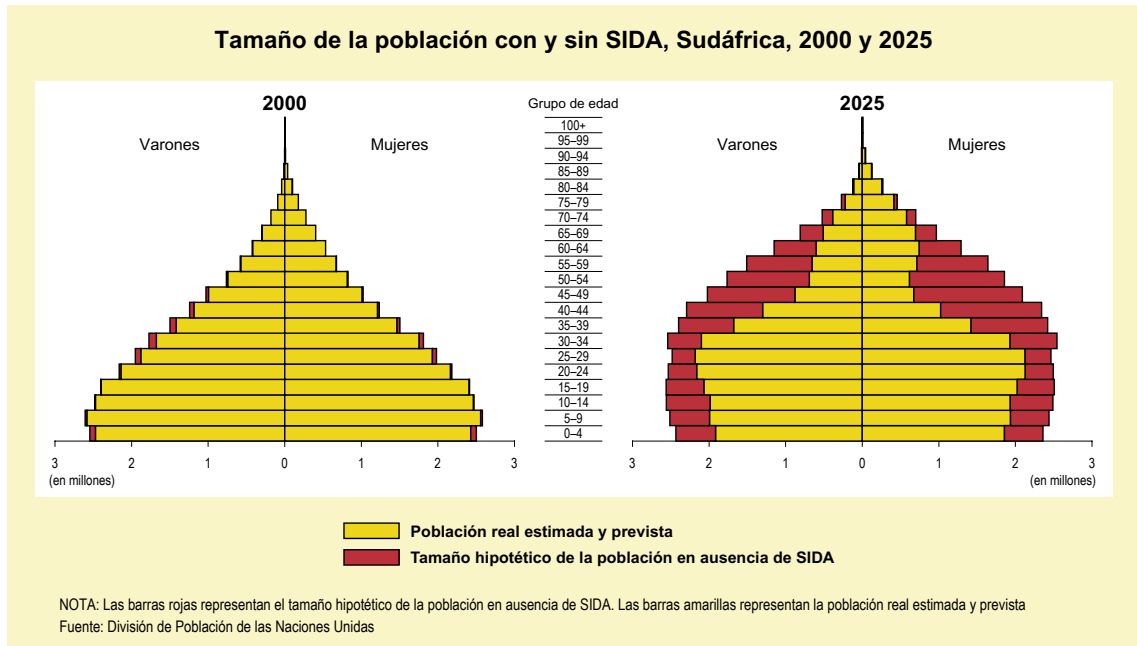


Figura 13



poblaciones un 14% menores de lo previsible en ausencia del SIDA. En los siete países donde la prevalencia supera el 20%, las proyecciones indican que la población será más de un tercio menor a causa de la epidemia (División de Población de las Naciones Unidas, 2003).

El VIH no se distribuye por igual entre las poblaciones nacionales. Muy al contrario, afecta principalmente a los jóvenes, y en particular a las mujeres. Esto significa que la epidemia está alterando profundamente las estructuras familiares y demográficas de los países más afectados. En condiciones normales, las poblaciones nacionales pueden describirse gráficamente como una pirámide. A medida que madura la epidemia en los países de alta prevalencia, aparecen nuevas tendencias. Por ejemplo, si la epidemia de Sudáfrica sigue el curso actual, la estructura de su población se distorsionará: habrá muchas menos personas en la edad adulta media, y menos mujeres que varones de 30-50 años.

Las mujeres, más afectadas que los varones

El impacto de la epidemia sobre las mujeres y muchachas es especialmente acusado. La mayoría de las mujeres en los países más afectados se

enfrenta a graves desventajas económicas, jurídicas, culturales y sociales, que incrementan aún más su vulnerabilidad al impacto de la epidemia (véanse los recuadros que aparecen al comienzo de cada capítulo).

En muchos países, las mujeres son las cuidadoras, productoras y protectoras de la vida familiar. Esto significa que soportan la carga más pesada del SIDA. Las familias pueden retirar a las muchachas de la escuela para que cuiden a parientes enfermos con el VIH. Las mujeres ancianas deben sobrellevar a menudo la carga asistencial cuando enferman sus propios hijos adultos. Más tarde pueden convertirse en los padres suplentes de sus nietos desvalidos. Las mujeres jóvenes que enviudan a causa del SIDA pueden perder su tierra y sus propiedades después del fallecimiento del esposo, independientemente de que existan o no leyes de sucesión concebidas para protegerlas. A menudo recae sobre las viudas la responsabilidad de ganarse el sustento de la familia, y tal vez no sean capaces de arreglárselas por sí solas. En consecuencia, algunas se ven obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de alimentos u otros productos básicos.

Cuando enferma el cabeza de familia masculino, las mujeres invariablemente asumen las nuevas tareas asistenciales. Cuidar a un paciente de SIDA

es arduo y exige mucho tiempo, y más aún cuando esto se suma a otras obligaciones domésticas. La carga de los cuidadores es especialmente pesada cuando hay que ir a buscar el agua lejos y las tareas de lavado y saneamiento no pueden efectuarse en casa o cerca de ella. Sudáfrica ilustra de forma fehaciente este problema. Es uno de los países más desarrollados del continente. Sin embargo, una encuesta de 2002 en hogares afectados por el SIDA puso de manifiesto que menos de la mitad tenían agua corriente en la vivienda y que casi una cuarta parte de los hogares rurales carecían de aseo (Steinberg *et al.*, 2002).

El estigma tiene repercusiones concretas para las personas que viven con el VIH. El apoyo y la solidaridad de la familia no pueden darse por supuestos. Una mujer que revele su estado serológico respecto al VIH puede ser estigmatizada y rechazada por la familia. En la mayoría de los casos, las mujeres son los primeros miembros de la familia a quienes se diagnostica el VIH, y pueden ser acusadas de propagar el virus al resto de sus componentes.

El impacto del SIDA sobre la pobreza y el hambre

A nivel nacional, los efectos económicos y demográficos de la epidemia han recibido una atención sustancial por parte de los medios de comunicación y el mundo académico. No obstante, el impacto a menudo catastrófico de la epidemia sobre los hogares afectados por el VIH merece un mayor esfuerzo de análisis y política. En algunos de los países más afectados, antes incluso de que la epidemia de SIDA empezara a mostrar su impacto, los niveles de vida de los pobres ya se estaban deteriorando notablemente. La epidemia conduce esos hogares hasta el extremo de la miseria.

Por ejemplo, en la dubitativa economía de Zambia, el PIB por habitante disminuyó más del 20% entre 1980 y 1999 (de US\$ 505 a US\$ 370). Durante el mismo periodo, la ingesta diaria promedio de calorías por persona descendió de 2273 a 1934 (UNCTAD, 2002). En medio de este deterioro progresivo, los hogares pobres tienen una capacidad limitada para superar nuevas adver-

sidades. Tampoco hay recursos para ayudar a otros. Muchos de esos hogares no sobreviven. Después del fallecimiento de uno o ambos padres, los niños se reparten entre los parientes o miembros de la comunidad.

La naturaleza y gravedad del VIH en un hogar dependen del alcance e intensidad de la epidemia circundante. En el momento actual, los hogares de África subsahariana son los más afectados por el SIDA. Pero la epidemia no discrimina. Asola hogares y comunidades en todas partes, incluso en países con una prevalencia nacional comparativamente baja. Por ejemplo, un estudio efectuado para el Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China halló impactos económicos y psicológicos significativos en las familias afectadas por el SIDA. También puso de manifiesto la necesidad de aumentos rápidos en el gasto del sector sanitario (Yuan *et al.*, 2002).

Durante los últimos 10-15 años, muchos de los servicios sociales de los países más afectados han cerrado sus puertas o han pasado a ser menos accesibles, los niveles de ingresos y de empleo formal se han desplomado, y las guerras y las migraciones masivas de población han desbaratado la estabilidad social. En toda África subsahariana, aparte del SIDA, están aumentando otras enfermedades potencialmente mortales, como la tuberculosis y el paludismo. En este contexto de deterioro progresivo, los hogares y comunidades pobres están luchando con todas sus fuerzas para afrontar la epidemia (Mutangadura, 2000).

¿Cómo afecta a los hogares el impacto del SIDA?

En los últimos años, han aumentado los niveles de prevalencia de muchos países de África meridional. Además, empieza a hacerse visible el impacto de una elevada prevalencia y a largo plazo en África oriental, impacto que supone a menudo una conmoción extrema para los hogares afectados que luchan contra estas crisis.

- El SIDA causa la pérdida de ingresos y producción de un miembro de la familia. Si la persona infectada es el único sostén económico, el impacto es especialmente grave.

- El SIDA crea necesidades asistenciales extraordinarias que deben cubrirse (lo que significa generalmente que otros miembros de la familia abandonen la escuela o el trabajo para cuidar a los enfermos).
- El SIDA aumenta los gastos familiares como consecuencia de los costos médicos, de los funerales y los entierros, así como de otros desembolsos relacionados (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2003a).

Los hogares pobres corren un riesgo especial de perder su viabilidad económica y social, lo que, en último extremo, supondrá su disolución y la migración de los niños a otras partes (Rugalema, 2000; Akintola y Quinlan, 2003). Los hogares afectados por el SIDA también parecen tener mayores probabilidades de sufrir pobreza extrema que los hogares no afectados, y los padres ancianos que pierden a sus hijos adultos a causa del SIDA son excepcionalmente proclives a la indigencia (Rugalema, 1998).

Pérdida de ingresos

En los años 1990, un estudio comparativo hizo un seguimiento de 300 hogares afectados por el SIDA en Burundi, Côte d'Ivoire y Haití. Se observó un descenso progresivo en el número de miembros económicamente activos por hogar. Esto iba seguido habitualmente por una reducción del consumo doméstico por habitante (División de Población de las Naciones Unidas, 2003). En Sudáfrica y Zambia, varios estudios de hogares

afectados por el SIDA —la mayoría ya pobres de por sí— pusieron de manifiesto que el afrontamiento de las enfermedades relacionadas con el SIDA se traducía en un descenso de los ingresos mensuales del 66-80% (Steinberg *et al.*, 2002; Barnett y Whiteside, 2002). En Tailandia, un estudio de 1997 encontró que, cuando fallecía por SIDA una persona con empleo estable, la pérdida de ingresos domésticos durante toda la vida era más de un 20% superior a la de hogares con defunciones no relacionadas con el SIDA (Pitayanon *et al.*, 1997).

Inseguridad alimentaria

Entre 1999 y 2001, la desnutrición afectó a 842 millones de personas en todo el mundo, el 95% de ellas en países de ingresos bajos y medianos. África subsahariana acoge al 11% de la población mundial y el 24% de las personas desnutridas. Esto significa que la epidemia se está propagando en un contexto dominado por la malnutrición crónica y la inseguridad alimentaria.

En realidad, el SIDA está intensificando la escasez de alimentos crónica. La epidemia causa la pérdida de mano de obra agrícola y agota los ingresos de familias que en una situación normal podrían adquirir alimentos. En Zambia, las investigaciones indican que los hogares más pobres económicamente activos dependen en gran medida de los ingresos en metálico para la compra de alimentos (Grupo de Economía Alimentaria, 2001). Cuando aumenta el precio de los alimentos, las familias pobres son las más perjudicadas.

Mayores necesidades en la « economía asistencial y doméstica »

«Economía asistencial y doméstica» es el término que se utiliza para denominar el trabajo no remunerado que se realiza en casa, generalmente a cargo de las mujeres. A medida que la epidemia se agudiza cada vez más, la carga de trabajo no remunerado de las mujeres aumenta de forma abrumadora. Se estima que, en África subsahariana, el 90 % de los cuidados relacionados con el SIDA tiene lugar en los hogares, lo que supone una presión extraordinaria sobre las mujeres que deben cuidar a los hijos y obtener algunos ingresos o mantener cultivos de subsistencia. Para ayudarles a afrontar la situación, los cuidadores necesitan programas de apoyo, así como políticas nacionales y macroeconómicas concebidas para mitigar estos impactos. La carga asistencial también debería redistribuirse entre hombres y mujeres (Ogden y Esim, 2003) (véase el capítulo «Finanzas»).

En los países con una alta prevalencia del VIH se ha creado un círculo vicioso entre escasez de alimentos, malnutrición y SIDA (FAO, 2001). En Zimbabwe, la prevalencia del VIH en la población adulta es aproximadamente del 25%. En 2000, el SIDA arrebató al país entre el 5% y el 10% de su fuerza laboral agrícola. La FAO proyecta que, en 2020, la pérdida de mano de obra agrícola se acercará al 25%. En Malawi, los hogares en los que habían fallecido mujeres menores de 60 años tenían el doble de probabilidades de experimentar un déficit alimentario, en comparación con hogares en los que habían fallecido varones de la misma edad (SADC, 2003). En Uganda, las investigaciones realizadas durante los años 1990 demostraron que la inseguridad alimentaria y la malnutrición eran los problemas más graves para muchos hogares afectados por el SIDA y encabezados por mujeres.

millones de personas necesitaron ayuda alimentaria de emergencia a causa de hambrunas generalizadas, tanto agudas como crónicas. En esencia, la epidemia de África meridional ofrece un ejemplo vívido del efecto amplificador del SIDA sobre la pobreza, las desigualdades por razón de sexo y la debilidad de las instituciones nacionales.

Al principio, la escasez de alimentos fue la consecuencia de unas condiciones climatológicas calamitosas y una serie de errores de política y gobierno que influyeron negativamente en la producción de alimentos antes de que estallara la crisis (Harvey, 2003; Wiggins, 2003). El SIDA agravó aún más la situación. En Malawi, Zambia y Zimbabwe, los hogares con adultos enfermos crónicos, defunciones recientes y huérfanos sufrieron reducciones notables en la producción agrícola y la generación de ingresos (SADC, 2003).

«En toda la región, la gente camina por un fino alambre entre la vida y la muerte. La combinación de hambre generalizada, pobreza crónica y pandemia de VIH/SIDA es devastadora y puede conducir pronto a una catástrofe. Las insuficiencias de las políticas y la mala administración no han hecho sino exacerbar una situación ya grave de por sí.»

- James Morris, Director Ejecutivo, Programa Mundial de Alimentos, julio de 2002.

La inseguridad alimentaria es especialmente perjudicial para las personas que viven con el VIH, ya que esas personas necesitan más calorías que los individuos no infectados. Además, las personas malnutridas e infectadas por el VIH progresan con mayor rapidez al SIDA (Harvey, 2003). Los programas generales de seguridad alimentaria y nutrición deben incorporar medidas específicas de prevención del VIH, asistencia nutricional y mitigación del SIDA (FAO, 2003c).

La crisis alimentaria de África meridional

Las crisis alimentarias que asolaron África meridional durante 2002-2003 ilustran el impacto potencial futuro de la epidemia en los países más afectados. En seis de los 10 países con la máxima prevalencia –Lesotho, Malawi, Mozambique, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe–, más de 15

Cómo responden los hogares

Los hogares abordan la devastación de la epidemia de formas muy diversas. En Kagera (Tanzania), los hogares que habían sufrido una pérdida incorporaban como mínimo a otro miembro, quizá por la disposición de la familia extensa a prestar ayuda (Banco Mundial, 1999). En otras partes, como en Rakai (Uganda), los hogares se reducían de forma considerable –posiblemente porque los niños quedaban bajo la tutela de parientes– o los adultos dejaban de buscar empleo (Banco Mundial, 1999).

El impacto doméstico del SIDA puede ser especialmente acusado cuando la persona infectada es una mujer adulta. En todos los países de ingresos bajos y medianos, las mujeres y muchachas asumen la mayor parte del trabajo de transmisión social. Alimentan y crían a los hijos, se ocupan de las labores domésticas y cuidan a los enfermos. En

El SIDA exagera la crisis alimentaria: una conmoción de otra naturaleza

Los hogares y familias afectados por el SIDA experimentan de forma distinta los periodos de hambruna y falta de alimentos. Normalmente, las crisis alimentarias pueden preverse con una cierta antelación. Dentro de los límites de sus recursos y oportunidades, la mayoría de las familias puede aprovechar experiencias pasadas y conocimientos transmitidos de generaciones anteriores para asegurar su futura viabilidad.

Sin embargo, los hogares afectados por el SIDA tienen una capacidad reducida de abordar la situación. Por ejemplo, el SIDA suele concentrarse en núcleos familiares, y generalmente afecta a individuos que se encuentran en las etapas más productivas y en edad reproductiva de la vida. Después se infectan las parejas y los hijos, que son incapaces de compensar la enfermedad del sostén principal o de los cuidadores de la familia (Baylies, 2002). Debido a la enfermedad, es posible que las familias planten cultivos que requieren menos trabajo pero que no producen ingresos en efectivo, de modo que disponen de menos dinero para comprar alimentos. Asimismo, los alimentos almacenados pueden ser menos nutritivos. El cuidado de los familiares enfermos tiende a reducir aún más la capacidad de buscar otras fuentes de sustento.

las sociedades definidas por sistemas de migración de mano de obra extensiva –incluidos muchos de los países más afectados por la epidemia de SIDA en África meridional–, las mujeres constituyen la cabeza visible de la mayoría de los hogares, sobre todo en las zonas rurales. En Sudáfrica, un estudio puso de relieve que casi las tres cuartas partes de los hogares afectados por el SIDA estaban encabezados por mujeres. Una proporción significativa de esas mujeres estaba luchando, además, contra enfermedades relacionadas con el SIDA (Steinberg *et al.*, 2002).

En Manicaland (Zimbabue), cuando una mujer fallece por SIDA, el hogar se disuelve en dos de cada tres casos (Mutangadura, 2000). Gran parte de la carga generada por el fallecimiento de una mujer adulta pasa a otras mujeres, generalmente

Family Health International reveló que aproximadamente uno de cada cinco niños de familias afectadas por el SIDA había empezado a trabajar durante los seis meses previos con el fin de ayudar a la familia. Uno de cada tres había proporcionado cuidados o asumido tareas domésticas importantes. Muchos habían dejado la escuela, habían sacrificado sus propias necesidades de comida y ropa, o habían sido enviados lejos de su hogar. Además, todos los niños estaban expuestos a altos niveles de estigma y estrés psicosocial. Las muchachas eran más vulnerables que los muchachos.

La respuesta de un hogar afectado por el SIDA depende de los recursos que pueda conseguir. Las familias agotan sus ahorros y, en la medida de lo posible, piden dinero prestado o buscan el apoyo de la familia extensa (FAO, 2003a). Es frecuente,

«El SIDA socava la capacidad de adaptación de la que dependen los hogares y comunidades para afrontar los periodos difíciles. Ante una conmoción externa, los hogares pobres responden con una diversidad de estrategias, como modificar las actividades de generación de ingresos y los patrones de consumo, aparte de recurrir al apoyo familiar y comunitario. El SIDA asesta un golpe a los adultos productivos, el componente con mayores probabilidades de resultar útil durante una época de crisis.»

(ONUSIDA, 2003)

ancianas, que aceptan acoger a los niños. Es habitual que la madre de acogida tenga opciones laborales limitadas y dependa de actividades informales y mal remuneradas para cubrir los gastos de la familia recién ampliada (Mutangadura, 2000).

En Camboya, un estudio reciente a cargo de la Alianza de ONG Khmers sobre el VIH/SIDA y

sin embargo, que esos hogares tengan unos ahorros limitados y carezcan de posibilidades de acceder a crédito o seguros. Esto significa que deben confiar exclusivamente en su fuerza laboral para resarcir los ingresos perdidos (Beegle, 2003). Las respuestas domésticas también pueden diferir entre las zonas urbanas y rurales. En contextos urbanos, las familias recurren a menudo a préstamos informales o

gastan sus ahorros. En zonas rurales, suelen vender sus pertenencias, migran o dependen del trabajo de los hijos (Mutangadura, 2000).

Durante las épocas de plantación o cosecha, las consideraciones económicas obligan con frecuencia a las familias pobres a suspender o retrasar la prestación de cuidados con el fin de obtener algunos ingresos o asegurar el sustento de la familia. Si estas consideraciones económicas a corto plazo prevalecen sobre las preocupaciones continuadas de salud, puede resultar amenazada la viabilidad a largo plazo de un hogar (Sauerborn *et al.*, 1996).

Algunos estudios indican que las familias pueden recuperar en parte sus niveles previos de consumo. Esto sugiere que los hogares son capaces de desarrollar gradualmente mecanismos de afrontamiento. Sin embargo, ese afrontamiento tiene lugar en un contexto más amplio de empobrecimiento familiar y exclusión social (Barnett y Whiteside, 2002).

Con frecuencia, los hogares afectados por el SIDA comparten las tareas y obligaciones entre los miembros supervivientes (Barnett y Whiteside, 2002). En Tanzania, las mujeres con esposos enfermos dedican a labores agrícolas o generadoras de ingresos hasta un 45% menos de tiempo del que empleaban antes de que irrumpiera la enfermedad (División de Población de las Naciones Unidas, 2003).

Mayores necesidades de gasto

Para cubrir los mayores costos médicos relacionados con el SIDA, los hogares reducen a menudo el gasto en alimentos, vivienda, ropa y artículos de aseo (Banco Mundial, 1999). En promedio, los gastos relacionados con la asistencia del SIDA pueden absorber un tercio de los ingresos mensuales totales del hogar (Steinberg *et al.*, 2002). En un estudio sudafricano se observó que más del 5% de los hogares afectados por el SIDA se veían obligados a gastar menos en alimentos con el fin de cubrir el aumento de costos. Este hallazgo resulta aún más preocupante porque casi el 50% de los hogares indicaron que ya estaban experimentando carencias alimentarias (Steinberg *et al.*, 2002). En la provincia sudafricana de Free

State, un estudio a largo plazo ha comunicado que los hogares afectados por el SIDA mantienen los gastos en alimentos, salud y alquiler reduciendo los dedicados a ropa y educación (Bachmann y Booysen, 2003). Es frecuente, asimismo, que las familias gasten más en funerales y entierros que en asistencia médica (Banco Mundial, 1999).

Para empeorar aún más las cosas, muchas familias venden bienes con el fin de cubrir los costos asociados al SIDA. La liquidación de bienes suele empezar con la venta de artículos no esenciales, pero puede progresar rápidamente hasta la venta de bienes productivos fundamentales. En Chiang Mai (Tailandia), el 41% de los hogares afectados por el SIDA indicaron que habían vendido tierra, y el 24% estaban endeudados. En hogares rurales de Burkina Faso, la venta de ganado y la reorganización del trabajo doméstico eran las respuestas habituales a una enfermedad grave (Sauerborn *et al.*, 1996). Una vez desposeídos de bienes productivos, disminuyen las posibilidades de que los hogares puedan recuperarse y reconstruir su medio de sustento. Esto conduce al riesgo de un deslizamiento terminal hacia la indigencia y el colapso.

Apoyo comunitario

Los hogares afectados por el SIDA dependen en gran medida de los sistemas de apoyo familiares y comunitarios para afrontar el impacto económico de la epidemia. Estas redes prestan dinero, proporcionan alimentos y colaboran en el trabajo y el cuidado de los niños. Cuando los hogares rurales se enfrentan a los retos emparejados del SIDA y la escasez de alimentos, los miembros urbanos de la familia suelen enviar dinero o alimentos. A la inversa, las familias rurales proporcionan alimentos a los miembros urbanos o los invitan a reintegrarse en el hogar.

Las estructuras de apoyo comunitario incluyen clubes de ahorro, sociedades de ayuda para los entierros, planes de ahorro de cereales, asociaciones prestamistas y planes de intercambio de trabajo (Mutangadura, 2000). Pero los sistemas de apoyo familiares y comunitarios no siempre están disponibles para los hogares más pobres, que carecen de los medios y el tiempo para invertir lo suficiente

en acuerdos de reciprocidad (Adams, 1993). En concreto, los hogares pobres encabezados por mujeres no suelen tener acceso a estas redes.

En general, los hogares más ricos tienen mayor acceso a redes de reciprocidad que los hogares más pobres (Baylies, 2002). Pero, aunque funcionen bien, las redes familiares y comunitarias pocas veces tienen la capacidad de satisfacer las necesidades de los hogares vulnerables afectados por el SIDA. Por ejemplo, en Manicaland (Zimbabwe) los hogares más pobres reciben ayuda en forma de alimentos, ropa y trabajo, pero no tienen apoyo para pagar las matrículas escolares o la asistencia sanitaria, ni tampoco los alquileres (Mutangadura, 2000).

Pasar a la acción

Se requiere una combinación de iniciativas para fortalecer la capacidad de afrontamiento de los hogares afectados por el SIDA con el fin de que puedan abordar los desafíos complejos e interrelacionados a los que se enfrentan (Nalugoda *et al.*, 1997; Lundberg *et al.*, 2000). Los expertos en desarrollo debaten desde hace tiempo las ventajas relativas de las medidas de reducción de la pobreza orientadas en contraposición a las medidas de reducción de la pobreza diversificadas. La epidemia afecta ambos aspectos: muchas situaciones domésticas de emergencia requieren una acción enfocada, mientras que el empobrecimiento crea problemas de desarrollo a largo plazo.

El informe de 2003 presentando ante la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas (ONUSIDA/JJE, 2003) recomendaba 11 medidas programáticas para las organizaciones de las Naciones Unidas en África oriental y meridional. En concreto:

- Implantar programas de redes de seguridad comunitaria.
- Mejorar la recopilación de datos sobre impacto y dinámica comunitarios.
- Reforzar los medios de sustento en comunidades muy afectadas y en grupos clave.
- Empezar programas dedicados exclusivamente a la capacitación de la mujer.

- Empezar programas dedicados exclusivamente a ayudar a la creciente población de huérfanos.
- Empezar acciones urgentes de desarrollo de medios de acción para luchar contra el SIDA, especialmente en el sector sanitario.
- Empezar acciones urgentes de desarrollo de medios de acción para afrontar el impacto del SIDA.
- Integrar el SIDA en la planificación del desarrollo.
- Impulsar el liderazgo para dirigir revisiones participativas de programas.
- Proponer y apoyar foros de asociación.
- Invertir en sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación.

Los programas de bienestar social pueden ser útiles, y deberían enfocarse especialmente en los hogares y comunidades más necesitados y vulnerables. Ciertas instituciones locales, como dispensarios de salud, podrían identificar y obtener ayuda para hogares empobrecidos que luchan contra enfermedades graves. Algunas medidas especiales de asistencia podrían incluir visitas a domicilio, apoyo alimentario y nutricional, gratuidad de las matrículas escolares, etc. (Sauerborn *et al.*, 1996). Otras iniciativas orientadas necesarias son programas de base comunitaria para proporcionar asistencia económica directa a las familias, de modo que no tengan que vender bienes productivos para hacer frente a los costos del SIDA.

Reducir el estigma y la discriminación es un requisito indisoluble de la prestación de ayuda a los hogares afectados por el VIH. El estigma causa a veces vergüenza o miedo de ostracismo, y disuade a las familias de solicitar y recibir asistencia comunitaria. En Sudáfrica, un estudio comprobó que sólo un tercio de los encuestados que habían revelado su estado VIH-positivo recibieron una respuesta de apoyo por parte de sus comunidades. Uno de cada 10 dijo que encontró hostilidad y rechazo rotundos (Steinberg *et al.*, 2002).

Se requieren programas para construir y reforzar infraestructuras básicas, especialmente en materia

de abastecimiento de agua y saneamiento; reducir las cargas cotidianas de los cuidadores, y aumentar la capacidad de los hogares para afrontar la carga impuesta por el SIDA. Otras estrategias generales incluyen programas para proporcionar a los niños pagos de ayuda o comidas escolares. Se necesitan, asimismo, programas de bienestar social para los ancianos, en particular aquellos que están criando a sus nietos.

Las iniciativas de generación de ingresos que abordan la vulnerabilidad económica especial de las mujeres son una parte integral de la respuesta al SIDA. En primer lugar, las circunstancias de empobrecimiento que viven las mujeres dentro de los hogares afectados por el SIDA requieren alivio urgente y fácilmente disponible. Además, deben ampliarse los programas de microcréditos que ofrecen tipos de interés razonables. Otras estrategias que beneficiarían a las mujeres son: seguros de defunción que cubran los costos funerarios para pacientes en estado terminal; modalidades de ahorro flexibles, y préstamos de emergencia. Estas iniciativas apoyan a todo el hogar, algo imprescindible dado que las investigaciones indican que las mujeres de los países de ingresos bajos y medianos dedican cualquier ingreso adicional a cubrir las necesidades de sus hijos (Hunter y Williamson, 1997).

El impacto profundo y polifacético de la epidemia sobre los hogares y comunidades exige imperiosamente abordar el SIDA dentro de un contexto de reducción de la pobreza. Hasta ahora, pocos países han incorporado componentes significativos del SIDA en sus planes de reducción de la pobreza (véase el capítulo «Finanzas»).

Impacto sobre la agricultura y el desarrollo rural

Un sector agrícola próspero es capital para el bienestar y la autosuficiencia de los países de ingresos bajos y medianos. La agricultura influye en la seguridad alimentaria, el destino de las economías nacionales y la sostenibilidad de los recursos ambientales. En África representa el 24% del producto interior bruto (PIB), el 40% de los ingresos en divisa extranjera y el 70% de los puestos de trabajo. En 2000, alrededor del 56% de

los africanos (más de 430 millones de personas) se dedicaban a la agricultura.

Por desgracia, la epidemia ataca la base misma de la agricultura, especialmente en los países más afectados: infecta y luego mata prematuramente a un gran número de trabajadores agrícolas. Esto provoca la pérdida de mano de obra; disminución de los ingresos agrícolas y de los bienes familiares, y reducción de la seguridad alimentaria a nivel de hogar (Topouzis, 2003). La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) estima que, en 2020, el SIDA se habrá cobrado la vida de como mínimo una quinta parte de los trabajadores agrícolas en la mayoría de los países de África meridional (Villareal, 2003; FAO, 2003b).

Esta pérdida de fuerza laboral es crítica. Cuando una o dos cosechas básicas tienen que plantarse y recogerse en épocas específicas, la pérdida de tan sólo unos pocos trabajadores durante esos periodos puede mermar la producción (Bollinger y Stover, 1999). Los hogares intentan adaptarse cultivando parcelas de tierra más pequeñas; limitando las tareas de escarda, reparación de cercas y conservación de los canales de riego, o dejando pastar libremente al ganado. A menudo la tierra queda en barbecho, con la consiguiente erosión y degradación, y el ganado que no puede atenderse se vuelve más vulnerable a las enfermedades, los depredadores y el robo (Barnett y Whiteside, 2002). En un estudio efectuado en Uganda, casi la mitad de los encuestados dijeron que la falta de mano de obra relacionada con el SIDA los había obligado a reducir la variedad de cosechas que cultivaban (Asingwire, 1996).

En las comunidades rurales, las desigualdades por razón de sexo también acrecientan el impacto agrícola de la epidemia. En Tanzania, las mujeres con esposos gravemente enfermos dedicaban hasta un 50% menos de tiempo a las labores agrícolas (Rugalema, 1998). Después del fallecimiento de un varón adulto, los hogares acostumbran a optar por cultivos de subsistencia, suprimiendo los cultivos de mayor valor de los que solían ocuparse los hombres (Yamano y Jayne, 2002). En muchas sociedades, las mujeres no tienen derecho legal,

ni siquiera consuetudinario, a la tierra, ganado u otros bienes fundamentales, y las viudas pueden perder lo que han ayudado a crear o mantener.

Pasar a la acción

En los países muy afectados, las causas de la inseguridad alimentaria son múltiples, complejas e interrelacionadas. Entre los factores críticos cabe citar: políticas agrícolas, comerciales y macroeconómicas; sistemas de tenencia y herencia de la tierra; patrones climáticos, y capacidad del Estado para proporcionar servicios indispensables de apoyo a las zonas rurales (Barnett y Whiteside, 2002). Conforme progrese la epidemia, es probable que se agrave la inseguridad alimentaria crónica. Cualquier respuesta tiene que basarse en una comprensión de cómo los hogares obtienen su sustento; también debe abordar el mayor número posible de factores agravantes e integrar el SIDA en políticas y programas dirigidos a conseguir la seguridad alimentaria y el desarrollo rural. Esto creará una defensa a largo plazo contra la hambruna y el SIDA.

Una prioridad urgente consiste en emprender iniciativas que permitan que las personas con el VIH permanezcan saludables durante el mayor tiempo posible; por ejemplo, proporcionándoles terapia antirretrovírica, tratamiento para la tuberculosis y apoyo nutricional. Este tipo de iniciativas ayuda a los hogares afectados por el SIDA a conservar o recuperar sus medios de sustento (Baylies, 2002). Otras respuestas útiles serían fomentar la plantación de cosechas que requieran menos mano de obra pero que proporcionen alimentos nutritivos; potenciar los programas de comida en las escuelas, y garantizar el derecho de las mujeres y los niños a conservar la tierra y los bienes. En consecuencia, deben reformarse las leyes para reconocer el derecho de las mujeres a heredar la tierra. Asimismo, se requieren mecanismos eficaces de aplicación a nivel local que aseguren la observancia de tales leyes (FAO, 2003a).

Impacto sobre el suministro, demanda y calidad en materia de educación

El impacto de la epidemia sobre la educación tiene implicaciones de gran alcance para el desarrollo a

largo plazo. A nivel mundial, el SIDA constituye un obstáculo significativo para que los niños alcancen el acceso universal a la enseñanza primaria en 2015, un objetivo fundamental tanto de la iniciativa «Educación para todos» (UNESCO, 2000) como de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2001). Según las estimaciones de la UNESCO, es improbable que 55 países sean capaces de ofrecer enseñanza primaria universal en 2015; 28 de ellos figuran entre los 45 países más afectados por el SIDA (UNESCO, 2002). Se estima en US\$ 1000 millones anuales el costo neto adicional de contrarrestar las consecuencias del SIDA (es decir, la pérdida y el absentismo de maestros, más los incentivos para mantener escolarizados a los niños huérfanos y vulnerables).

La epidemia debilita la calidad de la formación y educación, lo que significa que menos personas se beneficiarán de un buen nivel de educación escolar y universitaria. También acelera el impacto de la «fuga de cerebros» preexistente. Aun así, las respuestas a estos problemas son deslavazadas: la necesidad desborda claramente la capacidad de los ministerios, sobresaturados y con escasos recursos. Muchos ministerios de educación están añadiendo la prevención del VIH a sus programas escolares, lo que constituye un paso importante para una respuesta satisfactoria al SIDA. Sin embargo, muy pocos están examinando el impacto de la epidemia sobre el propio sistema educativo o han emprendido acciones pertinentes.

Disponibilidad de maestros

Los maestros y profesores pertenecen al grupo de población más afectado por el VIH, aunque los patrones de vulnerabilidad difieren entre los países. Por ejemplo, en Botswana, Malawi y Uganda, las tasas de mortalidad en maestros eran comparables a grandes rasgos con las de la población general, aunque eran mayores entre los maestros varones y los de enseñanza primaria (Bennell *et al.*, 2002). En Zimbabwe, los maestros masculinos y femeninos presentan tasas de infección similares a las de la población general; es decir, aproximadamente un 19% para los varones y un 28% para las mujeres (Gregson *et al.*, 2001). En KwaZulu-

Natal (Sudáfrica), la mortalidad entre maestros varía significativamente según los grupos de edad (Badcock-Walters *et al.*, 2003).

En Kenya, Uganda, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe, cabe prever que la epidemia contribuya significativamente a futuras carencias de maestros de primaria (Goliber, 2000; Malaney, 2000; Ministerio de Educación de Swazilandia, 1999). Sin una planificación anticipada y a largo plazo, esos países tendrán grandes dificultades para cumplir sus objetivos de matriculación escolar. Por ejemplo, si Namibia continúa formando maestros al ritmo actual (unos 1000 al año) y mantiene la relación deseada de un maestro por cada 34 alumnos de primaria, el déficit de maestros aumentará de 1000 en 2001 a más de 7000 en 2010 (Malaney, 2000).

Esto tiene implicaciones importantes para los planificadores y subraya la necesidad de que los sistemas educativos recopilen datos precisos acerca del impacto de la epidemia sobre el personal. Esos datos son imprescindibles a fin de planificar estrategias de reclutamiento y formación y crear presupuestos de asistencia sanitaria para el personal docente cuando aumenten las opciones de tratamiento y las fuentes de financiación.

Pero el SIDA no es la única causa de la pérdida de maestros. Un estudio reciente constató que los salarios exigüos y la baja moral—que ya constituían un problema significativo en Malawi, Namibia, Sudáfrica y Uganda— están contribuyendo a la deserción general del profesorado (Bennell *et al.*,

2002). Evidentemente, se requieren estrategias polifacéticas para abordar el impacto de la epidemia y otros factores que privan a los sistemas escolares de los maestros que necesitan para mantener y, en última instancia, ampliar la matriculación escolar.

Asistencia escolar

Muchas familias afectadas por el SIDA pueden obligar a los niños a dejar la escuela para compensar las pérdidas de fuerza laboral, los mayores requisitos asistenciales y otros gastos. Si la madre está moribunda o ha fallecido, los niños, y especialmente las niñas, deben ocuparse de las tareas domésticas. Si fallece el padre, los hijos tienen menos probabilidades de abandonar la escuela. En tres provincias de Sudáfrica, una encuesta en 771 hogares afectados por el SIDA reveló que más del 40% de los cuidadores primarios descontaban tiempo de trabajo o escolarización para cuidar a algún familiar infectado por el VIH. En casi el 10% de los hogares, al menos una hija había dejado la escuela (en comparación con el 5% de los hijos varones) (Steinberg *et al.*, 2002). De este modo, el SIDA refuerza las desigualdades por razón de sexo, agudiza la pobreza familiar y amenaza a las futuras generaciones.

Matriculación escolar

La epidemia también puede incidir negativamente en las tasas de matriculación escolar. Esto es debido en parte a la menor fecundidad y al fallecimiento de adultos jóvenes a causa del SIDA, lo que significa que, en algunas zonas fuertemente afectadas,

El impacto negativo de las matrículas escolares

Las matrículas escolares también plantean problemas significativos para los hogares afectados por el SIDA: las familias simplemente no pueden costearlas. Ésta es la principal razón de que los niños abandonen la escuela (Mutangadura, 2000; Badcock-Walters, 2001). A nivel social, las matrículas también afectan negativamente al desarrollo y al alivio de la pobreza. Sin embargo, los sistemas escolares de los países de ingresos bajos y medianos suelen depender de ellas para cubrir los sueldos de los maestros y otros gastos esenciales. Algunos países ya están tomando medidas para reducir este efecto negativo. Por ejemplo, Uganda y Kenya han suprimido las matrículas escolares para todos los alumnos de primaria. Otro enfoque consiste en proporcionar a las familias subvenciones para los desplazamientos del hogar a la escuela y viceversa, comedores escolares y materiales didácticos. Varios estudios apuntan la necesidad de sufragar también las matrículas de enseñanza secundaria (Mutangadura, 2000).

hay menos niños en edad escolar y, por tanto, una menor demanda social de educación.

Es posible que los niños huérfanos o vulnerables como consecuencia del SIDA no asistan a la escuela porque tienen que ocuparse de la casa, cuidar a hermanos más pequeños o simplemente porque no pueden pagar las matrículas. En los países de alta prevalencia sigue creciendo el número de niños en estas condiciones. Es esencial que dispongan de opciones educativas innovadoras, asequibles, no estigmatizadoras y localmente apropiadas, como el aprendizaje en el propio hogar o la enseñanza a distancia.

Hasta ahora, en los países de alta prevalencia, muy pocos gobiernos han creado políticas o mecanismos de financiación que permitan la escolarización de los niños de hogares y comunidades afectados por el SIDA. Sin embargo, el Ministerio de Educación de Zambia ha llevado a cabo un esfuerzo exhaustivo de planificación y elaboración de políticas para satisfacer las necesidades educativas de esos niños. En la actualidad trabaja activamente con el Ministerio de Desarrollo Comunitario para identificar a niños que necesiten subvenciones destinadas a acceder y mantener el acceso a la educación. Países como Kenya, que han adoptado un sistema de enseñanza primaria obligatoria y gratuita, ofrecen una oportunidad inestimable a niños que, de otro modo, nunca habrían podido asistir a la escuela.

Sin embargo, estos niños necesitan algo más que soluciones a corto plazo. El impacto del SIDA sobre la educación debe abordarse en un contexto de desarrollo social y económico (Gould y Huber, 2002). Los esfuerzos de reducción de la pobreza son críticos porque los factores macroeconómicos (por ej., los precios y el impacto de los programas de reajuste estructural) tienen tantas probabilidades como la epidemia de SIDA de reducir la capacidad de las familias de mantener a sus hijos en la escuela.

Impacto sobre la calidad

La calidad de la educación también puede deteriorarse a medida que más maestros fallecen a causa

de la enfermedad. Esto ocurre porque la necesidad de recurrir a maestros más inexpertos y menos calificados, junto con el aumento del tamaño de las clases, tiende a reducir la calidad del contacto alumno-maestro. En las zonas rurales, donde las escuelas dependen tan sólo de uno o dos maestros, la enfermedad o el fallecimiento de uno de ellos son especialmente devastadores. Sin embargo, hay otros motivos más sutiles que ayudan a explicar el deterioro de la educación, como la falta de motivación o la incapacidad para enseñar y aprender porque «el SIDA se ha instalado en la familia» o entre los colegas (Harris y Schubert, 2001).

Por otra parte, no es fácil sustituir a maestros calificados. En los países muy afectados es necesario formar a un mayor número de maestros, pero actualmente esto supera la capacidad de los sistemas universitarios de muchos países. Otras estrategias potenciales son reducir el periodo de formación, captar a antiguos maestros para que vuelvan al sistema educativo y permitir que los maestros continúen trabajando después de la edad de jubilación.

Se requieren medidas enérgicas para impedir que la epidemia cause un daño irreparable a los sistemas educativos y los estudiantes. Sin embargo, en África subsahariana se está haciendo muy poco para abordar la escasez actual o futura de maestros.

Pasar a la acción

En 2002, el Consenso de Monterrey desarrolló la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos (véase el capítulo «Finanzas»). Esa iniciativa pretende asegurar que ningún país con un plan creíble del sector educativo, integrado dentro de una estrategia de reducción de la pobreza, deje de alcanzar en 2015 el Objetivo de Desarrollo del Milenio de enseñanza primaria universal a causa de problemas financieros impredecibles a largo plazo.

Los asociados en la Iniciativa de Vía Rápida, que representan a todos los principales donantes bilaterales —el Banco Mundial, UNICEF, UNESCO, ONUSIDA, diversas ONG y países beneficiarios— se proponen catalizar políticas sólidas en el sector educativo que incluyan estrategias sobre VIH y

género; fomenten una financiación nacional apropiada; mejoren la eficacia de las ayudas, y movilicen un mayor apoyo para la educación primaria.

Impacto sobre el sector sanitario

Las estrategias eficaces para afrontar el SIDA necesitan sistemas sanitarios sólidos y flexibles. Sin embargo, la epidemia irrumpió cuando muchos países estaban reduciendo el gasto en servicios públicos para reembolsar la deuda y adecuarse a los requisitos de las instituciones financieras internacionales. Aparte de esto, la epidemia ha contribuido por sí misma al deterioro rápido del sector sanitario al incrementar las cargas sobre sistemas ya saturados y privar progresivamente de profesionales sanitarios esenciales a los países. Las pérdidas de personal y el absentismo a causa de las enfermedades y defunciones significan que los sectores sanitarios deben seleccionar y formar a más personal. Al mismo tiempo, un gran número de trabajadores no infectados está experimentando desmoralización y agotamiento psicológico.

En los países africanos, los estudios estiman que el SIDA causa entre el 19% y el 53% de todos los fallecimientos entre empleados gubernamentales del sector de salud (Tawfik y Kinoti, 2001). Por ejemplo, en Malawi y Zambia se han multiplicado de cinco a seis veces las tasas de morbilidad y mortalidad entre los trabajadores sanitarios (PNUD, 2001). De hecho, la epidemia está desbordando rápidamente el crecimiento en la disponibilidad de trabajadores del sector de salud (Liese *et al.*, 2003). Y esto se produce en un momento en el que la necesidad de servicios sanitarios está aumentando de forma acelerada en los países más afectados de la región.

Los trabajadores sanitarios deben ser sensibles a los efectos del SIDA, de forma que puedan proporcionar una asistencia no estigmatizadora. Pero el SIDA también afecta negativamente a la calidad del cuidado de los pacientes no infectados, ya que los sectores sanitarios sobresaturados tienden a adoptar un enfoque de «selección» que resta importancia al cuidado de los pacientes con procesos menos graves que el SIDA (USAID, 2001).

Pasar a la acción

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos se requiere una acción urgente para reforzar la debilidad crónica de los sistemas sanitarios y proteger la salud y seguridad del personal. Existen opiniones diversas sobre posibles estrategias, pero está creciendo un consenso acerca de algunas intervenciones fundamentales:

- Iniciativas de política para abordar los factores de expulsión y atracción que inducen a los profesionales sanitarios a migrar a otras regiones o países, lo que provoca un déficit crónico de personal. Otras medidas promovidas con frecuencia incluyen: proporcionar tratamiento antirretrovírico a los trabajadores sanitarios VIH-positivos; mejorar los salarios y prestaciones para retener y recuperar a personal altamente calificado, y reducir la aplicación rígida de las normas profesionales, de modo que trabajadores sanitarios y no sanitarios puedan asumir funciones adicionales.
- Un «enfoque a nivel de todo el sistema» que armonice el apoyo de múltiples donantes y confiera a los países de ingresos bajos y medianos un mayor papel en el establecimiento de prioridades y el despliegue de recursos.
- Reforzar los sistemas de información de la gestión sanitaria de los países y establecer estructuras para supervisar los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
- Ampliar la formación antes y durante el servicio.
- Asegurar la salud y la seguridad laboral de los trabajadores proporcionándoles información, ropa protectora y equipos adecuados.
- Ampliar los papeles de prestación de servicios de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los proveedores privados.

Impacto sobre la capacidad del sector público

Un sector público eficaz y funcional es crítico para suministrar servicios y productos esenciales y desarrollar respuestas nacionales satisfactorias al

SIDA. Antes de la epidemia, varios de los países más afectados ya estaban luchando contra desafíos de desarrollo colosales, cargas de la deuda excesivas y condiciones comerciales cada vez peores. En muchos países de ingresos bajos y medianos, los programas de reajuste implicaron recortes sustanciales en el gasto público, y los gobiernos se esfuerzan actualmente para proporcionar servicios sociales básicos, apoyo e infraestructura. En los países más afectados, el SIDA ha socavado aún más la eficacia funcional del sector público (Cohen, 2002). Cuando faltan los servicios esenciales, los pobres y los más vulnerables deben soportar las peores consecuencias.

El exhaustivo estudio del PNUD titulado *El impacto del VIH/SIDA sobre los recursos humanos en el sector público de Malawi* puso de manifiesto que la pérdida anual de personal gubernamental del país casi se sextuplicó entre 1990 y 2000, debido principalmente a defunciones prematuras por SIDA (PNUD, 2002). Durante el periodo del estudio, la mortalidad en los servicios públicos se multiplicó por un factor de 10. Los fallecimientos incidían de forma desproporcionada en adultos jóvenes de ambos sexos, un indicio inequívoco de que el SIDA era el principal responsable. En 2000 estaban vacantes más de la mitad de los cargos creados en los departamentos de educación y recursos hídricos del país (Instituto de Administración de Malawi/PNUD, 2000). Asimismo, diversos ministerios clave de otros países de África meridional indican que tienen vacantes la mitad o más de sus puestos (Cohen, 2002).

Pocos estudios han analizado de forma exhaustiva el impacto de la epidemia sobre la productividad del sector público. Sin embargo, es razonable concluir que tasas tan elevadas de vacantes conducen inevi-

tablemente a una merma en la cobertura y calidad de los servicios gubernamentales.

Impacto sobre los trabajadores y el lugar de trabajo

El SIDA amenaza la seguridad económica y el desarrollo porque afecta principalmente a la población en edad laboral. Esto tiene implicaciones para la supervivencia de las comunidades y empresas, así como para el mantenimiento a largo plazo de la capacidad productiva. La epidemia erosiona el crecimiento económico a través de su impacto sobre la disponibilidad de mano de obra y la productividad, las tasas de ahorro y el suministro de servicios esenciales. Las personas que viven con el VIH pierden su trabajo, sus ingresos y sus ahorros. En consecuencia, consumen e invierten menos. Los puestos de trabajo –granjas, fábricas, tenderetes de mercado u oficinas gubernamentales– se vuelven menos productivos o incluso se colapsan, con lo que se reducen la producción, los beneficios, los ingresos fiscales y la inversión.

En los países muy afectados es probable que el SIDA reduzca el ritmo de crecimiento de la fuerza laboral. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) proyecta que, en 2020, la fuerza laboral de 38 países (todos excepto cuatro en África) será entre un 5% y un 35% menor de la que hubiera sido en ausencia del SIDA. La epidemia también afecta a la calidad de la mano de obra, ya que los trabajadores con SIDA son sustituidos por hombres y mujeres más jóvenes y menos experimentados. Al mismo tiempo, la pérdida de maestros y capacitadores determina que las futuras generaciones tengan niveles más bajos de calificación (Lisk, 2002). Según las estimaciones del Departamento de Trabajo de Sudáfrica, en 2010 el 3% de la fuerza

El personal de los ministerios de agricultura y el VIH

En África oriental y meridional, un informe reciente sobre SIDA y agricultura llegó a la conclusión de que la morbilidad y la mortalidad entre los funcionarios gubernamentales de agricultura minaban la capacidad de los gobiernos para responder adecuadamente a la epidemia. En el Ministerio de Agricultura de Kenya, el SIDA causó el 58% de todos los fallecimientos entre empleados durante los últimos cinco años. Asimismo, un 16% de los funcionarios del Ministerio de Agricultura e Irrigación de Malawi son VIH-positivos (Topouzis, 2003).

laboral del país (o sea, unos 500 000 trabajadores) podrían encontrarse en las etapas terminales del SIDA, lo que supone un incremento de tres veces respecto a la estimación de 2001.

Los costos crecientes para las actividades comerciales

El SIDA disminuye la producción al socavar la productividad, añadir costos, desviar recursos productivos, reducir el personal calificado y distorsionar el mercado laboral. Para los empresarios, están aumentando los costos sanitarios y funerarios de los empleados mientras disminuyen la productividad y los beneficios. La epidemia incrementa el absentismo, la ruptura institucional y la pérdida de capacidades y de «memoria organizativa». La pérdida de expertos en supervisión puede tener un impacto especialmente acusado, ya que, en general, los conocimientos y aptitudes que han adquirido no pueden sustituirse simplemente contratando a otros. En las zonas muy afectadas, la escasez generalizada de trabajadores calificados y personal administrativo puede determinar que ciertos puestos permanezcan vacantes durante meses o incluso años, con el menoscabo consiguiente de la productividad.

Los efectos pueden ser aún más acusados para las pequeñas empresas y la economía informal, sectores ambos que proporcionan trabajo a la mayoría de las mujeres y hombres en los países de ingresos bajos y medianos. Dentro de la economía informal, los trabajadores carecen casi invariablemente de seguros de salud o acceso a servicios médicos en el lugar de trabajo, y su sustento depende en gran medida de su rendimiento y sus capacidades. En la economía informal, los trabajadores también tienen un acceso muy limitado a programas sobre el SIDA en el lugar de trabajo.

Reducir el impacto en el lugar de trabajo

Apoyar los programas de prevención en el lugar de trabajo para los empleados y la dirección está plenamente justificado desde una perspectiva económica y de desarrollo. También lo está proporcionar asistencia sanitaria en contextos

laborales y respaldar las políticas de no discriminación de los empleados que viven con el VIH. En un estudio sobre asistencia sanitaria efectuado en 2003 por una importante compañía de seguros de Sudáfrica, las dos terceras partes de las 26 grandes empresas encuestadas indicaron que ya habían desarrollado una estrategia contra el SIDA. En Tailandia, American International Insurance tiene un programa de evaluación y acreditación para determinar y reconocer cuándo las empresas poseen políticas adecuadas de prevención del SIDA. Las compañías que obtienen la acreditación y superan las sucesivas auditorías gozan de un descuento en las primas de seguros de vida por grupos.

Una encuesta de la Confederación Panafricana de Patronales comprobó que todas las organizaciones nacionales de empresarios tenían una política sobre el SIDA y habían instado a sus miembros a aplicar programas en el lugar de trabajo y colaborar con los Consejos Nacionales sobre el SIDA. Las empresas fomentan cada vez más el asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales, y ofrecen tratamiento antirretrovírico a sus trabajadores. Al mismo tiempo, les garantizan que una prueba VIH-positiva no determinará que pierdan su empleo.

La OIT promueve un planteamiento integral frente a las políticas y programas en el lugar de trabajo, basado en la protección de los derechos de los trabajadores infectados y afectados y en la prestación de servicios preventivos y asistenciales. Su *Repertorio de prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo* es un marco para la acción que establece principios de desarrollo de políticas y proporciona orientación programática práctica sobre prevención y cambios de comportamiento; protección de los derechos y prestaciones de los trabajadores, y cobertura de las necesidades de tratamiento, atención y apoyo.

En asociación con el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y con la Coalición Empresarial Mundial sobre el SIDA, la OIT trabaja para ampliar el acceso a la asistencia y tratamiento a través de servicios de salud laboral, y apoya actividades de divulgación en la comu-

nidad. Pero muchos trabajadores VIH-positivos son reacios a participar en estos programas porque temen perder su empleo o quedar relegados al ostracismo. Crear un clima que fomente la participación de los trabajadores puede resultar más fácil si en la planificación y ejecución de los programas también intervienen representantes de los sindicatos o trabajadores.

Los sindicatos, y las confederaciones de sindicatos, están desempeñando un papel cada vez más importante en el reforzamiento de las respuestas nacionales al SIDA. Por ejemplo, el Sindicato de Trabajadores del Sector Textil y la Confección de Sudáfrica proporcionó formación sobre el VIH y el SIDA a 1100 enlaces sindicales entre 2002 y 2004. El sindicato también promueve activamente el asesoramiento y las pruebas voluntarias y confidenciales, y ha creado grupos sindicales de apoyo a los trabajadores VIH-positivos. Además, el Sindicato de Trabajadores del Sector Textil y la Confección, junto con otros sindicatos, asumió un papel dinámico en la campaña «Acción pro Tratamiento», que contribuyó a persuadir al Gobierno sudafricano para que proporcionara terapia antirretrovírica a través del sector público (véanse el capítulo «Tratamiento» y el Foco de atención: «Las personas que viven con el VIH/SIDA»).

Impacto macroeconómico

En los países de alta prevalencia es probable que la combinación de efectos negativos del SIDA sobre las finanzas –de los hogares, empresarios y sectores clave– tenga un impacto macroeconómico tangible; sin embargo, la mayoría de las estimaciones de dicho impacto parecen relativamente discretas (véase figura 14).

Estas estimaciones se aplican a los países de máxima prevalencia. Es probable que los países con prevalencias más bajas (como los de América Latina y el Caribe; Europa oriental y Rusia, y Asia meridional y sudoriental) tengan impactos macroeconómicos menos significativos. En la mayoría de los casos, las estimaciones disponibles corresponden a proyecciones a corto o medio plazo (10-25 años). Durante este periodo, los modelos estiman que el efecto del SIDA sobre el crecimiento del PIB equivale aproxi-

madamente al impacto sobre la población total durante el mismo periodo. Es decir, los efectos negativos sobre la producción se compensan con reducciones similares en el consumo de recursos. En consecuencia, el impacto de la epidemia sobre el PIB por habitante es relativamente pequeño, e incluso resulta positivo en algunos de los marcos hipotéticos examinados.

Esto se explica por el postulado implícito de que la mayoría de los países en desarrollo tiene un excedente de mano de obra no calificada en el sector formal, por lo que el efecto a corto plazo del exceso de mortalidad incluirá una reducción en el índice de desempleo y un incremento salarial del personal calificado. Por otra parte, el menor crecimiento de la población reduce la presión sobre la tierra y el capital físico, de modo que la producción pasa a depender de un uso más intensivo del capital y, en consecuencia, aumenta la productividad. Los modelos existentes suelen dar por sentado que las economías de los países afectados tienen la flexibilidad suficiente para llevar a cabo estos reajustes.

Estos ejercicios de elaboración de modelos pueden subestimar el impacto a más largo plazo sobre el crecimiento económico en los países con una alta prevalencia del VIH, si es que el número de personas afectadas e infectadas sigue aumentando con la misma rapidez. Pocos modelos pueden captar los costos económicos de la disfunción institucional, por ejemplo, o los costos de una distorsión significativa en la disponibilidad y distribución de mano de obra; en la transmisión intergeneracional de conocimientos y aptitudes, y en los patrones de adquisición de capital y herencia.

En un reciente estudio de la Universidad de Heidelberg y el Banco Mundial (Bell *et al.*, 2003), que utilizó Sudáfrica como país de muestra, se comunicaron estimaciones pesimistas sobre el impacto macroeconómico a largo plazo. A la larga, los costos económicos del SIDA podrían ser «devastadores» a causa del debilitamiento acumulativo del capital humano de una generación a otra. Para prevenir esta perspectiva, el estudio recomendaba un mayor gasto a fin de contener la epidemia; más fondos para proporcionar trata-

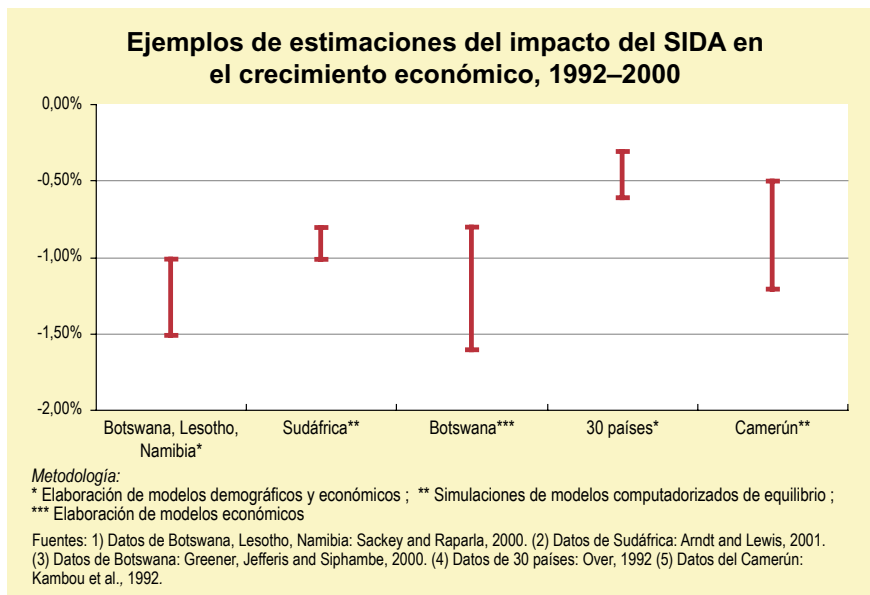


Figura 14


miento y asistencia a las personas infectadas; más ayuda a los huérfanos por medio de subvenciones o iniciativas de apoyo de ingresos vinculadas a la asistencia escolar, e impuestos para financiar todos esos gastos.

Es posible que el impacto más significativo de la epidemia incida sobre los presupuestos gubernamentales. Los gobiernos verán cómo disminuye el crecimiento de sus ingresos fiscales a medida que se reduce la velocidad del desarrollo económico, mientras aumentan las demandas presupuestarias para asistencia sanitaria y bienestar social. Los gobiernos se encontrarán con los mismos obstáculos que el sector privado por lo que respecta a incremento de costos laborales a causa del SIDA, lo que incluye mayores costos de reclutamiento y formación y cambios en la estructura de los seguros sanitarios y las pensiones. Es probable que estos efectos combinados compliquen durante muchos años los esfuerzos para equilibrar los presupuestos gubernamentales, y que reduzcan en gran medida la capacidad de los países con una alta prevalencia para preparar una respuesta adecuada sin ayuda externa.

Desafíos del nuevo plan de acción

El impacto del SIDA sobre la capacidad de desarrollo de los países pobres minará considerablemente la posibilidad de que hagan progresos sustantivos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial por lo que respecta a los objetivos de reducción de la pobreza, de educación y salud, así como al cuidado de los huérfanos. La epidemia ha planteado múltiples retos a la comunidad internacional, que abarcan todos los sectores. Se presentan a continuación algunos de esos retos:

- Inculcar el mensaje de que el SIDA es una emergencia mundial y a la vez una crisis de desarrollo a largo plazo que requiere una respuesta excepcional y sostenida, mucho más allá de lo que se ha hecho hasta ahora.
- Asegurar el reconocimiento universal de que el SIDA está invirtiendo décadas de progresos de desarrollo en los países más afectados. En consecuencia, el reforzamiento de la respuesta al SIDA debe ser un componente central de la programación y las prácticas de desarrollo.

- Reorientar los sistemas de evaluación de la situación y de alerta temprana a un « enfoque en las personas », con una mayor atención al impacto en los hogares.
 - Elaborar nuevas estrategias para abordar el impacto desproporcionado de la epidemia en las mujeres, niñas y huérfanos, incluidos los programas de microcréditos, apoyo escolar y ayuda alimentaria.
 - Desarrollar estrategias para enfoques radicales e innovadores que permitan restablecer la capacidad humana en los países más afectados;
- por ejemplo, programas de terapia antirretrovírica de gran alcance; una reformulación completa de cómo se desarrollarán, retendrán y mantendrán los conocimientos prácticos; subvenciones salariales; contención de la fuga de personal sanitario y administrativo, etc.
- Formular estrategias a largo plazo que sustituyan los planteamientos provisionales de parche que han prevalecido en la respuesta hasta ahora. La epidemia no se resolverá a corto plazo; los estrategias deben pensar con 10, 20 o incluso 30 años de antelación. 

Foco de atención

SIDA y huérfanos, una tragedia creciente

«Queríamos permanecer juntos después de que nuestros padres y abuelos murieran del SIDA. Me gustaría volver a la escuela, pero no tenemos dinero... Tengo que trabajar mucho para poder llevar una buena vida y cuidarme para no coger la enfermedad que tenían mi madre y mi padre.» – Félix, 15 años de edad, único sostén económico de un hogar compuesto por cinco hermanos más pequeños y un tío abuelo de 80 años.

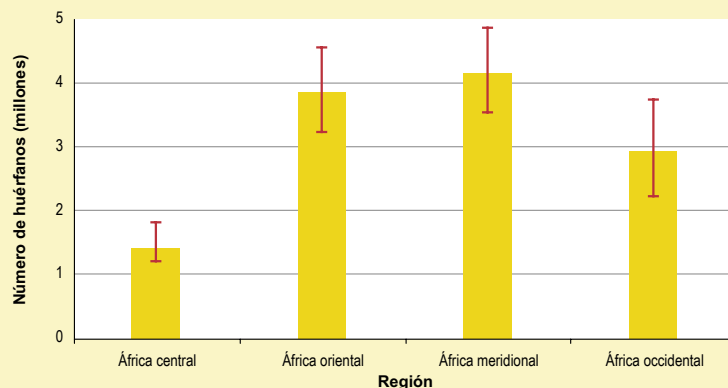
En casi todos los países del mundo hay niños huérfanos como consecuencia del SIDA. En algunos de ellos, sólo hay unos pocos cientos o millares. En África se cuentan por millones. Todos han sufrido la tragedia de perder a uno o ambos padres, y a menudo están creciendo en circunstancias traumáticas y de privación, sin el apoyo y cuidado de la familia inmediata (véase figura 15).

La edad de los niños huérfanos por el SIDA va desde unos pocos días o meses hasta los 18 años. En los países con epidemias concentradas y de prevalencia baja es imposible estimar de manera fidedigna el número de niños huérfanos a causa del SIDA, o determinar qué porcentaje representan de la totalidad de huérfanos.

La peor crisis de orfandad se localiza en África subsahariana, donde un total de 12 millones de niños han perdido por el SIDA a uno o los dos padres. Cabe prever que, en 2010, esta cifra supere los 18 millones. Por más aterradoras que parezcan estas estadísticas, la crisis empeorará si los padres afectados por el VIH no logran acceder a servicios eficaces de prevención y tratamiento que prolonguen su vida.

Algunos países aún no han experimentado todo el impacto de la mortalidad de los padres. En

Número de huérfanos por región dentro de África subsahariana, final de 2003



Fuente: ONUSIDA, 2004

Figura 15

Sudáfrica, por ejemplo, se prevé que el número de huérfanos aumente de 2,2 millones (12% de todos los niños) en 2003 a 3,1 millones (18%) en 2010. Incluso en los países donde la prevalencia del VIH se ha estabilizado o ha disminuido, la cifra de huérfanos continúa elevándose debido al desfase cronológico entre el momento de la infección y el fallecimiento de los padres.

A pesar de estos datos desalentadores, los niños huérfanos por la epidemia todavía pueden tener una infancia segura, saludable y productiva, pero sólo si todos los sectores de la sociedad responden con esfuerzos inmediatos, sostenidos y coordinados que concedan una alta prioridad a proteger a los niños y preservar la unidad familiar.

¿Qué es un «huérfano»?

Un huérfano se define como un niño menor de 18 años que ha perdido al menos a uno de sus padres. Un niño cuya madre ha fallecido se denomina huérfano materno; un niño cuyo padre ha fallecido es un huérfano paterno. Un niño que ha perdido a ambos padres es un huérfano doble.

En la actualidad, muchas organizaciones evitan utilizar el término «huérfano por el SIDA» debido a sus connotaciones estigmatizadoras. Investigaciones exhaustivas demuestran que el estigma impide que los gobiernos y comunidades respondan eficazmente al problema de los huérfanos, además de dificultar la recuperación emocional de los propios niños afectados (Stein, 2003). El estigma y la discriminación también intensifican las violaciones de los derechos de los niños; en concreto, su acceso a educación, servicios sociales y apoyo comunitario y familiar (véase Foco de atención: « El SIDA y los derechos humanos »).

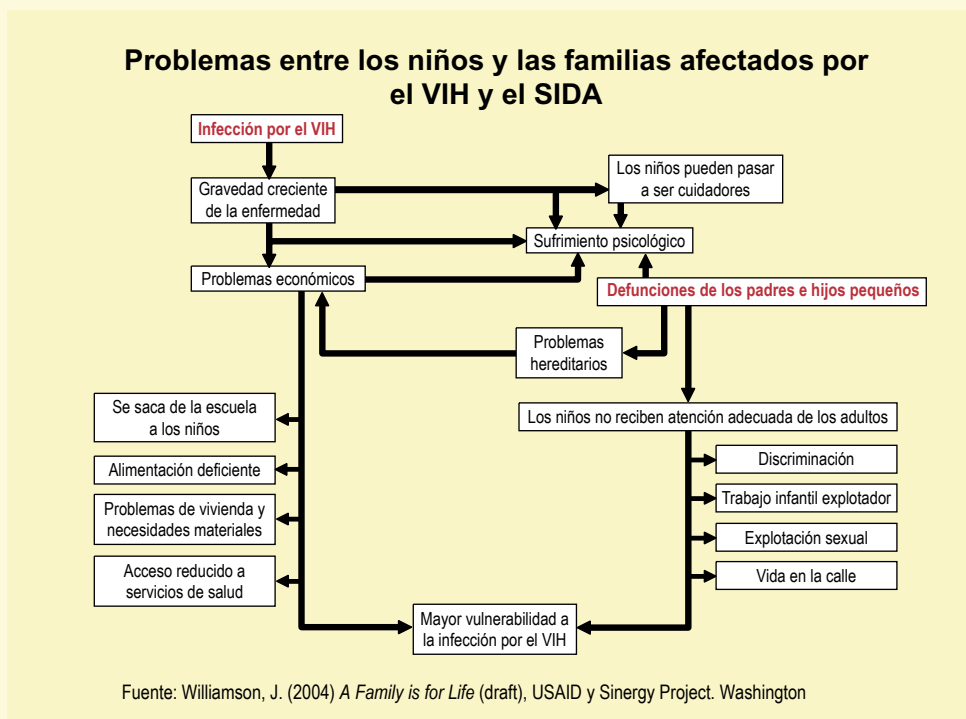
El impacto sobre los niños

Incluso para las personas que trabajan con huérfanos no es fácil comprender la angustia psicológica que experimenta un niño cuando ve morir a uno o ambos padres. Cuando uno de los padres está infectado por el VIH, hay muchas probabilidades de que el otro también lo esté. Es habitual, pues, que los niños pierdan a sus dos progenitores en un breve lapso de tiempo. Los cuidadores de los huérfanos también pueden fallecer a causa del SIDA, lo que no hace sino multiplicar el dolor de los niños. Este sufrimiento se ve agravado a menudo por la separación entre hermanos.

Por ejemplo, un informe elaborado en Zambia indicó que los hermanos separados se veían entre sí menos de una vez al mes (Family Health International, 2002). Muchos sufren depresión y sienten cólera, culpa y miedo acerca de su futuro. Esta situación puede conducir a problemas psicológicos graves, como el síndrome de estrés posttraumático, abuso de alcohol y drogas, agresión e incluso suicidio (Foster, 2002).

La pobreza y la desubicación social también se suman a la angustia psicológica de los niños huérfanos. Factores como la pérdida de ingresos familiares, el costo de tratar las enfermedades rela-

Figura 15a



cionadas con el VIH y los gastos funerarios dejan a menudo en la miseria a los niños huérfanos. El fallecimiento de un padre también les priva del aprendizaje y los valores que necesitan para convertirse en adultos socialmente responsables y económicamente productivos. Algunas investigaciones recientes indican que esta ruptura en el conocimiento intergeneracional puede influir en el declive económico de un país (Bell *et al.*, 2003).

Huérfanos en riesgo

Sin el entorno protector de sus familias, los niños huérfanos se enfrentan a un mayor riesgo de violencia, explotación y abuso. Es posible que sean maltratados por sus tutores, y desposeídos de su herencia y sus propiedades. Los que viven con familias de acogida tienen mayores probabilidades de estar malnutridos y presentar déficit de peso y talla en comparación con los no huérfanos de su misma edad (Monasch y Snoch, 2003). En las peores situaciones, los huérfanos pueden ser secuestrados y alistados como niños soldados, o pueden verse obligados a realizar trabajos forzados, comerciar con el sexo o vivir en la calle.

En Camboya, un estudio reciente de la Alianza de ONG Khmers sobre el VIH/SIDA y Family Health International comprobó que aproximadamente uno de cada cinco niños en hogares afectados por el SIDA había tenido que empezar a trabajar durante los seis meses previos con el fin de ayudar a su familia. Uno de cada tres tenía que proporcionar cuidados y asumir un trabajo importante en el hogar. Muchos habían abandonado la escuela, tenían que privarse de necesidades como ropa y comida o eran enviados lejos de su hogar. Todos los niños encuestados habían estado expuestos a altos niveles de estigma y estrés psicosocial, y las muchachas eran más vulnerables que los muchachos.

Sin embargo, también hay muchos ejemplos de asistencia satisfactoria a los huérfanos en estas situaciones. En Zimbabwe, desde 1998, el Campamento Mayise del Ejército de Salvación brinda apoyo psicosocial a los niños huérfanos. Recientemente ha ampliado sus servicios asistenciales para luchar contra la violencia, explotación

y abuso. Dado que los niños a menudo tienen problemas para acceder a servicios médicos, psicológicos y jurídicos, el Campamento ha organizado un Centro Móvil de Asistencia Jurídica que les proporciona estos servicios esenciales. En Camboya, la organización no gubernamental *Mith Samlanh* (Amigos) lleva a cabo 12 programas interconectados para 1500 niños de la calle, que van desde asistencia y prevención del VIH hasta educación en salud reproductiva y actividades generadoras de ingresos.

Asegurar el acceso a la educación es un componente crítico para responder a la crisis de los huérfanos. Es frecuente que los huérfanos queden retrasados o abandonen la escuela, lo que pone en peligro su desarrollo psicosocial y sus perspectivas de futuro. Esto también afecta a los esfuerzos a largo plazo de un país para recuperarse de la epidemia. Por ejemplo, las investigaciones llevadas a cabo en la República Unida de Tanzania han revelado que la tasa de asistencia escolar entre los huérfanos que han perdido a uno de los padres es tan sólo del 71%. Entre los huérfanos dobles, la cifra es aún menor, del 52% (Monasch y Snoch, 2003).

Continuar en la escuela ofrece a los niños huérfanos la mejor oportunidad para escapar de la pobreza extrema y sus riesgos asociados. Así pues, debe hacerse todo lo posible para que estos niños permanezcan en la escuela. Por ejemplo, las autoridades de la provincia de Henan (China) han anunciado recientemente que los huérfanos que viven con familias extensas recibirán escolarización primaria y secundaria gratuita, así como apoyo económico para ulteriores estudios. De forma similar, el Comité Nacional sobre el SIDA de Jamaica ayuda a los niños huérfanos del país pagando sus gastos escolares, incluidos matrículas, uniformes y libros.

Reforzar la capacidad de las familias para proteger y cuidar a los niños

Preservar un cierto tipo de vida familiar es sumamente importante para los niños que han perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA, con inde-

Abuelas al rescate: las «Go-Go Grannies»

Las «Go-Go Grannies» son un grupo de abuelas del municipio de Alexandra, en Sudáfrica, que se ayudan y animan mutuamente mientras crían a sus nietos huérfanos. Han perdido a sus propios hijos a causa del SIDA y ahora tienen dificultades para afrontar la situación, tanto emocional como físicamente. Las Grannies forman parte del Proyecto sobre Huérfanos por el SIDA de Alexandra, que ejecuta programas de grupos de apoyo para niños y cuidadores infectados o afectados por la epidemia. Actualmente, el proyecto proporciona apoyo psico-social, financiero y material a 30 abuelas. Esto incluye subvenciones excepcionales para la construcción de una vivienda digna para sus familias extensas, así como semillas y fertilizantes para que las mujeres puedan iniciar sus propios huertos con objeto de aportar comida e ingresos a sus familias.

pendencia de que la familia esté encabezada por el cónyuge superviviente, un abuelo u otros parientes. Las mujeres y muchachas de todas las edades están soportando gran parte de la carga de la crisis de los huérfanos. Las muchachas jóvenes pueden dejar la escuela para atender a los padres enfermos, ocuparse de las tareas domésticas o cuidar de los hermanos menores. Las madres tienen mayores probabilidades que los padres de seguir cuidando a los hijos después del fallecimiento del cónyuge, y las mujeres están más dispuestas a adoptar a otros huérfanos.

Además están las abuelas, mujeres ancianas que cuidan a sus propios hijos cuando éstos caen enfermos y que acaban convirtiéndose en progenitoras suplentes para sus afligidos nietos, a menudo con pocos recursos. Por ejemplo, diversos estudios en Tailandia indican que casi la mitad de los niños huérfanos del país viven con sus abuelos. En consecuencia, se han desarrollado proyectos para apoyar a estos cuidadores ancianos. En Chang Main, la Fundación para Asuntos Maternoinfantiles ayuda a reforzar las asociaciones de personas de edad avanzada, desarrolla planes de voluntariado para asistir a los cuidadores ancianos y proporciona préstamos de bajo interés para crear pequeños negocios.

Las instituciones formales, como orfanatos, pueden constituir un último recurso para un número limitado de niños huérfanos o enfermos. A comienzos de la crisis de los huérfanos, países como Zimbabwe construyeron un cierto número de orfanatos. Pero se comprobó rápidamente que esta solución era insostenible y chocaba con el

derecho fundamental de los niños a crecer en un entorno familiar.

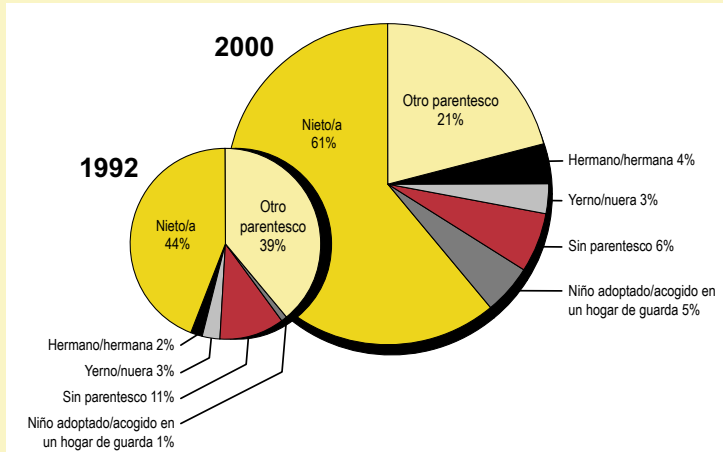
Si preservar la familia es la mejor opción para los huérfanos, debe fortalecerse urgentemente la capacidad de las familias para cuidar y proteger a esos niños. Esto significa adoptar programas que mantengan vivos y sanos durante el mayor tiempo posible a los padres que viven con el SIDA; mejorar la capacidad de generación de ingresos de las familias, y proporcionar a los niños y sus cuidadores apoyo psicosocial y otras ayudas.

Tailandia es uno de los países en los que se ha fortalecido la capacidad de las familias. En ese país, el programa MTCT-Plus ofrece tratamiento antirretrovírico para las madres VIH-positivas, sus parejas infectadas y sus hijos (Beckerman, 2002). El programa, emprendido por el UNICEF y la Escuela de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, enlaza la prevención de la transmisión maternoinfantil con opciones de tratamiento y asistencia en dispensarios prenatales. El programa también opera en Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Rwanda, Sudáfrica, Uganda y Zambia (UNICEF, 2003).

Una mejor nutrición y seguridad alimentaria aumentarán la salud general de las familias y el tiempo que los padres e hijos permanecen juntos. En Haití, por ejemplo, la ONG internacional Hunger Grow Away está promoviendo un nuevo sistema de horticultura microintensiva que, a pesar de las limitaciones de suelo viable, recursos de agua, herramientas y mano de obra, permite ofrecer seguridad alimentaria y algunos ingresos a los niños huérfanos y sus cuidadores.

Importancia creciente del papel de los abuelos

Relaciones de los huérfanos dobles y los huérfanos de un solo padre (que no viven con el padre superviviente) con el cabeza de familia; Namibia, 1992 y 2000



Fuente: UNICEF-MICS, Measure DHS, 1992 y 2000

Figura 16

Movilizar respuestas de base comunitaria

Las comunidades son capaces de responder eficazmente a la crisis de los huérfanos y niños cuyos padres están falleciendo a causa del SIDA. La preocupación de familiares, vecinos y grupos religiosos ha impulsado una amplia variedad de proyectos relativamente formales. Un caso ejemplar es Camboya. Los monjes del templo Wat Kien Kes proporcionan a algunos de los huérfanos y niños vulnerables del país formación profesional y capacidades de generación de ingresos con el fin de mejorar su nivel de vida. También movilizan las comunidades locales para que donen alimentos, tierra y bienes materiales a las familias afectadas. Los monjes han estimulado igualmente un diálogo orientado al VIH dentro de la comunidad, que eleva la sensibilización sobre el SIDA, genera compasión y reduce la discriminación (USAID, 2004). Si se reconocen y apoyan convenientemente, estas iniciativas pueden convertirse en la espina dorsal de las estrategias nacionales (Foster, 2002).

Se requieren planes de acción nacional


Hasta ahora, la mayoría de las intervenciones de apoyo a los huérfanos han sido deslavazadas y no se han correspondido con la escala del problema. En Uganda, los funcionarios reconocieron desde el principio la crisis de los huérfanos. Sin embargo, la asistencia gubernamental es insuficiente para la magnitud de las necesidades, y se estima que entre 1998 y 2000 sólo el 5% de los huérfanos recibió algún tipo de ayuda (Deininger *et al.*, 2003). Evidentemente, se requieren medidas urgentes para ampliar y reproducir intervenciones satisfactorias, que deberían incluir los siguientes «compromisos del país» para:

- Efectuar análisis participativos de la situación.
- Aplicar una política nacional y una revisión legislativa para mejorar la protección de los niños.
- Establecer mecanismos de coordinación nacional para responder al desafío de los huérfanos.
- Desarrollar y ejecutar planes de acción nacional que aborden tanto la prevención de los huérfanos como sus necesidades.
- Llevar a cabo actividades de seguimiento y evaluación basadas en indicadores que midan específicamente efectos sobre el bienestar de los huérfanos y niños vulnerables a causa del VIH/SIDA (UNICEF *et al.*, 2004).

El último informe de los progresos realizados hacia la consecución de las metas y objetivos de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA señala que el 39% de los países con «epidemias generalizadas» no tiene políticas nacionales para proporcionar un apoyo esencial a los niños huérfanos y vulnerables (ONUSIDA, 2003). El 14% de esos países está desarrollando políticas, pero el 25% no tiene planes al respecto.

El problema de los huérfanos tiene que resolverse por medio de una voluntad política decidida antes de que alcance proporciones de crisis. En los países, una amplia gama de estamentos gubernamentales y de la sociedad civil debe proporcionar ayuda financiera a los niños, familias y comunidades, junto con medidas de prevención del VIH, atención y apoyo.

Las políticas nacionales, como las desarrolladas en Honduras, Jamaica, Malawi, Rwanda,

Swazilandia, Tailandia y Uganda, constituyen un buen punto de partida. Pero las políticas carecen de sentido si no existe el compromiso de trasladarlas en acciones prácticas. Las familias y comunidades muestran a menudo un compromiso y una adaptabilidad considerables, y están encabezando las respuestas para proteger a los niños afectados por el SIDA. Los marcos de política y los planes nacionales deben crear un entorno que promueva tales esfuerzos, de modo que los huérfanos puedan sobrevivir y prosperar en el futuro. 



Ampliar la prevención integral del **VIH**

4

Necesidades de prevención de las niñas y las mujeres

A pesar de la mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres, son las desventajas jurídicas, sociales y económicas a las que se enfrentan las mujeres y niñas en la mayoría de las sociedades las que aumentan enormemente su vulnerabilidad al VIH. Por consiguiente, los planteamientos que tienen en cuenta al género de las personas son fundamentales al diseñar programas de prevención.

No es tan fácil como el ABC

Durante años, los programas de prevención para la población general se han centrado en la estrategia «ABC»: abstención y retraso del inicio de la actividad sexual; seguridad manteniendo la fidelidad o reduciendo el número de parejas sexuales, y uso correcto y sistemático de preservativos. Para muchas mujeres y muchachas, este enfoque tiene un valor limitado. Carecen de poder social y económico, y viven con temor a la violencia masculina. No pueden negociar la abstención sexual, ni pueden insistir en que sus parejas les sean fieles o utilicen preservativos.

Por paradójico que parezca, la confianza y el afecto dentro del matrimonio y otras relaciones a largo plazo son a veces una parte del problema. Los estudios efectuados en diversas partes del mundo indican que las parejas casadas tienen relaciones sexuales con mayor frecuencia que los individuos no casados, pero utilizan menos preservativos. Varios estudios mundiales sobre las relaciones entre profesionales del sexo y sus clientes revelan un patrón similar: el uso de preservativos era menos constante si los profesionales del sexo sentían un cierto nivel de intimidad con clientes habituales. Por ejemplo, en la provincia de Nyanza (Kenya), los clientes de profesionales del sexo encuestados indicaban que utilizaban preservativos de forma menos constante cuando estaban con la pareja comercial de costumbre (Helene *et al.*, 2002).

Se requiere toda una gama de enfoques

A muchas mujeres se les niegan los conocimientos y los medios para protegerse del VIH. Estudios efectuados en 38 países constataron que las mujeres de 15-24 años tenían un conocimiento sumamente bajo sobre la transmisión del VIH (UNFPA, 2002). Es esencial poner en práctica estrategias integrales que incluyan servicios específicos para el género y la cultura con el fin de ayudar a las mujeres a contrarrestar los factores sociales y económicos discriminatorios. Algunos componentes clave son: acceso a educación (especialmente secundaria); refuerzo de la protección jurídica para los derechos de la mujer a la propiedad y sucesión; erradicación de la violencia contra las mujeres y niñas, y garantía de un acceso equiparado a los servicios de atención y prevención del VIH. Se considera a menudo que los varones son una parte importante del problema. En cualquier caso, también deben ser una parte sustancial de la solución al: responsabilizarse de la fidelidad y las prácticas sexuales seguras; comprometerse con la educación de sus hijas; aliviar la carga asistencial de sus esposas, y adoptar una actitud de tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres.

En junio de 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer llevaron a cabo una consulta de expertos para reformular la prevención clásica del VIH basándose en las necesidades diferenciadas de las mujeres y niñas. También pretendían mejorar las intervenciones relacionadas con el VIH que están enfocadas a los varones (OMS, 2003). Los expertos expusieron distintos planteamientos para integrar el género en los programas de prevención:

- Los enfoques que tienen en cuenta las diferencias entre los sexos, como mínimo, reconocen que las mujeres y los varones tienen necesidades diferentes de prevención, atención y apoyo. Por ejemplo, el diagnóstico y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual deben integrarse en los dispensarios de salud reproductiva/planificación familiar. Así, las mujeres serán capaces de tener acceso a esos servicios sin miedo a la censura social. Otro ejemplo es la promoción de los medios de prevención controlados por las mujeres, como preservativos femeninos y microbicidas.
- Enfoques que transformen los papeles en función del sexo. Estos planteamientos trabajan con varones y mujeres para abrogar las normas de género que crean vulnerabilidad al VIH. La implicación de los varones en tales planteamientos es crítica para potenciar papeles masculinos constructivos en relación con la salud sexual y reproductiva. Uno de los ejemplos más conocidos es el programa Stepping Stones («escalones»), un enfoque participativo frente al VIH, la salud sexual y el género. Se desarrolló inicialmente en Uganda a mediados de los años 1990, y en la actualidad se aplica en más de 100 países. Se forman grupos de compañeros de 10-20 personas del mismo sexo y edad similar para que discutan sobre papeles de género, dinero, actitudes ante el sexo y la sexualidad y actitudes frente a la muerte. Este tipo de entornos anima a mujeres y varones de todas las edades a explorar sus necesidades sociales, sexuales y psicológicas; analizar los bloqueos de comunicación que experimentan, e introducir cambios en sus relaciones.
- Las intervenciones de capacitación para las mujeres y niñas intentan igualar el equilibrio de poder entre mujeres y varones. Algunos ejemplos son el acceso creciente de las mujeres a bienes y recursos, como los derechos a la propiedad y la sucesión, y la facilitación de redes de mujeres y el fortalecimiento de organizaciones comunitarias populares. Otros proyectos van más allá de las necesidades inmediatas específicas de género. Se basan en la creencia de que la capacitación sólo puede alcanzarse cuando las mujeres asumen el control de todos los aspectos de su vida. Por ejemplo, en la India, el Proyecto Sonagachi para profesionales del sexo tiene una estructura autónoma y utiliza educadores inter pares, lo que lo convierte en un modelo internacional de capacitación para la prevención del VIH entre profesionales del sexo y sus clientes.

La programación que tiene en cuenta las diferencias entre los sexos puede alcanzarse con frecuencia a corto plazo, dado que los formuladores de políticas nacionales y los donantes internacionales la comprenden y la aceptan. El desarrollo de medios de prevención más discretos y controlados por las mujeres, como microbicidas, potenciará significativamente estos enfoques. A más largo plazo, la modificación de las realidades de género que impulsan la epidemia requerirá planteamientos de transformación y capacitación a gran escala. Los efectos de estas iniciativas tardarán más tiempo en resultar evidentes, pero son esenciales para frenar la epidemia.

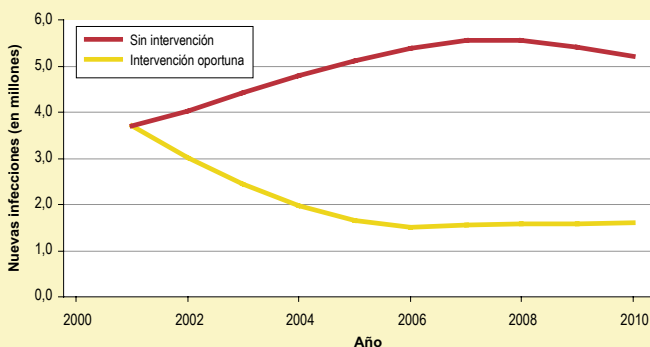
Ampliar la prevención integral del VIH

La prevención es el pilar básico de la respuesta al SIDA, pero pocas veces se aplica a la escala que permitiría cambiar el rumbo de la epidemia. Existen intervenciones de prevención del VIH eficaces, poco costosas y relativamente sencillas, pero el ritmo de la epidemia supera con creces los esfuerzos de la mayoría de los países para introducir programas de prevención eficaces. A nivel mundial, tiene acceso a servicios de prevención menos de una quinta parte de las personas que los necesitan (Policy Project, 2004).

En el momento actual, el mayor acceso a la terapia antirretrovírica está dando esperanzas a millones de personas que viven con el VIH; es fundamental que este avance corra paralelo con una expansión de los programas preventivos. Un incremento drástico de los programas de prevención tendría un impacto profundo sobre los niveles de infección por el VIH. La prevención integral podría evitar unos 29 millones de los 45 millones de nuevas infecciones que se prevé que ocurran durante el presente decenio (Stover *et al.*, 2002) (véase figura 17). Por otra parte, sin una reducción sustancial de la incidencia del VIH, la ampliación del acceso a tratamiento resulta insostenible. Los proveedores de terapia antirretrovírica se verán desbordados por la demanda.

Figura 17

Nuevas infecciones previstas en adultos, dados el nivel actual de intervención y la ampliación oportuna del conjunto integral de intervenciones



Fuente: Stover *et al.* (2002). *Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response?* Lancet, 2002.

En la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, países de todo el mundo se comprometieron a ampliar en gran escala sus programas de prevención. La meta de la Declaración para 2005 es reducir en un 25% la prevalencia del VIH entre los jóvenes (15-24 años) de los países más afectados, y reducir en un 20% la proporción de lactantes infectados por el virus.

Si se mantienen las tendencias actuales, muchos países serán incapaces de alcanzar tales objetivos. En los países más afectados de África subsahariana, pocas personas tienen acceso a programas preventivos, a pesar de las tasas extraordinariamente altas de infección. En otras regiones donde la epidemia está emergiendo con rapidez, todavía existen oportunidades para frenar su propagación, pero sólo si se aceleran los esfuerzos preventivos.

Superar los nuevos desafíos de prevención

Por suerte, las iniciativas de diversos países para reducir las tasas de infección por el VIH están obteniendo resultados positivos. El Senegal, Tailandia y Uganda anticiparon los primeros éxitos en la prevención del VIH. En los últimos años se han realizado progresos similares en países tan diversos como el Brasil, Camboya y la República Dominicana. La comunidad mundial puede aprender de estos éxitos de prevención, y adaptarlos en consonancia. Una enseñanza general es que cualquier respuesta eficaz se fundamenta en

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

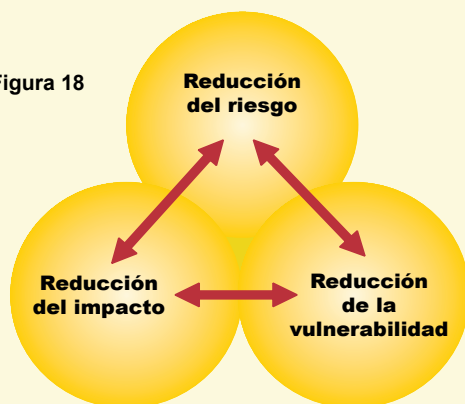
Los programas de prevención llegan a menos de una de cada cinco personas que los necesitan

- Según estimaciones de 70 países que respondieron a una encuesta de cobertura en 2003, la proporción de mujeres embarazadas que disponen de servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH oscila del 2% en el Pacífico occidental al 5% en África subsahariana y el 34% en las Américas.
- La proporción de adultos que reciben asesoramiento y pruebas voluntarias cuando lo necesitan varía desde casi cero en Asia sudoriental hasta el 7% en África subsahariana y el 1,5% en Europa oriental.
- El uso de preservativos en caso de relaciones sexuales con una pareja con la que no se cohabita es del 13% en Asia sudoriental y del 19% en África subsahariana.
- Menos del 10% de los países encuestados con una transmisión significativa del VIH entre consumidores de drogas intravenosas tienen acceso a programas de reducción del daño.
- En las Américas, dispone de servicios preventivos casi el 30% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones, en comparación con el 6% en África subsahariana. En Asia sudoriental, el 16% de los 2,2 millones estimados de profesionales del sexo se benefician de servicios básicos de prevención, frente a un 32% de los 2,5 millones estimados de profesionales del sexo en África subsahariana.
- En África subsahariana, casi el 60% de los estudiantes de primaria recibe educación básica sobre el SIDA, en comparación con el 13% en la región del Pacífico occidental.

Fuente: Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, ONUSIDA, 2003; Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003, Policy Project, 2004.

Fortalecimiento de las estrategias de reducción del riesgo, la vulnerabilidad y el impacto

Figura 18



Fuente: ONUSIDA, The Global Strategy Framework on HIV/AIDS (Reinforcing strategies of risk, vulnerability and impact reduction: The expanded response to the epidemic), 2001

tres estrategias estrechamente interrelacionadas (ONUSIDA, 2002):

- Reducir el riesgo de infección para frenar la epidemia.
- Reducir la vulnerabilidad para disminuir tanto el riesgo como el impacto.

- Reducir el impacto para disminuir la vulnerabilidad.

Al mismo tiempo, la prevención del VIH debe evolucionar y ser más innovadora para afrontar los cambios en la epidemia. Por ejemplo, en diversos países industrializados los comportamientos de riesgo y las nuevas infecciones están aumentando otra vez en poblaciones en las que la prevalencia se había estabilizado o reducido, especialmente entre varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros varones. Este fenómeno se ha relacionado con las promesas de la terapia antirretrovírica (Ostrow *et al.*, 2002; Suárez *et al.*, 2001), así como con «la fatiga de la prevención» y el hecho de que muchos jóvenes están pasando a ser ahora mayores de edad sin haber experimentado la devastación de la epidemia.

Se requieren esfuerzos renovados o mucho mayores para prevenir el VIH en las mujeres y muchachas, ya que incluso las intervenciones mejor concebidas tendrán un éxito limitado a menos que cuenten con el apoyo de iniciativas sostenidas para atacar las causas subyacentes a su vulnerabilidad (véase el

Reducción de la vulnerabilidad entre los mineros

La mayoría de los 300 000 mineros del oro y el platino de Sudáfrica trabajan lejos de casa y sólo ven a sus familias una vez al año, un sistema que se originó durante la época colonial y prosperó bajo el apartheid. Este sistema es uno de los factores que impulsa la epidemia de VIH en ese país, al exponer a los mineros a una infinidad de situaciones de riesgo. Ahora, esto está cambiando para muchos hombres, a medida que las compañías se esfuerzan para sustituir los repletos albergues exclusivamente masculinos por viviendas familiares baratas. Las compañías colaboran a menudo con los gobiernos locales para construir casas y reconvertir los viejos albergues.

Lonmin Platinum es uno de los líderes en estos esfuerzos. Es el tercer mayor productor mundial de metales del grupo del platino y emplea a 16 000 mineros fijos. Hasta ahora ha construido más de 1000 viviendas, y planea construir otras 2000 a corto plazo. Y la compañía ha ido aún más allá. En el Día Mundial del SIDA de 2003 empezó a proporcionar tratamiento antirretrovírico a los empleados VIH-positivos, y está examinando la posibilidad de ampliar el programa a sus familias.

recuadro de la página 68). Asimismo, el desafío de «mantener libre del VIH la próxima generación» significa que deben invertirse muchos más recursos en prevención entre los jóvenes de ambos sexos.

El mayor acceso a la terapia antirretrovírica y otros tratamientos brinda una oportunidad excepcional para potenciar los esfuerzos de prevención y alentar a muchas más personas a averiguar su estado del VIH. Es probable que esto suceda, porque las promesas del tratamiento deberían fomentar un mayor uso del asesoramiento y las pruebas voluntarias, y porque los profesionales de la salud ofrecerán cada vez más las pruebas diagnósticas como algo sistemático en su práctica clínica. Esto, combinado con los éxitos visibles del tratamiento, debería promover un diálogo más abierto sobre el VIH. Los mensajes de atención y compasión por parte de líderes políticos, religiosos y comunitarios también contribuirán a reducir el estigma contra las personas que viven con el VIH.

Reducir la vulnerabilidad

La prevención eficaz requiere políticas que ayuden a reducir la vulnerabilidad de un gran número de personas, creando un entorno social, jurídico y económico en el que sea posible la prevención. Una respuesta eficaz al SIDA corre paralela con un desarrollo socioeconómico básico. Algunos estudios en África subsahariana ponen de manifiesto que los varones y mujeres que viven en zonas con mejores indicadores de desarrollo, como esperanza de vida y alfabetismo, tienen una probabilidad significativamente mayor de utilizar preservativos (Ukwuani et al., 2003). Las prácticas sexuales

seguras son más probables entre los adolescentes de Zimbabwe que continúan en la escuela y tienen familias indemnes (Betts *et al.*, 2003). Diversos estudios en África subsahariana y el Caribe indican que las mujeres tienen menos probabilidades de utilizar preservativos que los hombres debido a ciertas dinámicas de poder relacionadas con el sexo, que hacen más difícil que aquéllas pidan el uso de preservativos (Norman, 2003).

Las iniciativas que potencian el desarrollo económico y social y capacitan a las mujeres y muchachas también contribuyen a las respuestas eficaces al SIDA. Estos esfuerzos acordes con la prevención adoptan múltiples formas y pueden ser ejecutados a menudo tanto por el sector público como por el privado. Por ejemplo, en Sudáfrica, las compañías mineras están construyendo viviendas familiares para los trabajadores migrantes con el fin de reemplazar los sobresaturados albergues exclusivamente masculinos, que han desempeñado un papel importante en la propagación del VIH en la región (véase el recuadro más arriba). En Uganda y Kenya, la supresión de las tarifas escolares está permitiendo que vayan a la escuela nuevos alumnos pobres y que sigan en ella muchos adolescentes, especialmente muchachas. Las leyes que autorizan la compra y posesión de equipos de inyección estériles pueden reducir la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas intravenosas, sin contribuir a aumentar el consumo. De forma similar, la cooperación internacional para prevenir la trata de blancas con fines de explotación sexual reduce el número de jóvenes expuestas a un riesgo extraordinariamente alto de VIH, violencia y otros abusos de los derechos humanos.

Prevención integral

La prevención integral aborda todas las modalidades de transmisión del VIH. Dado que las epidemias de VIH son sumamente diversas entre las regiones, dentro de los países y a lo largo del tiempo, los planificadores de programas deben poner un énfasis distinto en la combinación de estrategias:

- En **contextos de prevalencia baja**, la prevención entre ciertos grupos clave (por ej., profesionales del sexo y sus clientes, consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones) puede ser eficaz para mantener el VIH a niveles bajos en la población general.
- En **contextos de prevalencia alta**, la prevención entre poblaciones clave sigue siendo importante, pero para cambiar el rumbo de la epidemia se requieren estrategias amplias que lleguen a todos los segmentos de la sociedad.
- En **todos los países**, la prevención se ve dificultada si el acceso universal al tratamiento, y a otras medidas de reducción del impacto y la vulnerabilidad, no constituye claramente una parte de la respuesta.

La vulnerabilidad a la exposición al VIH –la incapacidad de un individuo o comunidad para controlar su riesgo de infección– es polifacética, de modo que ninguna intervención preventiva aislada será eficaz por sí sola. Los elementos esenciales de la prevención integral del VIH incluyen:

- Educación y sensibilización sobre el SIDA.
- Programas de cambio de comportamiento, en especial para los jóvenes y las poblaciones con mayor riesgo de exposición al VIH, y también para las personas que ya están infectadas.
- Promoción del uso de preservativos masculinos y femeninos como opción protectora, junto con abstinencia, fidelidad y menor número de parejas sexuales.
- Asesoramiento y pruebas voluntarias.
- Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

- Prevención primaria entre las mujeres embarazadas y prevención de la transmisión maternoinfantil.
- Programas de reducción del daño para consumidores de drogas intravenosas.
- Medidas para proteger la seguridad de los suministros sanguíneos.
- Control de las infecciones en los contextos sanitarios (precauciones universales, inyecciones médicas seguras, profilaxis posexposición).
- Educación de la comunidad y cambios en las leyes y políticas para contrarrestar el estigma y la discriminación.
- Reducción de la vulnerabilidad a través de cambios sociales, legislativos y económicos.

Prevenir la transmisión sexual mediante la «prevención de combinación»

El término «prevención de combinación» se utiliza a veces para denominar la prevención integral. Sin embargo, es más habitual que haga referencia a la combinación de estrategias necesarias para prevenir la transmisión sexual. La prevención de combinación incluye diversas estrategias que los individuos pueden elegir en diferentes momentos de su vida para reducir los riesgos de exposición sexual al virus.

Los países que han alcanzado progresos sostenidos en la lucha contra la transmisión del VIH han adoptado toda una serie de enfoques complementarios de prevención, que van desde las opciones «ABC» para prevenir la transmisión sexual a nivel individual (véase el recuadro de la página 73) hasta la integración de los esfuerzos de prevención y atención. El Brasil, Tailandia y Uganda ejemplifican respuestas muy diferentes pero eficaces: hicieron hincapié en conseguir la combinación correcta de intervenciones que se correspondían con las vulnerabilidades y factores de riesgo específicos que caracterizaban la epidemia en cada país.

Uganda es uno de los ejemplos más inspiradores de respuesta nacional eficaz, después de haber logrado reducir satisfactoriamente la prevalencia del VIH desde su cota máxima en 1992. Esto se consiguió

El ABC de la prevención de combinación

Del mismo modo que el tratamiento de combinación ataca al VIH en diferentes fases de la replicación vírica, así la prevención de combinación incluye diversas estrategias de comportamiento sexual seguro que los individuos informados –y en disposición de decidir por sí mismos– pueden elegir en diferentes momentos de su vida para reducir el riesgo de exponerse o exponer a otros al VIH (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH, 2003). Estas estrategias se conocen a menudo como el «ABC» de la prevención de combinación.

- **A – abstinencia.** No realizar el coito o retrasar el inicio de la actividad sexual. Con independencia de que la abstinencia se produzca retrasando el inicio sexual o adoptando un periodo de abstinencia en una etapa posterior, el acceso a información y educación sobre prácticas sexuales seguras alternativas es crítico para evitar la infección por el VIH cuando se inicia o se reanuda la actividad sexual.
- **B – mayor seguridad.** Ser fiel a la pareja o reducir el número de parejas sexuales. El número de parejas sexuales durante toda la vida es una variable predictiva muy significativa de infección por el VIH. Así, tener menos parejas sexuales reduce el riesgo de exposición al VIH. Sin embargo, las estrategias para promover la fidelidad entre las parejas no conducen necesariamente a reducir la incidencia del VIH, a menos que ninguno de ambos miembros esté infectado o que ambos se mantengan firmes en su fidelidad.
- **C – uso sistemático y correcto del preservativo.** Los preservativos reducen el riesgo de transmisión del VIH entre los jóvenes sexualmente activos, las parejas en las que un miembro es VIH-positivo, los profesionales del sexo y sus clientes, y cualquier persona que tenga relaciones sexuales con parejas que puedan haber estado expuestas al VIH. Las investigaciones han demostrado que si las personas no tienen acceso a preservativos, otras estrategias de prevención pierden gran parte de su eficacia potencial.

Las intervenciones A, B y C pueden adaptarse y combinarse en un planteamiento equilibrado, que variará según el contexto cultural, la población en cuestión y la etapa de la epidemia.

gracias a una variedad de enfoques de prevención, que incluían movilización comunitaria, proyectos pioneros de organizaciones no gubernamentales y campañas de educación pública que recalcan los mensajes de retrasar el inicio de la actividad sexual, reducir el número de parejas y utilizar preservativos. Un fuerte liderazgo político, la desestigmatización y la comunicación abierta fueron aspectos fundamentales de la respuesta de Uganda al SIDA. Los cambios de comportamiento a principios de los años 1990 –en particular, retraso del inicio de la actividad sexual y reducción del número de parejas ocasionales– desempeñaron un papel axial en el descenso de las nuevas infecciones. Después de estos cambios iniciales, el mayor uso de preservativos también parece haber sido importante para estabilizar la epidemia y para conservar y acelerar el dinamismo de la respuesta durante el último decenio (Singh *et al.*, 2003; Shelton *et al.*, 2004).

Tailandia también ha aplicado una diversidad de enfoques, con un liderazgo crítico de alto nivel que se inició a principios de los años 1990. Aparte de campañas en los medios de comunicación,

introdujo por primera vez una política de «uso sistemático del preservativo» para los profesionales del sexo y sus clientes. Esto dio lugar a un aumento en la utilización de los preservativos, especialmente en el comercio sexual, y a una disminución en el número de parejas sexuales (ONUSIDA, 2000).

El Brasil redujo las tasas nacionales de infección invirtiendo en campañas de sensibilización sobre el SIDA en los medios de comunicación; programas de reducción del daño para consumidores de drogas intravenosas; programas de cambio de comportamiento para profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones, y promoción del asesoramiento y las pruebas voluntarias (Levi y Vitória, 2002). La movilización enérgica de la sociedad civil y de las organizaciones de personas VIH-positivas constituyó un elemento esencial. Este esfuerzo reivindicativo apoyó y fortaleció las actividades de prevención dirigidas por el Gobierno y promovió la integración de la atención y el tratamiento en el Plan Nacional sobre el SIDA, incluido el acceso universal a la terapia antirretrovírica.

Las respuestas de estos tres países se basaron en una valoración correcta de la combinación singular de factores que impulsaban sus respectivas epidemias. Por ejemplo, el énfasis primario de Tailandia en el uso de preservativos en contextos de comercio sexual habría resultado menos satisfactorio en Uganda, donde el comercio sexual no era el principal impulsor de la epidemia.

Educación y sensibilización sobre el SIDA

Aunque la epidemia ya se encuentra en su tercera década de existencia, la educación básica sobre el SIDA sigue siendo fundamental para la respuesta. Por ejemplo, en la India, datos de encuestas de comportamiento indicaron que el 30% de las mujeres no habían oído hablar del VIH o el SIDA (NACO, 2003). Las mujeres rurales eran las menos informadas: menos del 25% en los estados de Bihar (18,7%), Gujarat (22,7%) y Uttar Pradesh (24,3%) sabían que el VIH puede transmitirse por vía sexual. La figura 19 muestra la diferencia en el nivel de conocimientos sobre la transmisión del VIH entre hombres y mujeres, y entre encuestados urbanos y rurales.

La mayoría de los estudios sobre programas de prevención en países de ingresos bajos y medianos indica que los proyectos eficaces de cambio de comportamiento incluyen componentes educativos y de comunicaciones, y utilizan una amplia gama de medios que van desde el teatro y la música tradicionales hasta las redes mundiales de radio y televisión (Merson *et al.*, 2000). En general, los países que han reducido significativamente las tasas de nuevas infecciones han realizado una gran inversión en iniciativas de educación y sensibilización.

Las campañas en los medios de comunicación han prestado una atención creciente a los programas del VIH y el SIDA. Emisoras nacionales como CCTV en China y la South African Broadcasting Corporation han realizado grandes esfuerzos, al igual que organizaciones de medios de comunicación mundiales, como la British Broadcasting Corporation, TV5 en Francia y la emisora de

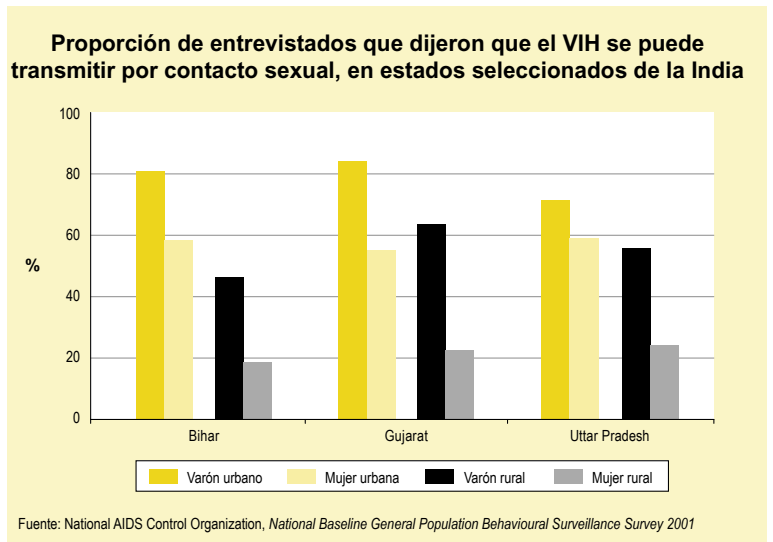


Figura 19

música internacional Music Television (véase Foco de atención «El SIDA y los jóvenes»).

Sin embargo, la información no basta por sí sola para producir un cambio de comportamiento duradero. Un estudio reciente en Zimbabwe constató que muchos jóvenes que habían recibido educación sobre el SIDA e infecciones de transmisión sexual todavía no utilizaban preservativos durante el coito (Betts *et al.*, 2003). Evidentemente, como medio de prevención, la educación sobre el SIDA tiene sus límites. Aun así, la información es crítica para ayudar a las personas a obtener una comprensión precisa de cómo se transmite el VIH y cómo puede prevenirse, el primer paso hacia la reducción del riesgo.

Los consejos nacionales de juventud, redes de proveedores de atención de salud, redes religiosas y otras estructuras pueden ofrecer cauces de comunicación establecidos para transmitir mensajes. En China, la provincia de Anhui emprendió un programa de «formación de capacitadores» para difundir información relacionada con el VIH entre trabajadores de salud. Al principio se impartió formación a 55 miembros del personal en diversas instituciones sanitarias, y se realizaron seminarios de seguimiento en centros provinciales de salud. Dieciocho meses después del periodo de formación, las encuestas indicaron que los conocimientos básicos sobre el VIH eran hasta un 100% mayores en los condados que habían recibido formación en

China: avanza la prevención entre las poblaciones

China tiene 840 000 personas que viven con el VIH, y más del 50% de las infecciones se contrajeron por medio de equipos de inyección de drogas contaminados. Recientemente se ha registrado un gran incremento en el número de personas infectadas a través del comercio sexual, especialmente en las zonas costeras del este y sur del país y en las grandes ciudades. Como respuesta, el Gobierno ha promulgado una política de intervención enérgica para el cambio de comportamiento entre los grupos con mayor riesgo de exposición al VIH. Aunque algunas de las medidas –que incluyen promoción de preservativos, intercambio de agujas y terapia de mantenimiento con metadona– han resultado controvertidas para ciertos departamentos gubernamentales y la población general, en realidad la nueva política apoya actividades que ya se estaban llevando a cabo en diversas partes del país. Por ejemplo, en 2001, las ciudades de Wuhan, en la provincia de Hubei, y Jingjiang, en la provincia de Jiangsu, iniciaron un estudio piloto con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover el uso sistemático de preservativos en lugares de entretenimiento. En 2002, en la región autónoma de Guangxi Zhuang y en la provincia de Guangdong se emprendió un proyecto piloto para comercializar jeringas y agujas, utilizando personal de los centros locales de control de enfermedades (Ministerio de Salud/Grupo Temático de las Naciones Unidas, 2003).

comparación con los que no la habían recibido (Wu *et al.*, 2002).

Programas para cambiar comportamientos de riesgo y sostener comportamientos saludables

Docenas de estudios han demostrado que diversas estrategias pueden ayudar a las personas a iniciar un cambio de comportamiento –y sostener un comportamiento saludable– para reducir el riesgo. Las evaluaciones de programas han documentado cambios de comportamiento sexual entre adolescentes y adultos; hombres y mujeres; personas de países de ingresos bajos, medianos y altos, y en grupos especialmente vulnerables a la infección (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH, 2003).

Los programas de cambio y mantenimiento de comportamiento proporcionan información esencial sobre la salud, motivan a las personas para reducir el riesgo y aumentan las capacidades para utilizar preservativos y negociar prácticas sexuales seguras. Los enfoques eficaces para los jóvenes y niños implican una educación basada en aptitudes para la vida que promueva la adopción de comportamientos saludables. Esto se concreta en asumir una mayor responsabilidad sobre la propia vida, elegir opciones saludables, fortalecerse para oponerse a presiones negativas y reducir al mínimo los comportamientos nocivos.

Los programas satisfactorios de cambio de comportamiento suelen ir acompañados de otros componentes de la prevención integral antes mencionados. También cuentan con el apoyo de la recopilación de información sólida sobre comportamientos, actitudes y redes sociales de la población objetivo. Pueden utilizarse diversas técnicas, desde encuestas hasta sistemas complejos de información geográfica. Por ejemplo, un estudio reciente en tres municipios y un distrito comercial de Sudáfrica demostró que la investigación operacional desempeña un papel potencialmente útil en el desarrollo de estrategias de prevención. Los investigadores comprobaron que las redes sociales en estas áreas eran relativamente difusas, pero, en general, los encuestados eran capaces de identificar lugares públicos donde se encuentran nuevas parejas sexuales. El estudio demostró que la mayoría de estos lugares carecía de preservativos, y ayudó a identificar puntos de encuentro potencialmente importantes para las investigaciones (Weir *et al.*, 2003).

Promover el uso de preservativos masculinos

Los esfuerzos de prevención del VIH se han centrado desde hace tiempo en fomentar el uso correcto y sistemático de preservativos como parte de una estrategia de prevención de combinación. Los datos científicos confirman inequívocamente que los preservativos masculinos de látex son muy

Esfuerzos singulares de prevención en Nepal

En Nepal, la organización Servicios Internacionales de Población ha puesto en marcha una campaña de sensibilización que aprovecha las ventajas de alcance del servicio nacional de correos. La campaña consiste en colocar una pegatina que dice «Protégete y protege a otros del VIH/SIDA» en todas las cartas o paquetes que entran y salen del país. Las pegatinas llevan el logotipo de la principal marca de preservativos que Servicios Internacionales de Población ha estado distribuyendo en Nepal desde 2003. Otros esfuerzos de promoción se han centrado en establecimientos de ocio no tradicionales que atienden a poblaciones de alto riesgo, como diversos tipos de restaurantes y salones de masaje. Durante el primer año de funcionamiento, estas iniciativas han permitido distribuir casi cuatro millones de preservativos, cifra que supera ampliamente el objetivo inicial de un millón.

eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH (CDC, 2002). Las pruebas también indican que los preservativos femeninos de poliuretano tienen una eficacia comparable para proteger contra la transmisión sexual (OMS/ONUSIDA, 1997). Además, los preservativos previenen otras infecciones de transmisión sexual que se asocian a un mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH.

Los preservativos siempre han tenido un papel clave en el éxito de los programas nacionales de prevención. Sin embargo, a pesar de los beneficios evidentes de salud pública, el uso de preservativos sigue siendo exiguo en muchos países. Estudios realizados entre casi 4300 adultos de Kenia, Tanzania y Trinidad constataron que sólo el 19% había utilizado un preservativo con su pareja sexual más reciente (Norman, 2003). El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha identificado más de 200 mitos, ideas erróneas y temores que obstaculizan el acceso a los preservativos y su utilización (UNFPA/ONUSIDA, 2004).

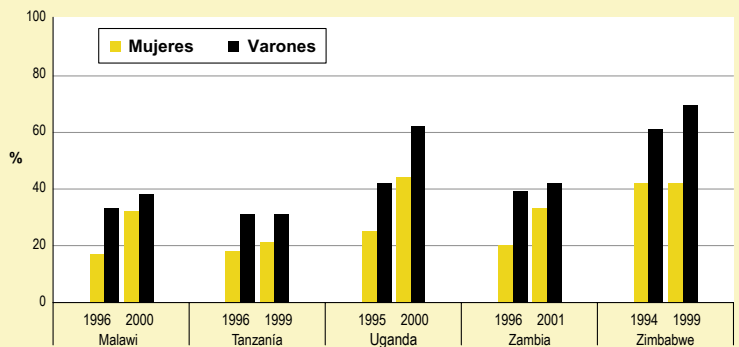
La promoción eficaz del uso de preservativos requiere mensajes claros que disipen dudas y percepciones erróneas, como la idea de que sólo los utilizan las personas promiscuas o la falacia de que el VIH es tan pequeño que puede atravesar el látex. Sin embargo, se necesita algo más que educación. Las personas que desean usar preservativos –sobre todo las mujeres y muchachas– a menudo tienen dificultades para negociar este aspecto con sus parejas sexuales (Norman, 2003). Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar las cuestiones de género dentro de los esfuerzos para promover los preservativos (véase figura 20).

A nivel mundial, la distribución de preservativos ha aumentado sustancialmente durante los últimos años, pero siguen existiendo enormes carencias de suministro. En Sudáfrica, entre 2000 y 2002, la distribución de preservativos aumentó casi un 70%. En el Brasil, entre 1996 y 2000, las ventas totales de preservativos se elevaron un 62% (Levi y Vitória, 2002). En la India, las ventas de preservativos se incrementaron un 13% durante 2003-2004. Entretanto, el Gobierno chino compra actualmente 1200 millones de preservativos al año a proveedores nacionales, sobre todo para su distribución gratuita como anticonceptivos.

Pese a la obviedad de las necesidades, todavía no se dispone de preservativos suficientes en muchas regiones con un crecimiento incesante del VIH. El

Figura 20

Tendencias en el comportamiento sexual de los jóvenes, en países seleccionados de África subsahariana, 1994–2001
 Porcentaje de jóvenes (15–24 años) que declararon haber utilizado un preservativo en su última relación sexual con una pareja con la que no estaban casados ni convivían, del total de los que habían tenido relaciones sexuales con una pareja de esta índole en los últimos 12 meses



Fuente: Datos de Encuestas demográficas y de salud, 1994–2001

UNFPA estima que el suministro actual de preservativos en los países de ingresos bajos y medianos está un 40% por debajo de las necesidades. Desgraciadamente, la financiación internacional para la adquisición de preservativos ha disminuido en los últimos años. El Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA del Banco Mundial y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria están actuando como nuevos cauces de ayuda financiera para el suministro de preservativos. A pesar de ello, persiste un déficit sustancial en la disponibilidad de preservativos, que podría agravarse notablemente en los próximos años a menos que todas las partes interesadas intervengan en el asunto.

Preservativos femeninos

Los preservativos femeninos se introdujeron a comienzos de los años 1990. Desde 1997 están disponibles en más de 90 países. Los esfuerzos de promoción han topado a veces con una cierta resistencia a nivel local por una diversidad de motivos, que se relacionan tanto con los proveedores como con las usuarias. Aun así, los ministerios de salud del Brasil, Ghana, Sudáfrica y Zimbabwe han logrado incrementar significativamente el número de mujeres que los utilizan. Algunos elementos esenciales para la introducción satisfactoria de los preservativos femeninos son la formación de proveedores y educadores inter pares; la comunicación personal con las posibles usuarias; un suministro regular, y la distribución combinada a través de los sectores público y privado. Otros factores críticos para ampliar el uso de los preservativos femeninos son involucrar a un espectro más amplio de estamentos decisivos y personas influyentes (gestores de programas, proveedores de servicios, líderes comunitarios y miembros de grupos de mujeres) y asegurar el liderazgo político y la financiación por parte de gobiernos y donantes.

Los factores de mercado también impiden a menudo una promoción eficaz de los preservativos femeninos. Para empezar, cuestan más que los preservativos masculinos, lo que los hace inaccesibles para muchos países con recursos limitados.

Como respuesta a estos obstáculos, algunos países donantes están trabajando para obtener precios preferentes y aumentar la ayuda financiera con el fin de promover los preservativos femeninos. En Sudáfrica se han iniciado ensayos de fase II y III sobre un preservativo femenino de segunda generación que costará un tercio menos que el actual.

Jóvenes

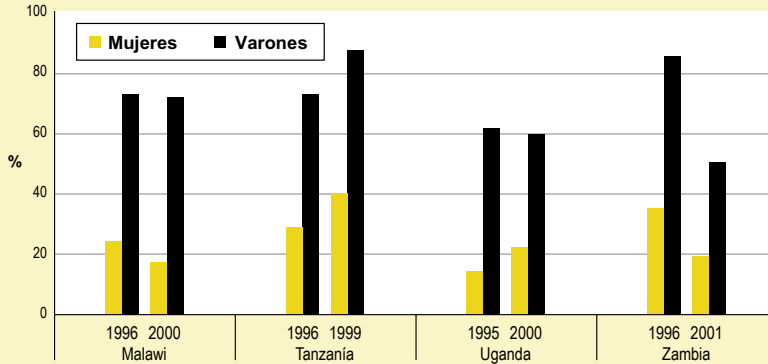
Los jóvenes son un foco de atención crucial para los programas de cambio de comportamiento: según las estimaciones, la mitad de todas las nuevas infecciones corresponde a personas de 15-24 años. Sin embargo, los jóvenes de las diferentes partes del mundo se enfrentan a distintos tipos de riesgo, y los programas de prevención deberían elaborarse en consonancia. Por ejemplo, las intervenciones dirigidas a niños que no asisten a la escuela son muy diferentes de las que necesitan los niños escolarizados. En países donde el consumo de drogas intravenosas plantea un mayor riesgo de infección por el VIH que la transmisión sexual, la enseñanza de aptitudes para la vida debe adaptarse en consecuencia. Por suerte, durante los dos últimos decenios se ha acumulado una gran cantidad de experiencia sobre prevención en los jóvenes, experiencia que ahora se está aplicando en diversas partes del mundo (véase Foco de atención «El SIDA y los jóvenes»).

Mujeres y niñas

La vulnerabilidad especial de las mujeres y niñas está bien documentada. Por ejemplo, en el conjunto de África subsahariana, la probabilidad de contraer el VIH es un 30% mayor en las mujeres que en los varones (véase el capítulo «Panorama mundial»). Entre los jóvenes son especialmente acusadas las desigualdades por razón de sexo en las tasas de infección. En encuestas por hogares efectuadas en siete países de África subsahariana se comprobó que las mujeres de 15-24 años tenían una probabilidad 2,7 veces mayor de estar infectadas por el VIH que sus homólogos masculinos (OMS, 2002a), a pesar de que era mucho menos probable que hubieran tenido parejas no conyugales o no cohabitantes durante los últimos 12 meses (véase figura 21).

Tendencias en el comportamiento sexual de los jóvenes, en países seleccionados de África subsahariana, 1994–2001

Porcentaje de jóvenes (15–24 años) que declararon haber tenido relaciones sexuales con una pareja con la que no estaban casados ni convivían, en los 12 meses anteriores a la encuesta



Fuente: Datos de Encuestas demográficas y de salud, 1995–2001

Figura 21

Empezar a edades tempranas es crucial para la mayoría de las estrategias de prevención, y una de las mejores formas de proteger a las niñas de la exposición al VIH es asegurar que continúen en la escuela (véase el capítulo «Impacto»). En consonancia con la iniciativa internacional «Educación para todos», se han identificado tres líneas básicas de acción que son capitales para la respuesta del sector educativo al problema de las niñas y el VIH:

1. Mantener a las niñas en la escuela, y asegurar un entorno propicio que les asegure la escolarización y la enseñanza.
2. Asegurar que se proporciona educación preventiva sobre el VIH como parte del programa escolar de calidad que merecen todos los niños y jóvenes.
3. Asegurar medidas especiales para los niños no escolarizados a fin de extender la definición de educación más allá de las escuelas meramente, y tener en cuenta las necesidades de los niños que trabajan, los niños de la calle y los que son explotados o vulnerables a causa de la pobreza y las malas condiciones de vida.

A medida que las niñas se hacen mayores, otras actividades de prevención adquieren una importancia creciente. Reducir la vulnerabilidad de las

mujeres al VIH significa abordar una variedad de desventajas jurídicas, sociales y económicas relacionadas con el sexo.

Parejas casadas y en cohabitación

Las parejas casadas o que cohabitan tienen relaciones sexuales más a menudo que las personas que no viven juntas, pero utilizan preservativos con menor frecuencia (Informe de Población, 1999). Por supuesto, este uso limitado de los preservativos se debe en parte a la confianza, pero también refleja la falta de poder de las mujeres

para negociar prácticas sexuales seguras, aun en el caso de que sospechen que sus esposos han tenido relaciones sexuales de alto riesgo antes o durante el matrimonio.

Preservar la seguridad siendo fiel a la pareja es un componente integral de la estrategia ABC, pero la idea de que ya no se necesita protección con la pareja habitual puede ser peligrosa. La fidelidad sólo protege cuando ninguno de los miembros de la pareja está infectado por el VIH y ambos se mantienen siempre fieles. Por ejemplo, un estudio efectuado en Tailandia en 1999 comprobó que, aunque las tres cuartas partes de las mujeres VIH-positivas habían sido infectadas muy probablemente por sus esposos, casi la mitad pensaban que tenían un riesgo mínimo o nulo de infección por el VIH. Las relaciones sexuales con sus esposos eran el único factor de riesgo de VIH comunicado por estas mujeres (Xu *et al.*, 2000).

Esto subraya la utilidad de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias para las parejas, que pueden aumentar el conocimiento sobre el estado del VIH y ayudarlas a hablar sobre relaciones sexuales y hacer planes para reducir el riesgo. Los estudios han constatado que después de recibir asesoramiento y someterse voluntariamente a la prueba del VIH, las parejas serodiscordantes por lo que respecta al VIH (parejas en las que sólo un

La India: uso de preservativos entre varones que tienen relaciones sexuales con varones

El Humsafar Trust, en Mumbai, que trabaja con el hospital municipal Lokmanya Tilak, es uno de los dos centros de vigilancia del VIH de la India para varones que tienen relaciones sexuales con varones. En una encuesta entre los clientes del Trust, el 82% de los varones y el 75% de los transexuales indicaron que sus parejas sexuales se ponían furiosas si ellos insistían en utilizar preservativos. Aproximadamente la mitad de ambos grupos dijeron que los preservativos eran caros, difíciles de encontrar y embarazosos de comprar; también se quejaron de acoso policial por el simple hecho de llevarlos. Más preocupante aún es el hecho de que el 85% de ambos grupos creía que los preservativos eran innecesarios con personas de aspecto saludable (Mathur *et al.*, 2002).

miembro está infectado) y los participantes VIH-positivos redujeron el coito no protegido y aumentaron el uso de preservativos en mayor medida que los participantes VIH-negativos y los que no se sometieron a la prueba (Weinhardt *et al.*, 1999).

Varones que tienen relaciones sexuales con varones

Esta población representa el 5-10% de todos los casos de VIH en el mundo, incluido el grueso de las infecciones en la mayoría de los países industrializados y en América Latina. En Europa central y oriental, la prevalencia del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones es mucho mayor que la de la población general (Hamers y Downs, 2003). En Indonesia, los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan el 15% de los casos comunicados de SIDA; el 29% en Singapur; el 32% en Hong Kong, y el 33% en Filipinas (Colby, 2003). Se sabe menos sobre la prevalencia del VIH en esta población en África subsahariana.

En muchas partes del mundo, los varones que tienen relaciones sexuales con varones no suelen autoidentificarse como *gays*, homosexuales o bisexuales. El encarcelamiento o el servicio militar también pueden crear contextos en los que existan relaciones sexuales entre varones que no se identifican como *gays*. Los varones que tienen relaciones sexuales no protegidas con varones también pueden tenerlas con mujeres, de modo que actúan como «puente epidemiológico» para propagar la infección a la población general. En China, una encuesta entre más de 800 varones que tenían relaciones sexuales con varones constató que el 59% también había tenido relaciones sexuales

con mujeres durante el año anterior (Ministerio de Salud/Grupo Temático de las Naciones Unidas, 2003).

Los programas de prevención deben tener en cuenta el hecho de que este grupo está sumamente estigmatizado en gran parte del mundo. En 2002, 84 países tenían prohibiciones legales contra las relaciones sexuales entre varones (International Lesbian and Gay Association World Legal Survey, 2002). En 13 países de América Latina, este grupo recibe una asignación de fondos sustancialmente menor de los programas nacionales de prevención de la que merecería a juzgar por su representatividad entre todas las personas infectadas (véase el capítulo «Respuestas nacionales»).

En los años 1980, los varones que tenían relaciones sexuales con varones en Norteamérica, Europa occidental y Australia fueron los primeros pioneros en la prevención del VIH. Desarrollaron programas de base comunitaria que forjaron normas de relaciones sexuales seguras y contribuyeron a reducir sustancialmente las nuevas infecciones por el VIH. Este liderazgo también es evidente en los países de ingresos bajos y medianos, a través de grupos tales como el Triángulo Rosa en Malasia, Gays y Lesbianas de Zimbabue y Amigos Siempre Amigos en la República Dominicana, para citar sólo algunos.

En muchos países, las ONG desempeñan un papel crítico en la prestación de servicios de prevención del VIH para varones que tienen relaciones sexuales con varones. Por ejemplo, el Gobierno de Indonesia y Family Health International han llevado a cabo un programa de educación inter pares especialmente concebido para *waria* (profe-

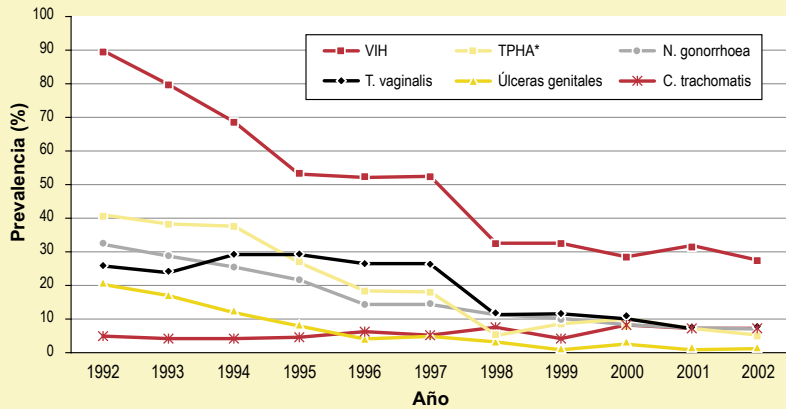
sionales del sexo transexuales), más de una quinta parte de los cuales resultaron VIH-positivos en Yakarta en 2002 (Ministerio de Salud, 2003).

Las intervenciones inter pares que se dirigen a redes sociales de varones que tienen relaciones sexuales con varones pueden ser muy eficaces para promover la reducción del riesgo. Recientemente, personal de prevención reclutó y formó a varones jóvenes de San Petersburgo (Rusia) y Sofía (Bulgaria) para que proporcionaran intervenciones de prevención del VIH a 14 redes sociales de varones que tienen relaciones sexuales con varones en esas ciudades. Una evaluación constató que el programa había fomentado la discusión sobre el VIH y el SIDA dentro de las redes y había aumentado tanto el nivel de conocimientos como el uso de los preservativos (Amirkhanian *et al.*, 2003).

Profesionales del sexo

Como norma, la prevalencia del VIH es más alta entre los profesionales del sexo que en la población general. Entre 1998 y 2002, diversas encuestas sobre profesionales del sexo de diferentes zonas urbanas encontraron tasas extraordinariamente elevadas de infección: 74% en Etiopía, 50% en Sudáfrica, 45% en Guyana y 36% en Nepal (ONUSIDA, 2002). Los niveles crecientes del

Prevalencia anual del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en la Clinique de Confiance, Abidján (Côte d'Ivoire), 1992–2002



*Prueba de hemaglutinación de *Treponema pallidum*
Fuente: Ghys *et al.*, AIDS 2003, Vol. 17 (suppl. 4)

Figura 22

VIH entre los profesionales del sexo pueden constituir un primer aviso de la probabilidad cada vez mayor de que la epidemia se propague entre la población general.

Al mismo tiempo, hay pruebas sustanciales de que los programas de prevención para los profesionales del sexo son sumamente rentables, y que esas personas pueden ser asociados importantes en la prevención si los programas se basan en el reconocimiento de sus derechos humanos. Comprender la amplia diversidad de profesionales del sexo es importante al crear programas de prevención. Además de mujeres, los profesionales del sexo pueden incluir varones o transexuales, jóvenes o ancianos, y trabajar en contextos muy diferentes, desde prostíbulos altamente organizados hasta bares de carretera o la calle.

Tráfico de mujeres y niñas

La trata de blancas para el comercio sexual es una amenaza creciente para las mujeres y niñas. Según el informe de 2002 de la Organización Internacional del Trabajo titulado *Insoportable para el alma humana: el tráfico de niños y niñas y su erradicación*, se estima que entre 28 000 y 30 000 niños ejercen la prostitución en Sudáfrica, la mitad de los cuales tiene entre 10 y 14 años de edad. En Europa, la Organización Internacional para la Migración estima que cada año entre 2000 y 6000 mujeres y niñas son víctimas del tráfico hacia Italia, mientras que Francia, los Países Bajos, Suiza y el Reino Unido son otros países de destino. Viet Nam se enfrenta a un tráfico generalizado de niños rurales que son enviados a las grandes ciudades para prostitución. En las Américas, México tiene un tráfico interno considerable de niñas para el comercio sexual en los centros turísticos del país (OIT/IPEC, 2002).

Los programas de prevención más eficaces para profesionales del sexo abarcan distribución de preservativos, acceso a diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH, asesoramiento y otros servicios. Varios de estos proyectos han alcanzado un cierto éxito al contribuir a aumentar las prácticas sexuales seguras y reducir los nuevos casos de infección, tal como demuestran los estudios efectuados en Benin y Côte d'Ivoire (Alary *et al.*, 2002; Ghys *et al.*, 2003). Por ejemplo, desde 1992 la Clinique de Confiance en Abidján ha observado entre sus clientes una reducción notable de la prevalencia del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (véase figura 22), que puede atribuirse en gran parte a los programas de prevención.

El programa «Uso sistemático de preservativos», ejecutado inicialmente en Tailandia, es una de las intervenciones más conocidas en relación con los profesionales del sexo, y se ha reproducido en otros países como la República Dominicana y Camboya. Después de la ejecución del programa en Camboya, la prevalencia en adultos, que había alcanzado el 3% en 1997, se mantuvo estable en este nivel hasta 2002. Al mismo tiempo, la prevalencia del VIH entre profesionales del sexo que trabajaban en prostíbulos disminuyó del 43% en 1997 al 29% en 2002 (Cohen, 2003).

Recientemente, algunas organizaciones de profesionales del sexo han criticado la forma en que se ha aplicado este programa en diversos países (Wolffers y van Beelen, 2003). Un estudio comprobó que ciertas características del programa camboyano, como la falta de consulta con los profesionales del sexo, reducían su eficacia, mientras que las estipulaciones de pruebas obligatorias suscitaban preocupaciones significativas de derechos humanos (Lowe, 2002). Una evaluación posterior del programa en 2003 condujo a que se abordaran algunas de tales preocupaciones. En cambio, el enfoque voluntario utilizado en la República Dominicana favorece el uso de los preservativos al movilizar y educar a los profesionales del sexo, propietarios y demás personal de los establecimientos (Kerrigan *et al.*, 2003).

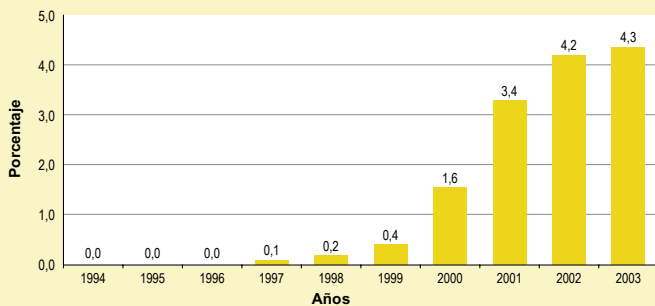
En muchos países, un gran porcentaje de los profesionales del sexo son extranjeros. Se estima que el 30-40% de los profesionales del sexo en los países de la Unión Europea procede de Europa oriental (Brussa, 2002). En Abidján (Côte d'Ivoire), la mayoría de los profesionales del sexo son de países vecinos como Ghana, Liberia y Nigeria (Ghys *et al.*, 2002). En estas circunstancias, los programas de prevención deben adaptarse cuidadosamente para abordar la mayor vulnerabilidad de los trabajadores extranjeros, en particular los que han sido objeto de tráfico en contra de su voluntad (véase el recuadro de la página 80). Un ejemplo es la Red Europea para la Prevención del VIH/ETS en la Prostitución, que funciona en 24 países europeos, incluidos nueve de Europa central y oriental. Sus «mediadores culturales» trabajan para contactar con profesionales del sexo de países de ingresos bajos y medianos y conectarlos con proveedores de atención de salud y otros servicios (Brussa, 2002).

Las violaciones de los derechos humanos contra los profesionales del sexo (incluidos altos niveles de violencia) por parte de la policía y de delincuentes están tan generalizadas como el propio comercio sexual y socavan seriamente los esfuerzos de prevención (Human Rights Watch, 2003). Las estrategias para afrontar esta situación incluyen educación y formación para los agentes de policía, normativas de protección y aplicación de las leyes existentes y los reglamentos laborales que prohíben la discriminación y castigan la violencia.

Reclusos

Se calcula que hay aproximadamente 10 millones de personas encarceladas en todo el mundo. Esto tiene implicaciones importantes para la epidemia mundial, ya que las prisiones y otras instituciones tutelares son un caldo de cultivo para enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis y la hepatitis. Las poblaciones de reclusos proceden principalmente de los grupos más marginados de la sociedad: personas vulnerables, con mala salud o enfermedades crónicas no tratadas, o que realizan actividades con un alto riesgo de exposición al VIH, como consumidores de drogas intravenosas o

Porcentaje de reclusos VIH-positivos en el sistema penitenciario del Ministerio de Justicia de la Federación de Rusia, de 1994 a 2003



| Número de reclusos VIH+ | 7 | 13 | 239 | 1 460 | 2 319 | 4 100 | 15 100 | 33 000 | 36 850 | 36 000 |
|-------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|---------|---------|
| Total de reclusos | 929 000 | 1 018 000 | 1 048 000 | 1 018 300 | 1 014 500 | 1 060 400 | 925 100 | 980 200 | 877 400 | 830 400 |

Fuente: Datos basados en GUIN (Departamento de Aplicación de Sanciones) – Dirección General Correccional del Ministerio de Justicia

Figura 23

profesionales del sexo. La inmensa mayoría se reintegra en la sociedad en un momento u otro.

Abundan los datos que confirman una prevalencia del VIH alta en las prisiones. En Sudáfrica, donde la prevalencia del VIH en adultos supera el 20%, el nivel en las prisiones duplica esta cifra (Goyer, 2003). En los Estados Unidos se estima que la proporción de casos confirmados de SIDA en las prisiones es cuatro veces mayor que en la población general (Braithwaite y Arriola, 2003). En Europa, los niveles comunicados de infección por el VIH llegan hasta el 26% en España, 17% en Italia, 13% en Francia y 11% en Suiza y Países Bajos. También se han notificado numerosas infecciones por el VIH en prisiones de países de Europa oriental, como Ucrania y, en fechas más recientes, Lituania. En el Brasil, los niveles de infección en las prisiones varían del 11% al 22% (Jurgens, 2003).

A nivel mundial, la mayoría de los reclusos son varones, pero las reclusas también corren un alto riesgo de VIH. En el Brasil, el Canadá y los Estados Unidos, las mujeres encarceladas tienen más probabilidades de ser VIH-positivas que sus homólogos masculinos, debido en gran parte a que muchas de ellas están en prisión por consumo de drogas o comercio sexual (De Groot *et al.*, 1999; Human Rights Watch, 1998).

En la Federación de Rusia, dado el mayor número de usuarios de drogas intravenosas en la sociedad, también ha aumentado el consumo de tales drogas

en las prisiones y, por tanto, el porcentaje de reclusos VIH-positivos, tal como muestra la figura 23. La tasa de seropositividad para el VIH llega actualmente al 4,3% de la población reclusa.

Las autoridades penitenciarias lo niegan a veces, pero los comportamientos que acarrear un alto riesgo de transmisión del VIH son frecuentes en las prisiones, como el consumo de drogas intravenosas, los tatuajes, las relaciones sexuales entre varones y la violencia (incluida la violación). En Sudáfrica, hasta el

65% de los reclusos masculinos tiene relaciones sexuales con otros reclusos, y se estima que el 80% de los que están a la espera de juicio ha sido víctima de robo y violación por parte de presos convictos con los que comparten celda (Goyer, 2003; Centro Internacional para el Estudio de las Prisiones, 2003).

Por suerte, un número creciente de sistemas penitenciarios está trabajando para proteger del VIH a los reclusos. Muchos países de la UE ofrecen ahora acceso gratuito a preservativos, tratamiento de sustitución y programas de intercambio de agujas y jeringas en sus prisiones. En España, por ejemplo, se estima que el 60% de los consumidores de drogas encarcelados recibe metadona (Stover y Ossietzky, 2001). La Federación de Rusia está colaborando con la AIDS Foundation East-West para desarrollar un programa modelo que incluye educación preventiva para los reclusos y el personal, acceso a preservativos y suministro de desinfectante para esterilizar los equipos de inyección (AFEW, 2003). Entre los países de ingresos bajos y medianos, Uganda es el líder en la formación preventiva sobre el VIH para los reclusos y el personal, y ha compartido su experiencia con el sistema penitenciario de Sudáfrica.

En algunas prisiones europeas se dispone actualmente de tratamiento antirretrovírico y terapia de sustitución de drogas. Esto obedece al principio de que el tratamiento y la atención para los reclusos deberían ser equivalentes a los que existen fuera del entorno penitenciario, tal como ha estable-

cido recientemente la Declaración de Dublín sobre el VIH/SIDA en las Prisiones de Europa y Asia Central, promulgada en febrero de 2004. En última instancia, sin embargo, algunas de las intervenciones más eficaces para este grupo serán aquellas que se dirijan a romper el círculo vicioso de consumo de drogas, delito y encarcelamiento. Entre ellas destacan la ampliación del tratamiento de sustitución para los consumidores de drogas en general y la mayor aplicación de sentencias que no supongan privación de libertad.

Trabajadores migrantes y poblaciones móviles

En los últimos años se ha registrado un crecimiento en el número de personas que se desplazan de un lugar a otro dentro del propio país o a países totalmente distintos. La Organización Internacional para la Migración estima que el número de migrantes internacionales (los que cruzan las fronteras nacionales) aumentó de 105 millones en 1985 a 175 millones en 2000 (OIM, 2003), y hay un número similar de personas que pueden desplazarse dentro de las fronteras nacionales.

Existen vínculos muy estrechos entre los diversos tipos de movilidad y el incremento del riesgo de VIH (véase el capítulo «Panorama mundial»). Sin embargo, aunque existe el prejuicio generalizado de que los migrantes «llevan el SIDA consigo», la realidad es que muchos de ellos se desplazan de zonas con una prevalencia del VIH baja a zonas con una prevalencia más elevada, aumentando así su propio riesgo de quedar expuestos al virus.

El riesgo relacionado con el VIH depende a menudo del motivo de la movilidad. Un estudio reciente en la India constató que eran VIH-positivos el 16% de los camioneros que realizaban una ruta por el sur del país, en comparación con una prevalencia nacional del VIH en adultos inferior al 1% (Manjunath *et al.*, 2002). En Sudáfrica, la prevalencia del VIH es dos veces mayor entre los trabajadores migrantes (26%) que entre los no migrantes (Lurie *et al.*, 2003). En Sri Lanka, las empleadas del hogar que han regresado de trabajar en el Oriente Medio representan aproximadamente la mitad de los casos notificados de VIH (PNUD, 2001a). Los conflictos armados pueden incrementar el riesgo de VIH en un periodo de tiempo

Derechos de entrada, tratamiento y atención

Un número creciente de personas VIH-positivas está migrando hacia los países de Europa. Algunos estudios recientes indican que estos individuos suelen ser diagnosticados en las etapas tardías de la infección, por lo que pierden las ventajas de la atención y tratamiento tempranos (Haour-Knipe, 2002). Varios países han priorizado el asesoramiento y pruebas voluntarias, la atención y el tratamiento para los migrantes y solicitantes de asilo infectados por el VIH. Pero otros han optado por las pruebas obligatorias y la expulsión. Esto es especialmente cierto en el caso de migrantes que planean permanecer en el país de acogida durante más de 6-12 meses. Algunos países expulsan a los inmigrantes VIH-positivos de inmediato, mientras que otros insisten en que tales individuos tienen los medios necesarios para financiarse su propio tratamiento y atención mientras están en el país.

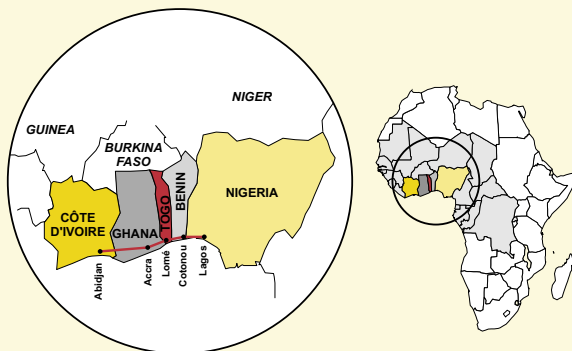
En el Reino Unido, este debate alcanzó su punto álgido en 2003, cuando se reveló que, según las estimaciones, el 80% de las nuevas infecciones heterosexuales por el VIH se habían contraído en África subsahariana. Una gran cobertura en los medios de comunicación señaló que los solicitantes de asilo estaban absorbiendo demasiados servicios públicos, lo que condujo a la petición de pruebas obligatorias del VIH para todos los inmigrantes.

Como respuesta, la Comisión Parlamentaria sobre el SIDA y su homóloga sobre los refugiados celebraron una serie de consultas para investigar la cuestión. El informe final llegó a la conclusión de que las pruebas y la expulsión no eran prácticas ni deseables por motivos de derechos humanos y salud pública. Se recomendó que el Gobierno se atuviera a las directrices reconocidas contra las pruebas obligatorias, pero fomentando al mismo tiempo las pruebas voluntarias para asegurar un mayor acceso al tratamiento y atención. La Comisión también hizo un llamamiento para la elaboración de directrices nacionales sobre la prestación de atención a los solicitantes de asilo VIH-positivos que viven en el Reino Unido (Comisión Parlamentaria sobre el SIDA, 2003).

Equiparar la intervención con las condiciones locales

Los gobiernos temen a menudo que proporcionar acceso a agujas y jeringas estériles conduzca a un mayor consumo de drogas intravenosas. Pero no hay pruebas que respalden tal opinión. Diversos estudios llevados a cabo en Australia, el Canadá, los Estados Unidos, el Reino Unido y Suecia han demostrado que estos programas (en particular si se aplican de forma concertada con otras intervenciones) contribuyen a reducir el uso de equipos de inyección no estériles y la transmisión del VIH. No hay pruebas de que aumenten ni el número de usuarios de drogas intravenosas ni la frecuencia de consumo (Riehm, 1996). Sin embargo, los programas deben estar en consonancia con las condiciones locales. Por ejemplo, la investigación en el Canadá ha demostrado que los usuarios que se inyectan cocaína tienden a hacerlo con una frecuencia mucho mayor que los que consumen heroína y, por consiguiente, requieren una cantidad de agujas y jeringas mucho mayor que la que suministran habitualmente los programas pertinentes (Strathdee y Vlahov, 2001).

Países participantes en el programa subregional conjunto de prevención y atención del VIH a lo largo del corredor migratorio de Abidján-Lagos



Fuente: Organización Internacional para las Migraciones

Figura 24

muy corto, dado que miles de personas se ven obligadas a huir de sus casas y comunidades (véase Foco de atención «El VIH y los conflictos»).

La gran diversidad de situaciones a las que se enfrentan los migrantes requiere que la prevención del VIH se adapte cuidadosamente a las circunstancias específicas de los diferentes grupos. A nivel mundial se está prestando una atención creciente a la prevención entre las poblaciones móviles que cruzan regularmente fronteras internacionales, como camioneros, comerciantes y profesionales del sexo. Un estudio reciente comprobó que hay hasta 56 programas que operan en África, y 27 organizaciones diferentes están trabajando en este campo en Asia meridional y sudoriental (OIM/ONUSIDA/PNUD, 2002; PNUD, 2001). En África, cinco países han emprendido recientemente un programa subregional conjunto de prevención del VIH y atención del SIDA a lo largo

del corredor migratorio de Abidján-Lagos (véase figura 24).

La cooperación interfronteriza está aumentando en diversas partes del mundo. Por ejemplo, en octubre de 2003 los países de la ASEAN dieron un paso adelante muy significativo cuando acordaron incorporar programas de prevención del VIH en los grandes proyectos de construcción. Como condición previa para la licitación sobre esos proyectos, las ofertas de los contratistas deben incluir la prevención del VIH para los trabajadores de la construcción y las comunidades circundantes.

Consumidores de drogas intravenosas y sus parejas sexuales

El uso de equipos contaminados para la inyección de drogas es una vía de transmisión del VIH sumamente eficaz, y sigue desempeñando un papel importante en las epidemias de VIH en varias regiones del mundo (véase figura 25). A nivel mundial hay más de 13 millones de consumidores de drogas intravenosas, y en algunas regiones más del 50% de ellos están infectados por el VIH. En la actualidad, la inyección de drogas con equipos contaminados es la principal vía de transmisión en muchos países de Europa, Asia y América Latina, y también está impulsando la transmisión del VIH en el norte de África y Oriente Medio. En los últimos años, la transmisión entre consumidores de drogas intravenosas ha sido la responsable de la propagación de la infección por el VIH más rápida

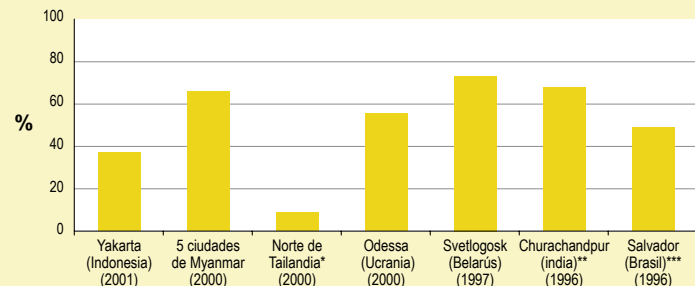
del mundo, en Europa oriental y Asia central (véase el capítulo «Panorama mundial»).

Sin embargo, la experiencia demuestra que es posible prevenir grandes epidemias entre consumidores de drogas intravenosas mediante una combinación de intervenciones, e incluso invertir su curso. Ciudades como Londres (Reino Unido) y Dhaka (Bangladesh) han logrado mantener la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas por debajo del 5%. En Nueva York (Estados Unidos), Edimburgo (Escocia) y varias ciudades del Brasil se han registrado descensos en la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas (Burrows, 2003).

Las mejores respuestas se fundamentan en tres pilares: reducción del suministro, reducción de la demanda y reducción del daño. Debería utilizarse toda una serie de opciones programáticas: desalentar el consumo, proporcionar tratamiento accesible para los usuarios, ofrecer terapias apropiadas de sustitución y asegurar la disponibilidad de agujas estériles y preservativos. En un estudio que comparó la prevalencia del VIH en ciudades de todo el mundo con y sin programas de agujas y jeringas se puso de manifiesto que las que habían introducido tales programas tenían una reducción media anual del 19% en la prevalencia del VIH. Esto contrasta con un incremento del 8% en las ciudades que no habían implantado medidas preventivas. Se estima que, sólo en Australia, estos programas han prevenido unas 25 000 infecciones por el VIH y han ahorrado cientos de millones de dólares en costos de tratamiento (Drummond, 2002).

En la actualidad, la proporción de consumidores de drogas intravenosas a los que llegan las intervenciones de prevención es sumamente baja: menos del 5% del total en los países en que ésta es una vía significativa de transmisión (ONUSIDA, 2003). En muchos países todavía existen obstáculos jurídicos y normativos para utilizar enfoques

Proporción de consumidores de drogas intravenosas de 15–24 años de edad infectados por el VIH, a partir de diversos estudios



*13–24 años; **14–24 años; ***15–20 años

Fuentes: 1) Para Indonesia, Myanmar y Belarus: informes de vigilancia centinela; 2) Para Tailandia: Razak, MH et al. *High HIV Prevalence and Incidence among IDU and Potential Barriers for Prevention Programs in Northern Thailand*. 3) Para Ucrania: Shcherbinskaya AM et al. *HIV/AIDS Epidemiological Surveillance in Ukraine (1987–2000)*. 4) Para la India: Eicher AD et al. *A Certain Fate: Spread of HIV Among Young Injecting Drug Users in Manipur, North-East India*. AIDS Care, 2000. 5) Para el Brasil: Dourado I et al. *Human retrovirus in a Brazilian city with a population predominantly of African origin: evidences for high prevalence of HTLV and HIV-1 among injection drug users (IDU)*.

Figura 25

de eficacia constatada, como el acceso a agujas estériles y la terapia de sustitución. Y ello a pesar de declaraciones de organismos internacionales, como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, que confirman que estas medidas no contravienen los convenios internacionales de fiscalización de drogas (CICN, 2003). Además, pocas intervenciones tienen en cuenta a las parejas sexuales de los consumidores de drogas intravenosas, una consideración clave para evitar una ulterior expansión de la epidemia.

Los esfuerzos de prevención también se ven dificultados por el estigma inherente al consumo de drogas. En algunos países, los proveedores de atención de salud evitan activamente atender a consumidores de drogas intravenosas. En la Federación de Rusia, más del 90% del millón estimado de personas que viven con el VIH contrajeron la infección por consumo de drogas intravenosas. Sin embargo, esos consumidores constituyen tan sólo el 13% de las personas que están recibiendo terapia antirretrovírica (Malinowska-Sempruch *et al.*, 2003).

Pruebas del VIH

El conocimiento del estado serológico respecto del VIH es la puerta de entrada para el tratamiento del SIDA, y también se ha constatado que tiene beneficios para la prevención; no obstante, el alcance actual de los servicios de pruebas del VIH

Pruebas del VIH

El ONUSIDA promueve el acceso ampliado a pruebas del VIH voluntarias y confidenciales, solicitadas tanto por el cliente como por el proveedor, efectuadas con consentimiento informado y acompañadas de asesoramiento/consejo tanto para las personas VIH-positivas como para las VIH-negativas. Con respecto a las pruebas a instancias del proveedor, en todos los contextos, los individuos conservan el derecho a rechazarlas (es decir, no someterse a pruebas ofrecidas de forma sistemática). Todas las pruebas deben ir acompañadas por la remisión a servicios médicos y psicosociales para las personas que tengan un resultado positivo, así como por educación comunitaria y reformas jurídicas y de política con el fin de contrarrestar el estigma y la discriminación.

es escaso, y la aceptación suele ser baja, a causa principalmente del miedo al estigma y la discriminación.

Las piedras angulares para el aumento de las pruebas del VIH incluyen una mayor protección frente al estigma y la discriminación, así como el acceso garantizado a servicios integrales de prevención, tratamiento y atención. Las estrategias de salud pública para aumentar el conocimiento del estado del VIH y la protección de los derechos humanos se refuerzan mutuamente y deberían estar integradas para producir un efecto máximo sobre la reducción de la transmisión del VIH y la mejora de la calidad de vida de las personas ya infectadas. El proceso de las pruebas, con independencia del contexto, tiene que seguir siendo voluntario, y hay que preservar la naturaleza confidencial del resultado. Las «3 C» constituyen los principios fundamentales propugnados desde que las pruebas del VIH empezaron a aplicarse en 1985. Significan:

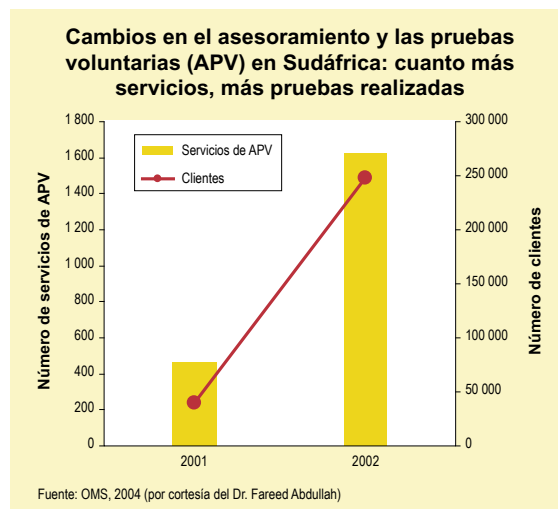
- Confidencialidad.
- Consejo, o asesoramiento, como elemento acompañante de las pruebas.
- Consentimiento informado, que garantiza que la prueba es voluntaria.

Urge ampliar significativamente las opciones de las pruebas del VIH con el fin de aumentar el acceso al tratamiento y prevención. Los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias *solicitados por el cliente*, que se proponen aumentar el conocimiento sobre el estado del VIH, en particular en personas sexualmente activas, corren a cargo de ONG o servicios públicos, en instalaciones independientes o especialmente designadas. El incremento rápido de estos servicios requiere:

- Comercialización eficaz del conocimiento del estado del VIH para las personas que puedan haber estado expuestas al virus por cualquier vía de transmisión.
- Asesoramiento previo a la prueba, de forma individual o en grupo, con seguimiento personalizado.
- Utilización de pruebas rápidas que proporcionen los resultados con celeridad para permitir el asesoramiento inmediato después de la prueba, tanto para las personas VIH-positivas como para las VIH-negativas.

Las nuevas estrategias para potenciar la eficacia de los programas de tratamiento y prevención requieren la oferta sistemática de pruebas del VIH *por parte del proveedor*, con remisión asegurada a servicios eficaces de prevención y tratamiento. Las *pruebas diagnósticas del VIH* están indicadas siempre que una persona muestre signos o

Figura 26



síntomas congruentes con enfermedades relacionadas con el VIH, incluida la tuberculosis, a fin de facilitar el diagnóstico y tratamiento clínicos. La oferta sistemática de pruebas del VIH por parte de los proveedores de atención de salud debería abarcar a todos los pacientes en:

- Dispensarios de infecciones de transmisión sexual, para facilitar el asesoramiento personalizado según el conocimiento del estado del VIH.
- Dispensarios de salud maternoinfantil, para permitir la prevención antirretrovírica de la transmisión vertical.
- Contextos sanitarios donde el VIH sea prevalente y se disponga de tratamiento antirretrovírico (servicios de tratamiento toxicológico, servicios hospitalarios de urgencias, salas hospitalarias de medicina interna, etc.).

Para dar el *consentimiento informado* a una oferta de prueba del VIH por parte del proveedor, el paciente debe conocer lo siguiente:

- Las ventajas clínicas y preventivas de la prueba.
- El derecho a rechazarla.
- Los servicios de seguimiento que se le ofrecerán.
- La importancia de informar a otros –si el resultado es positivo– que corren un riesgo continuado y que, de lo contrario, no sospecharían que también ellos están expuestos al VIH.

Con independencia de que las pruebas se hayan realizado con fines diagnósticos o se hayan ofrecido de forma sistemática, hay que asegurar la remisión posterior a servicios de asesoramiento que hagan hincapié en la prevención (para todas las personas evaluadas) y a servicios médicos y de apoyo psicosocial (para aquellas que hayan resultado positivas) (véase figura 27). Se aplican las condiciones básicas de confidencialidad, consentimiento y consejo, pero el asesoramiento convencional previo que se utiliza para las pruebas solicitadas por el cliente debe adaptarse para asegurar simplemente el consentimiento informado, sin necesidad de una

Khayelitsha: La disponibilidad de servicios multidisciplinarios descentralizados de tratamiento antirretrovírico, sensibilización y apoyo aumenta drásticamente la demanda de pruebas y asesoramiento

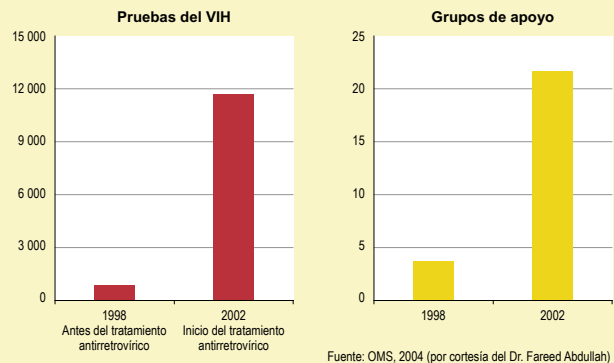


Figura 27

sesión de educación y asesoramiento exhaustivos antes de la prueba.

En el caso de pruebas indicadas por el proveedor, ya sea con fines diagnósticos, para ofrecer prevención antirretrovírica de la transmisión maternoinfantil o para fomentar el conocimiento del estado del VIH, los pacientes mantienen el derecho a rechazarlas (es decir, no someterse a una prueba ofrecida de forma sistemática). La prueba del VIH sin consentimiento puede estar justificada en la circunstancia excepcional de que el paciente esté inconsciente, no estén presentes los padres o tutores y sea necesario conocer el estado del VIH a fin de optimizar el tratamiento. Hay que explicar a todos los donantes de sangre que ésta se analizará de forma confidencial para detectar el VIH y que, si está infectada, se eliminará del suministro sanguíneo.

Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

La prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual son componentes esenciales de una estrategia eficaz de prevención del VIH. Las infecciones de transmisión sexual no tratadas incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de relaciones sexuales no protegidas. La mayoría de estas infecciones puede prevenirse utilizando preservativos y buscando tratamiento de inmediato. Además, muchas infecciones bacterianas (por ej., sífilis, blenorragia e infección por clamidias) y

parasitarias (por ej., infección por *Trichomonas*) de transmisión sexual pueden tratarse de manera fácil y barata con antibióticos.

Desgraciadamente, en muchos países el diagnóstico y tratamiento incorrectos de las infecciones de transmisión sexual están obstaculizando los esfuerzos de prevención del VIH. En 2003, en Viet Nam, sólo se diagnosticó, asesoró y trató adecuadamente el 38% de los casos de infección de transmisión sexual. Otras cifras significativas fueron el 30% en Botswana y el 50% en Kenya (ONUSIDA, 2003). Sin embargo, en Cotonou (Benin), los farmacéuticos cualificados para diagnosticar y recomendar tratamiento para uretritis de transmisión sexual tenían una probabilidad mucho mayor que otros farmacéuticos de identificar los casos y prescribir una terapia eficaz.

Aunque en general se acepta que deben incrementarse significativamente —y de diversas formas— los esfuerzos para controlar las infecciones de transmisión sexual, existe controversia entre los investigadores acerca del impacto relativo que tienen los programas de tratamiento de esas infecciones sobre la incidencia del VIH. En Mwanza (Tanzanía), un ensayo del tratamiento de infecciones de transmisión sexual, a gran escala y de índole comunitaria, redujo la incidencia del VIH en la comunidad. Sin embargo, otros dos ensayos en Uganda (en Masaka y Rakai) no observaron ningún efecto (Kamali *et al.*, 2003). Es probable que esto sea debido a la etapa relativamente avanzada de la epidemia cuando se llevaron a cabo estos dos últimos ensayos. El control de las infecciones de transmisión sexual puede ser más eficaz para reducir la incidencia del VIH en epidemias de bajo perfil y crecimiento lento (Hitchcock y Fransen, 1999).

Prevención de la transmisión maternoinfantil

Se estima que, en 2003, 630 000 lactantes en todo el mundo contrajeron la infección por el VIH, la inmensa mayoría de ellos durante la gestación y el parto o como consecuencia del amamantamiento materno. Asimismo, el pasado año fallecieron unos 490 000 niños por causas relacionadas con el SIDA.

Al menos una cuarta parte de los neonatos infectados por el VIH fallecieron antes de cumplir el primer año de vida, y hasta el 60%, antes de llegar al segundo aniversario. En general, la mayoría falleció antes de los cinco años de edad (Dabis y Ekpini, 2002; Fundación Elizabeth Glaser para el SIDA Pediátrico, 2003). En 1999, en Botswana, el SIDA fue el causante del 40% de todos los fallecimientos de niños menores de cinco años. Otras cifras comparables en el mismo grupo de edad son el 35% en Zimbabue; 25% en Namibia y Swazilandia, y más del 20% en Kenya, Sudáfrica y Zambia (Walker *et al.*, 2002).

Muchos de estos niños contraen el VIH por transmisión maternoinfantil, lo que ilustra sombríamente las actuales desigualdades mundiales en cuestiones de salud. En los países de ingresos bajos y medianos, la probabilidad de que una madre VIH-positiva que amamante transmita el virus a su hijo recién nacido es como mínimo del 30% (ONUSIDA, 2003). En cambio, en los países industrializados, la transmisión del VIH a los lactantes es excepcional gracias a la profilaxis anti-retrovírica, el parto por cesárea y las alternativas a la alimentación materna (Dabis y Ekpini, 2002; OMS 2003b). En poblaciones que no amamenten

Reducir la transmisión maternoinfantil... y más allá

MTCT-Plus es una iniciativa de diversas asociaciones financiada por varias fundaciones privadas y, en fechas más recientes, por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Emprendida en 2001, la iniciativa se propone acelerar la ampliación de los programas de prevención proporcionando tratamiento antirretrovírico a largo plazo a las mujeres que lo necesiten y participen en proyectos para prevenir la transmisión maternoinfantil (OMS, 2003a). En noviembre de 2003, MTCT-Plus había inscrito a más de 900 madres, niños y parejas que necesitaban terapia antirretrovírica. El objetivo es reclutar a 10 000 pacientes en 11 centros de demostración en Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Rwanda, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Se han concedido otras 12 subvenciones de planificación para proyectos en estos países y otros.

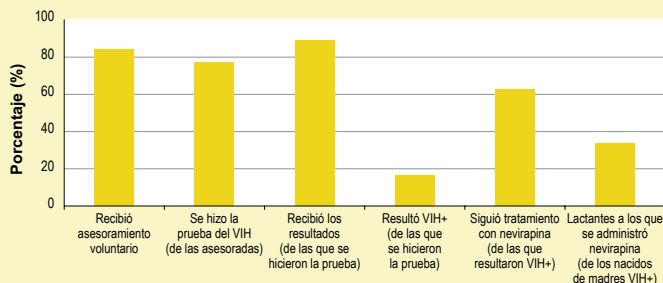
de zonas con recursos limitados pueden alcanzarse tasas de transmisión inferiores al 2% con una combinación de zidovudina a partir de las 28 semanas de gestación, más una sola dosis de nevirapina para la madre al comienzo del parto y una dosis de nevirapina y una semana de zidovudina para el neonato.

En la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, el mundo se comprometió a reducir la proporción de lactantes infectados por el VIH en un 20% para 2005, y en un 50% para 2010. El logro de esas metas exige un aumento inmediato y sustancial de las actividades, como ampliar los servicios de prevención primaria del VIH para la mujeres en edad fecunda; acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias para las mujeres embarazadas; servicios integrales de salud reproductiva, y profilaxis antirretrovírica para prevenir la transmisión maternoinfantil.

Desde julio de 2000, Boehringer Ingelheim ha ofrecido nevirapina a países de ingresos bajos para programas de prevención de la transmisión maternoinfantil. En julio de 2002, Abbott Laboratories anunció un programa de donación de sus pruebas rápidas del VIH con el mismo propósito. A través de este programa se han donado gratuitamente pruebas rápidas del VIH para analizar a más de 450 000 mujeres embarazadas, y ambos productos se han suministrado a 48 programas en 24 países. En muchos países participantes, sin embargo, la

Figura 28

Mujeres embarazadas que utilizaron los servicios de los dispensarios prenatales dispensados por el programa Call to Action en África*, 2000-2003 (N = 416 498)**

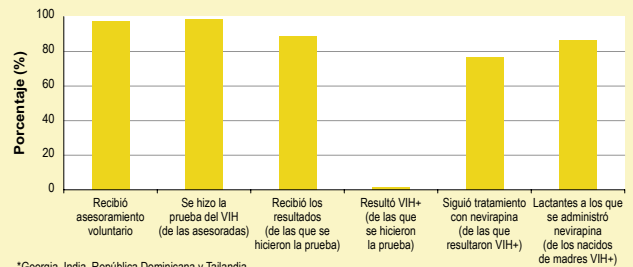


*Camerún, Rep. Dem. del Congo, Kenya, Malawi, Rwanda, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabue.

**Acumulativo hasta junio de 2003

Fuente: Fundación para el SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser

Mujeres embarazadas que utilizaron los servicios de los dispensarios prenatales dispensados por el programa Call to Action fuera de África*, 2000-2003 (N = 243 103)**



*Georgia, India, República Dominicana y Tailandia

**Acumulativo hasta junio de 2003

Fuente: Fundación para el SIDA Pediátrico Elizabeth Glaser

Figura 29

falta de infraestructuras sigue siendo un obstáculo para dispensar estas intervenciones.

Hasta ahora, los progresos en la ampliación del acceso a tratamientos de prevención antirretrovírica han sido muy lentos, de modo que sólo el 10% de las mujeres embarazadas dispone de este servicio (Policy Project, 2004). En Burkina Faso, Etiopía, Malawi, Nigeria y Sudáfrica, menos del 1% de las mujeres infectadas por el VIH que dieron a luz en 2003 tuvieron acceso a tratamiento para prevenir la transmisión maternoinfantil. En Camboya, Myanmar y Viet Nam la cobertura es inferior al 3% (ONUSIDA, 2003). Múltiples impedimentos obstaculizan el incremento de estos programas preventivos, como la obertura insuficiente de los servicios de atención prenatal, la falta de recursos financieros y humanos, el escaso conocimiento del estado serológico entre las mujeres en edad de procrear, el miedo al estigma y la discriminación y la tendencia de muchas mujeres en los países de ingresos bajos y medianos a dar a luz en el hogar, en vez de en un centro de salud.

Desde 1999, el UNICEF ha liderado a nivel internacional la creación de proyectos para reducir la transmisión maternoinfantil en los países de ingresos bajos y medianos. Entre abril de 1999 y julio de 2002, los proyectos respaldados por el UNICEF y otras organizaciones asociadas beneficiaron casi a 600 000 mujeres embarazadas en centros de asistencia prenatal, y proporcionaron tratamiento antirretrovírico a 12 000 mujeres seropositivas después de asesoramiento y pruebas del VIH. La Fundación

Elizabeth Glaser para el SIDA Pediátrico ha realizado una contribución fundamental a través de su iniciativa «Llamamiento para la acción» en 17 países. La figura 28 muestra la gama de servicios y su aceptación en nueve países de África. En centros africanos recibieron profilaxis el 63% de las mujeres embarazadas VIH-positivas, en comparación con el 77% en centros fuera de África (véase figura 29).

Los enfoques más integrales que enlazan prevención y asistencia ponen de manifiesto el enorme potencial que supondría aumentar el número de mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión maternoinfantil y reducir la mortalidad en niños menores de cinco años que, de otra manera, perderían a sus madres. Esto incluye ofrecer servicios asistenciales adicionales para las madres VIH-positivas y sus familias; en concreto, tratamiento para infecciones oportunistas y suministro de terapia antirretrovírica, apoyo nutricional y servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Este planteamiento también puede abrir las puertas a un cambio de actitud entre las parejas masculinas si se les ofrece acceso a servicios sanitarios a través de la atención prenatal y posnatal que reciben sus mujeres (UNFPA, 2003).

Transmisión del VIH en contextos de atención de salud

La transfusión de sangre contaminada es, lamentablemente, una forma sumamente eficiente de transmisión del VIH. Según las estimaciones de la OMS, las transfusiones sanguíneas pueden ser responsables del 5-10% de todas las infecciones acumuladas en el mundo (OMS, 2002). Sin embargo, la incidencia de este tipo de transmisión ha disminuido significativamente gracias a prácticas tales como el análisis sistemático y obligatorio de la sangre donada, la confianza en donantes de bajo riesgo y la promoción de un uso clínico apropiado de la sangre transfundida. Por ejemplo, en los Estados Unidos esta combinación ha reducido el riesgo de transmisión del VIH hasta aproximadamente una de cada 500 000 transfusiones.

También se han realizado progresos sustanciales en la promoción de la sangre segura en los países

de ingresos bajos y medianos (OMS, 2003). Pero algunos países todavía no han aplicado plenamente políticas que garanticen la seguridad de la sangre. En estos lugares persiste el riesgo de transmisión del VIH debido a prácticas inconstantes de análisis de la sangre y uso de donantes remunerados. La prevalencia del VIH en esos contextos es mayor que en los que se recurre a donantes voluntarios no remunerados (OMS, 2003).

Se estima que un 5% de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo, y un 2,5% en África subsahariana, están causadas por el uso de agujas o jeringas no esterilizadas en ámbitos sanitarios como hospitales y dispensarios (Hauri *et al.*, 2004).

El UNICEF, la OMS y el UNFPA recomiendan que todos los países utilicen únicamente jeringas autodesechables para las vacunaciones. Se trata de jeringas que se vuelven inservibles después de la primera inyección. La Alianza Mundial para las Vacunas e Inmunizaciones apoya la introducción generalizada de jeringas autodesechables para las vacunaciones, exige su uso para todas las vacunas adquiridas a través del UNICEF y distribuye recipientes de seguridad para desechar los equipos de inyección.

Para prevenir la transmisión del VIH u otras enfermedades de contagio sanguíneo, los trabajadores de salud deberían atenerse a las «precauciones universales», un planteamiento que presupone que todas las personas son potencialmente infecciosas. Estas medidas exigen llevar guantes, si es posible, al exponerse a cualquier líquido corporal y utilizar batas, mascarillas y gafas si existe peligro de salpicadura.

Ampliar la prevención integral

La programación de la prevención integral puede convertirse en realidad si se emprende una acción concertada en diversos frentes. A saber:

- **Financiación.** Se estima que, en 2003, el gasto mundial en prevención del VIH fue tan sólo un tercio del que se necesita para alcanzar en 2005 una respuesta integral (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención de VIH, 2003).

- Acción multisectorial. Todavía queda espacio para la participación de más asociados políticos, sociales y económicos en los esfuerzos de prevención. Algunos colaboradores fundamentales son organizaciones religiosas, ONG, asociaciones de personas que viven con el VIH, organizaciones de trabajadores y empresas privadas.
- Respuesta a los cambios de la epidemia. A medida que evoluciona la epidemia, las estrategias de prevención del VIH también tienen que evolucionar para afrontar los nuevos retos. Este imperativo es especialmente pertinente para los países industrializados donde se están registrando un aumento de los comportamientos de riesgo y un mayor número de nuevas infecciones, coincidiendo con la disponibilidad de tratamiento antirretrovírico y la creciente «fatiga de prevención» (CDC, 2003; Valdisseri, 2003). Tailandia obtuvo los primeros éxitos en la reducción de la transmisión sexual del VIH, pero no afrontó eficazmente la transmisión entre consumidores de drogas intravenosas. Tener en cuenta esta vía de transmisión es cada vez más importante, como lo es la transmisión del VIH dentro de parejas casadas o que cohabitan.
- Oportunidades de prevención en la era del tratamiento. La ampliación del acceso al tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos (véase el capítulo «Tratamiento») aumentará los incentivos para que las personas se sometan a pruebas voluntarias. También abre la puerta a la reducción del estigma relacionado con el VIH y tiene el potencial de conducir a millones de personas a centros sanitarios para que reciban intervenciones de prevención diseñadas con el fin de ayudar a las que viven con el VIH a imponerse la norma de que el virus no pase de uno mismo.
- Investigación sobre vacunas y microbicidas. El primer ensayo de fase III de una vacuna preventiva contra el VIH no demostró eficacia, pero hay varias vacunas experimentales potencialmente prometedoras que siguen en proceso de ensayo clínico. Entre ellas figura una vacuna de combinación que se evaluará

en 16 000 voluntarios que se están inscribiendo en un ensayo de fase III en Tailandia. El ritmo de la investigación sobre microbicidas también se está acelerando, con más de 50 de estos productos en fase de desarrollo; se prevé que cuatro entren en pruebas de fase III a lo largo de 2004 (Foss et al., 2003). Si esos ensayos son satisfactorios, podrían comercializarse microbicidas eficaces dentro de cinco años.

Los desafíos del nuevo plan de acción

Si la propagación del VIH se mantiene al ritmo actual, los países muy afectados sufrirán aún más el impacto de la epidemia y tendrán dificultades crecientes para cubrir la demanda de tratamiento y apoyo para los niños huérfanos a causa del SIDA. Además, esos países no lograrán alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio ni las metas de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001.


Languidecer en los esfuerzos de prevención sería un error imperdonable, con consecuencias muy negativas para las generaciones futuras. Tenemos conocimientos científicos y pruebas empíricas para afrontar el reto de la prevención. La ampliación del acceso al tratamiento también está brindando nuevas oportunidades para integrar prevención y tratamiento.

El objetivo de una generación sin SIDA dentro de 15-20 años puede alcanzarse si surge liderazgo político y social en todos los sectores y a todos los niveles de la sociedad, incluidos los individuos y las familias. Cada nueva infección que se prevenga hoy recorta la cadena de transmisión del VIH en el mañana.

Entre los futuros desafíos cabe destacar:

- Reducir la brecha de prevención. En 2004 tienen acceso a servicios preventivos del VIH menos del 20% de las personas que los necesitan. Sin una prevención integral y eficaz para todos, las cifras de personas que viven con el

VIH seguirán incrementándose, con efectos desastrosos a corto y a largo plazo.

- Asegurar que la prevención sea integral y englobe una diversidad de intervenciones eficaces, ya que ningún elemento es suficiente por sí solo. La consecución de las estrategias y actividades más satisfactorias dependerá de la etapa y la naturaleza de la epidemia en cada país, las necesidades de las diferentes poblaciones en riesgo y la participación de las personas que viven con el VIH.
- Integrar plenamente el conjunto de actividades de prevención en la iniciativa «tres millones para 2005» y otros programas de ampliación de la terapia antirretrovírica utilizando los contextos clínicos para animar tanto a las personas VIH-positivas como a las VIH-negativas a adoptar comportamientos más seguros.
- Abordar eficazmente todos los factores de vulnerabilidad que impulsan la epidemia, como las injusticias sociales, las desigualdades por razón de sexo, la privación de derechos humanos, la exclusión social de los grupos marginados y la falta de participación de los jóvenes en la toma de decisiones relativas al SIDA.
- Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA mediante marcos jurídicos eficaces y protegiendo los derechos de todos los individuos.
- Acelerar el desarrollo, financiación y accesibilidad de vacunas y microbicidas eficaces para el VIH.
- Revigorizar los programas de prevención en los países de ingresos altos para reducir la creciente «fatiga de prevención» y evitar el resurgimiento de la epidemia. 

Foco de atención

El VIH y los jóvenes: la amenaza para la juventud de hoy

La generación de jóvenes actual es la mayor de la historia: casi la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años (UNFPA, 2003). No han conocido un mundo sin SIDA.

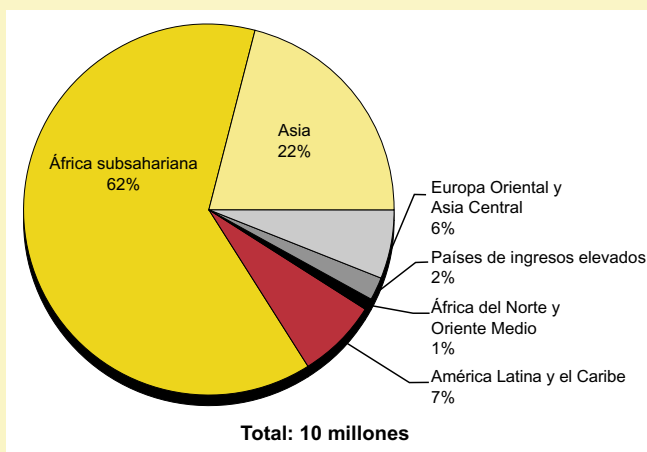
Los jóvenes entre 15 y 24 años son a la vez los más amenazados –mundialmente representan la mitad de los nuevos casos de VIH– y la mayor esperanza para darle la vuelta a la epidemia de SIDA. El futuro de la epidemia tomará forma a partir de los actos de esos jóvenes. La experiencia lo demuestra. Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes.

Los jóvenes están expuestos al VIH de varias formas. En África subsahariana, que presenta una alta prevalencia, la forma principal de transmisión es el coito heterosexual. Esta región contiene casi tres cuartas partes de todos los jóvenes que viven con el VIH: aproximadamente 6,2 millones de personas, el 75% de ellas mujeres (ONUSIDA, 2003). En Europa oriental y Asia central, la prevalencia del VIH entre los jóvenes está aumentando rápidamente debido al consumo de drogas intravenosas con equipo de inyección contaminado y, en menor extensión, a las relaciones sexuales peligrosas (véanse la figura 30 y el capítulo « Prevención »).

Riesgo elevado, vulnerabilidad elevada

Una variedad de factores sitúa a los jóvenes en el centro de la vulnerabilidad al VIH. Entre ellos figuran la falta de información, educación y servicios sobre el VIH, los riesgos que muchos tienen que correr para poder sobrevivir, y los riesgos que

Jóvenes (15–24 años) que vivían con el VIH, por región, final de 2003



Fuente: ONUSIDA/UNICEF/OMS, 2004

Figura 30

acompañan a la experimentación y la curiosidad de los adolescentes.

Inicio sexual precoz

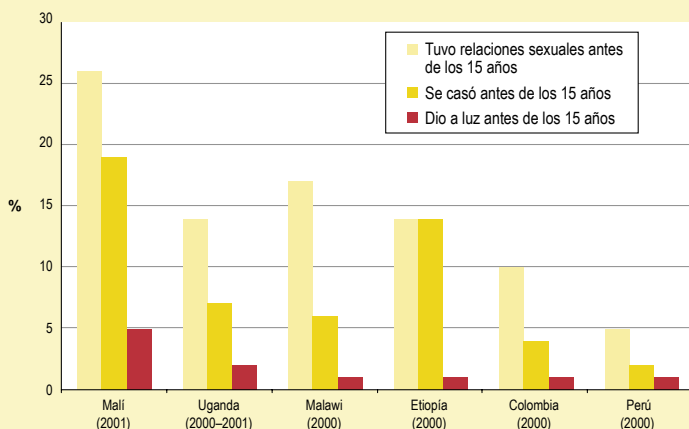
La mayoría de los jóvenes inicia la actividad sexual en la adolescencia, y muchos antes de los 15 años de edad. Factores como el aumento de la urbanización, la pobreza, la exposición a ideas conflictivas sobre los valores y comportamientos sexuales, y el fracaso de la sexualidad tradicional y los canales de información sobre la reproducción están fomentando la actividad sexual prematrimonial entre los adolescentes.

Los estudios demuestran que los adolescentes que empiezan la actividad sexual precozmente es más probable que tengan relaciones sexuales con un mayor número de parejas y con parejas que han estado expuestas al riesgo de contraer el SIDA. No es probable que utilicen preservativos (OMS,

Obstáculos para la información sobre prevención en la India

En India, las relaciones sexuales y el embarazo prematrimoniales son más habituales de lo que se suele reconocer. La capacidad del país para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a los jóvenes se enfrenta a limitaciones paralelas de resistencia cultural a hablar abiertamente de sexualidad y a una falta general de información básica sobre ella. A pesar de que la educación sexual forma parte de la educación escolar sobre el SIDA, algunas autoridades nacionales diluyen los mensajes con los que no están de acuerdo, y los maestros a menudo evitan los temas que les hacen sentir incómodos. Cuando solicitan información o servicios, los jóvenes pueden ser reprendidos o enfrentarse a proveedores de salud críticos. Además, como los servicios de salud sexual a menudo ofrecen poca intimidad o confidencialidad, las muchachas suelen recurrir a servicios deficientes/ilegales (Greene *et al.*, 2002).

Diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las muchachas de 15–19 años de edad, 2000 y 2001



Fuente: Encuestas demográficas y de salud

Figura 31

2000). En Kisumu (Kenya), el 25% de los muchachos jóvenes sexualmente activos y el 33% de las muchachas dijeron que no habían utilizado un preservativo durante su primera relación sexual y las siguientes (Glynn *et al.*, 2001). El uso ocasional del preservativo con parejas habituales y no habituales también se puso de manifiesto en estudios realizados en la Argentina, Corea y el Perú (OMS, 2000).

Diferencias por razón de sexo

Cuando la forma principal de transmisión del VIH es la heterosexual, las muchachas son las más afectadas. La proporción de mujeres que viven con el VIH que tienen más de 15 años es 1,7 veces mayor

en África subsahariana que en otras regiones (Oficina de Referencias Demográficas, 2003). En Trinidad y Tabago, el número de mujeres entre 15 y 19 años que viven con el VIH es cinco veces más elevado que entre los varones adolescentes (Pisani, 2003) (véase el capítulo ‘Panorama mundial’).

La mayor vulnerabilidad biológica de las muchachas y mujeres a la infección por el VIH es una explicación del creciente número de mujeres infectadas por el VIH. No obstante, los desequilibrios de poder en función del sexo, la naturaleza de las prácticas sexuales

y las diferencias de edades de las parejas sexuales son factores importantes que inclinan la balanza aún más contra ellas. En África subsahariana, las muchachas tienen relaciones sexuales a edades más tempranas que los muchachos (véase figura 31), y sus parejas sexuales suelen ser mayores que ellas.

Más de 45 estudios cuantitativos efectuados en África subsahariana sobre diferencias de edad entre muchachas de 15 a 19 años y sus compañeros sexuales observan que muchas parejas sexuales masculinas son seis o más años mayores (véase recuadro página siguiente). Por lo general, en las relaciones intergeneracionales las muchachas tienen un poder limitado para resistir las presiones para aceptar prácticas sexuales peligrosas (Luke y

Economía, sexualidad y VIH en África

¿Por qué las muchachas en África subsahariana a menudo tienen parejas sexuales mucho mayores que ellas? La explicación más habitual es que la pobreza y las privaciones empujan a las muchachas a mantener relaciones sexuales transaccionales con hombres mayores. No obstante, una encuesta regional puso de manifiesto que la necesidad económica es sólo uno entre varios factores. Muchas muchachas también buscan hombres mayores porque los consideran buenos candidatos al matrimonio o porque les facilitan una vida mejor que podrá ayudarlas a gozar de oportunidades de educación o trabajo. Muchas de las muchachas encuestadas comunicaron que los regalos de ropa, joyas y perfumes mejoraban su autoestima y su posición entre sus iguales (Luke y Kurz, 2002).

Sea cual fuere la razón, el Grupo de Trabajo del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Mujer, las Niñas y el VIH/SIDA en África Meridional ha puesto al descubierto que tanto las relaciones sexuales transaccionales como las relaciones sexuales intergeneracionales se han convertido en norma en muchos países. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Zimbabwe reveló que cerca del 25% de las mujeres de 20 a 30 años tienen relaciones con hombres al menos 10 años mayores (Naciones Unidas, 2003). También resulta claro que estas relaciones son un factor importante en la 'feminización' del SIDA en África. Es previsible que los hombres africanos tengan muchas parejas sexuales, y en promedio, los que viven con el VIH se infectaron entre los 25 y los 30 años.

En comparación, las muchachas suelen establecer relaciones de larga duración con una sola pareja. A pesar de esta relativa fidelidad, muchas de las que vivían con el VIH se infectaron poco después de empezar a tener relaciones sexuales. Un estudio efectuado en Zambia señaló que el 18% de las mujeres que declararon haber empezado a ser sexualmente activas durante el año anterior, eran VIH-positivas. En Sudáfrica, el 20% de las muchachas sexualmente activas entre los 16 y los 18 años estaban infectadas (Pisani, 2003). Las relaciones sexuales intergeneracionales parecen ser un factor impulsor de la epidemia en África meridional. Esas relaciones se basan en ecuaciones de poder y economía que dejan a las muchachas vulnerables al abuso, la explotación, la violencia y el VIH.

Kurz, 2002). Es posible que la abstención antes del matrimonio no sea una buena estrategia para esas muchachas, porque se casan muy jóvenes y sus esposos mayores que ellas quizá tienen ya el virus.

Relaciones sexuales por coerción

Desde muy jóvenes, muchas mujeres jóvenes sufren violación y relaciones sexuales forzadas. Por ejemplo, el 20% de todas las jóvenes entrevistadas en Kisumu (Kenya) y Ndola (Zambia) dijeron que en su primera relación sexual se utilizó la fuerza física (Glynn *et al.*, 2001). Igualmente, alrededor del 25% de las muchachas de 15–24 años en KwaZulu-Natal (Sudáfrica) manifestaron que las habían 'engañado' o 'convencido' para que tuvieran su primera experiencia sexual (Manzini, 2001). Las relaciones sexuales violentas o forzadas pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH porque la penetración vaginal

forzada normalmente provoca heridas y cortes que permiten al virus atravesar las paredes de la vagina con más facilidad.

Consumo de drogas intravenosas: una amenaza incipiente

En Asia central y Europa oriental, existen pruebas de que la edad de iniciación en el consumo de drogas intravenosas está bajando (Rhodes *et al.*, 2002). Además, el consumo general de drogas parece estar aumentando debido a un cambio social y político rápido, el brusco declive del nivel de vida y un aumento de la disponibilidad de heroína en la región (PNUD, 2003). Los consumidores de drogas intravenosas jóvenes corren un riesgo especial, porque pueden no tener ni el conocimiento ni las aptitudes para protegerse de la infección por un equipo de inyección contaminado (ONUSIDA, 2003).

Vincular el aumento de conocimientos al cambio de comportamiento

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los jóvenes. Algunos países han adoptado medidas atrevidas para abordar las necesidades de información sobre el SIDA de los jóvenes, pero esta educación sigue estando lejos de ser universal. Por ejemplo, en África subsahariana, sólo el 8% de los jóvenes no escolarizados y un número ligeramente superior de jóvenes escolarizados tienen acceso a la educación sobre prevención. Las cifras equivalentes para Europa oriental

Un estudio reciente en Egipto obtuvo hallazgos similares. La mayor parte de los entrevistados había oído hablar del SIDA y creía que era una enfermedad peligrosa, pero pocos tenían más información.

El acceso a información sobre el SIDA por sí mismo no es garantía de cambio de comportamiento, pero la educación tiene un cierto impacto. Un análisis de 250 programas norteamericanos descubrió que, entre los jóvenes sexualmente activos, los programas de educación del SIDA eran eficaces para disminuir el número de parejas sexuales y aumentar el uso del preservativo (Kirby, 2002). En Tanzania, el proyecto de educación

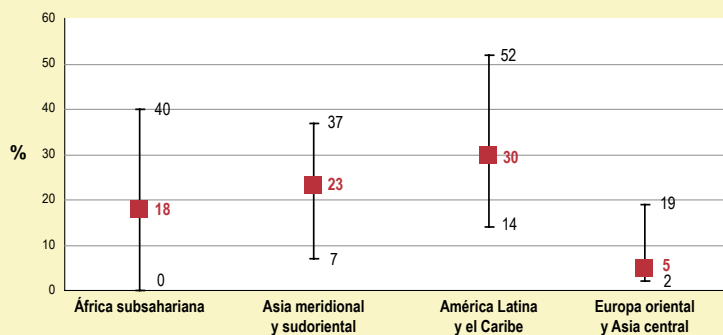
sobre el SIDA *Mema kwa Vijana* (« Buenas cosas para los jóvenes » en swahili) se centró en los jóvenes de 15–19 años de 20 comunidades rurales (Obasi *et al.*, 2003). El trabajo que llevó a cabo durante tres años mejoró sustancialmente tanto el conocimiento como la información sobre el uso del preservativo entre los jóvenes, y ahora se ampliará a 600 comunidades.

Entornos de apoyo

Una enseñanza vital que se adquirió con el proyecto *Mema kwa Vijana* fue que cambiar las normas y creencias de los adultos de la comunidad, sobre todo entre los varones, aumentaba la eficacia de las intervenciones orientadas al cambio de comportamiento entre los jóvenes beneficiarios. En varios países las orientaciones programáticas y normativas se han visto obstaculizadas por las creencias de los adultos sobre lo que debería permitirse saber a los jóvenes. A muchos adultos, incluidos los líderes políticos, les sigue costando reconocer la sexualidad de los jóvenes, y temen que la educación sexual conduzca a la promiscuidad.

Sin embargo, distintos estudios de alcance mundial han encontrado sistemáticamente pocas pruebas de que la educación sexual fomente la experimentación sexual o aumente la actividad sexual (Cowan, 2002). Las iniciativas satisfactorias de educación

Porcentaje de mujeres jóvenes (15–24 años) con conocimientos exhaustivos del VIH y el SIDA, por región, 2003



Nota: Los porcentajes facilitados corresponden a países con valores bajos, medianos y altos de cada región
 Fuentes: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2002), *Botswana AIDS Impact Survey (BAIS 2001): Survey Results and Indicators Summary Report*. Gaborone; UNICEF, *Multiple Indicator Survey (2000)*; FHI, *Behavioural Surveillance Survey (2001)* and; Measure DHS+, *Demographic and Health Surveys (1998–2002)*.

Figura 32

y Asia central son del 3% para los jóvenes no escolarizados y del 40% para los jóvenes escolarizados, mientras que en el caso del Caribe y América Latina, son del 4% y el 38%, respectivamente (Grupo de Trabajo sobre la Prevención Mundial del VIH, 2003). Un estudio global demostró que 44 de 107 países no incluían el SIDA en los programas escolares (López, 2002).

No es de extrañar que los datos de 20 países con alta prevalencia revelen que, a pesar de que la mayoría de los jóvenes ha oído hablar del VIH y el SIDA, la mayor parte es incapaz de reconocer tres ideas erróneas acerca del VIH ni de identificar dos métodos de prevención (véase figura 32).

Los medios de comunicación, la prevención del VIH y los jóvenes

Los medios de comunicación son cada vez más importantes en la vida de la mayoría de los jóvenes, y en muchos países representan cauces excelentes a través de los cuales se difunden los mensajes de prevención del VIH. La investigación ha demostrado que las campañas de los medios de comunicación son más eficaces cuando se combinan con esfuerzos de educación locales.

En una campaña de los medios de comunicación de Jamaica orientada a diferir el inicio de la actividad sexual se utiliza un enfoque basado en la edad de los beneficiarios para influir en los jóvenes. Para los niños de 10–12 años, la campaña se centra en los mensajes de abstención. A los niños de 13 a 15 años se les dirigen mensajes de toma de conciencia y abstención, mientras que los jóvenes de mayor edad reciben información sobre protección del embarazo, el VIH y las infecciones de transmisión sexual.

En Sudáfrica, un estudio ha puesto de manifiesto que los enfoques innovadores de los medios de comunicación y los mensajes de 'loveLife', el programa nacional de prevención del VIH para jóvenes, han sido útiles para romper tabúes sociales respecto de la sexualidad adolescente, promover un comportamiento sexual responsable y aumentar el uso de los servicios generales de salud. Trabajando en colaboración con 900 dispensarios gestionados por el Gobierno para promover los servicios de salud para jóvenes, 'loveLife' ha establecido los denominados 'Y-Centres', unos centros de jóvenes que ofrecen servicios de salud sexual y educación sobre el VIH en un entorno recreativo.

La versión de 2003 de MTV Networks International de la campaña Staying Alive, realizada en colaboración con el ONUSIDA, el Banco Mundial y muchos otros, llegó a 942 millones de hogares en unos 171 países. Los programas de televisión y los conciertos promovieron actitudes de prevención del VIH y de adquisición de conocimientos teóricos y prácticos favorables entre los jóvenes. Esos programas configuraron más tarde el punto de partida de intensas campañas lanzadas en áreas locales por todo el mundo. Por ejemplo, Family Health International utilizó esta misma campaña de televisión para ayudar a organizar una campaña de los medios de comunicación nacional en el Senegal (Family Health International, 2003).

sobre salud sexual y SIDA para jóvenes han servido para disipar el miedo de los adultos tomando en cuenta las normas sociales, las prácticas culturales, los papeles en función del sexo y las expectativas.

En Haití, la Fundación para la Salud Reproductiva y la Educación Familiar ha contribuido a aumentar espectacularmente la utilización de los servicios de salud reproductiva y SIDA para jóvenes por medio de un enfoque multifacético que incorpora una red de apoyo entre iguales, padres y educadores. El apoyo de esas personas influyentes es una estrategia vital que también ha logrado doblegar la resistencia social en el Camerún, Madagascar y Rwanda.

Plan de acción

Los jóvenes son especialmente vulnerables al VIH, pero también son nuestra mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia de SIDA. Cuando se les da el apoyo y los medios adecuados, los

jóvenes pueden convertirse en poderosos agentes para el cambio. Se requiere una amplia estrategia de prevención del VIH. El inicio sexual precoz, las relaciones sexuales transgeneracionales y las diferencias por razón de sexo ponen de relieve el hecho de que la educación por sí sola no protegerá de la infección a los jóvenes del mundo. Para disminuir la prevalencia del VIH entre los jóvenes también es indispensable el acceso a servicios confidenciales de salud y distribución de preservativos, así como la protección de los derechos de las muchachas jóvenes.

Por ejemplo, en Uganda, el compromiso político y la movilización activa de la comunidad condujeron a un movimiento juvenil dinámico preocupado por el SIDA. Entre 1990 y 2000, la prevalencia del VIH entre adolescentes embarazadas (15–19 años) en Kampala disminuyó del 22% al 7%. El retraso del inicio sexual, la reducción en el número

de parejas y el aumento en el uso del preservativo fueron factores significativos para el éxito de este movimiento (Cohen, 2003; UNICEF/ONUSIDA/OMS, 2002).

En un mundo con SIDA, se desvanecen fácilmente muchas opciones de vida para los jóvenes. El programa de acción del SIDA para los jóvenes necesita plasmar la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 en acciones concretas. Entre ellas figuran las siguientes:

Crear un entorno de apoyo de modo que los jóvenes puedan obtener información sobre salud reproductiva y el VIH, educación y servicios. Las políticas y leyes deben asegurar que los recursos disponibles se centran en mejorar los derechos de los jóvenes a la atención sanitaria y en reducir todas las estructuras y prácticas discriminatorias.

Llegar a los que influyen en los jóvenes. Los padres, las familias extensas, los maestros, los líderes políticos y de la comunidad y las personas célebres tienen mucha influencia en los jóvenes. Cuando sus mentores actúan como ejemplos de conducta positivos y ofrecen unos entornos seguros, unas relaciones válidas y la posibilidad para la expresión personal, los jóvenes toman la iniciativa de un comportamiento responsable.


Situar a los jóvenes en el centro de la respuesta. No hay límites de edad para el liderazgo. Los jóvenes


son un activo, y no un pasivo; su voz necesita ser escuchada, y sus cualidades deben cultivarse para que puedan ser instrumentos para el cambio.

Mobilizar el sistema de educación para que sea un cauce de un programa de prevención y atención exhaustivo para los jóvenes en edad escolar.

Incorporar la prevención del VIH y el SIDA para los jóvenes en otros sectores. Los jóvenes a menudo se interesan por la religión, los lugares de trabajo, los deportes y los medios de comunicación. Estos sectores pueden utilizarse para ofrecer información y servicios.

Abordar las desigualdades en función del sexo mejorando las oportunidades de las muchachas para acceder a la educación y enseñanza de conocimientos básicos, protegiendo sus derechos y fomentando sus perspectivas de ganar ingresos. También existe la necesidad de cambiar los conceptos perjudiciales de masculinidad que definen la vida de los muchachos, y que afectan negativamente a la de las muchachas y mujeres. Las autoridades tienen que transmitir el mensaje de que la explotación sexual y la violencia contra los niños y las niñas son inaceptables.

Abrir el diálogo sobre temas delicados. Los adultos y los jóvenes tienen que abordar juntos la sexualidad del adolescente, la educación sobre salud sexual, la violencia y abuso sexuales, los papeles basados en el sexo y las prácticas tradicionales. 



Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH

5

Tratamiento y atención para las mujeres y las niñas

Cuestiones biológicas

El VIH afecta a los varones y las mujeres de forma distinta, y es posible que el sistema inmunitario femenino responda al virus de manera diferente (Farzadegan et al., 1998). Aparte de las múltiples enfermedades y dolencias relacionadas con el VIH que sufren ambos géneros, las mujeres VIH-positivas tienen una mayor incidencia de cáncer del cuello del útero que las mujeres sin el virus. Cuando una mujer está recibiendo tratamiento antirretrovírico, puede experimentar efectos colaterales más acusados. Los estudios señalan que las hormonas femeninas desempeñan un papel en este sentido, como puede tenerlo el hecho de que se administren las mismas dosis de fármacos a ambos sexos aun cuando, en promedio, las mujeres pesan menos que los hombres (Project Inform, 2001).

A pesar de estas diferencias, cuando se administra el mismo tratamiento, desaparecen las discrepancias entre las tasas de supervivencia masculina y femenina. No obstante, en la mayor parte del mundo, los desequilibrios de poder social y económico entre los varones y las mujeres suscitan el temor de que a esas últimas se les esté negando el acceso equitativo y oportuno a las opciones de tratamiento.

Objetivos y obstáculos

En muchos países, las actitudes dominantes de género significan que las mujeres y niñas constituyen la última prioridad en cuanto a atención de salud. Los esposos y los ancianos deciden a menudo si se gastan los recursos familiares en atención de salud, o si una mujer puede restar tiempo de sus obligaciones domésticas para acudir a un centro de salud. El SIDA ha complicado aún más esta situación. Cuando en una familia con recursos limitados hay miembros masculinos y femeninos infectados por el VIH, lo primero suele ser satisfacer las necesidades de tratamiento de los varones.

Para ilustrar la distribución mundial del VIH por sexos, que es casi del 50% para ambos, las mujeres deberían constituir al menos la mitad de los millones de personas en países de ingresos bajos y medianos que cabe esperar que tengan acceso a antirretrovíricos en los próximos años. Para tener en cuenta las diferencias regionales (como en África subsahariana, donde las mujeres representan el 57% de las infecciones por el VIH), los países deben establecer objetivos nacionales de tratamiento basados en la distribución de la epidemia por sexos. Asimismo, las comunidades tienen que derribar los obstáculos que impiden que las mujeres se sometan a la prueba del VIH, incluido el riesgo de violencia al que pueden enfrentarse si resultan VIH-positivas.

Las muchachas adolescentes tienen ante sí obstáculos colosales para llegar a acceder al tratamiento. En muchos países constituyen el grupo de población con el máximo riesgo de VIH, debido a los desequilibrios de poder entre sexos, matrimonio a edades tempranas, violencia sexual y relaciones sexuales intergeneracionales. Sin embargo, también son las que tienen menos poder para pedir tratamiento. Es habitual, además, que se enfrenten a impedimentos jurídicos, como las leyes que regulan la edad de consentimiento. Esas leyes pretenden proteger a los jóvenes, pero también pueden negarles la capacidad para tomar decisiones importantes sobre su vida (Centro para la Salud y la Igualdad de Género, 2004).

Asegurar que el acceso al tratamiento tenga en cuenta las diferencias entre los sexos

Recientemente, el Centro para la Salud y la Igualdad de Género ha propuesto los elementos esenciales para que el acceso al tratamiento del SIDA tenga en cuenta las diferencias entre los sexos (Centro para la Salud y la Igualdad de Género, 2004). Estos componentes incluyen asegurar que:

- Los criterios de elegibilidad respondan a las vulnerabilidades tanto biomédicas como socioeconómicas. Las condiciones exigidas para el tratamiento deberían tener en cuenta factores tales como la desigualdad en la condición social de muchas mujeres y niñas, tanto como los recuentos de linfocitos CD4.
- Los criterios de elegibilidad no discriminen a las mujeres dependiendo de su estado de embarazo, ni las incluyan exclusivamente durante el periodo de gestación. Las mujeres no embarazadas y las adolescentes no deben caer en el olvido durante los esfuerzos para ampliar el acceso a servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil.
- Los criterios y procesos para ampliar el acceso al tratamiento sean transparentes y responsables ante las comunidades respectivas.
- Los programas de observancia farmacológica tengan en cuenta las diferencias entre el hombre y la mujer. Los horarios de apertura y la dotación de personal de los servicios deben tener en cuenta el trabajo y las obligaciones domésticas de las mujeres, así como su necesidad de intimidad y dignidad al acceder a atención.
- Se realicen esfuerzos firmes para alcanzar la calidad de la atención y acabar con los prejuicios y preferencias dentro de los sistemas de salud. En muchos lugares, la infraestructura y los procedimientos de atención de salud deben mejorarse para proporcionar un tratamiento seguro, integral y sostenido. Al mismo tiempo, los proveedores de atención de salud han de servir como ejemplo de comportamiento que tenga en cuenta las diferencias entre los sexos y no perpetuar los prejuicios sexistas, aunque sean un fenómeno prevalente en la comunidad general.

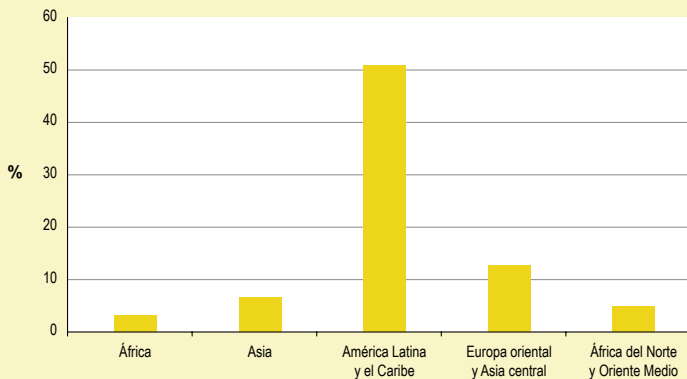
En Botswana y Sudáfrica, los programas de tratamiento despiertan la esperanza de que pueda lograrse la igualdad entre sexos. En ambos países se ha observado que las mujeres superan en número a los varones por lo que respecta a acceso a servicios ampliados de tratamiento. Esto puede explicarse por varios motivos. Ambos programas están fuertemente arraigados en los esfuerzos para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, que no involucran a los varones. Asimismo, cabe pensar que las experiencias generales de las mujeres con la atención prenatal, de la maternidad y de salud pública para los hijos hacen que se sientan más cómodas que los varones al acceder a los servicios de salud relacionados con el SIDA. Todavía no está claro si la experiencia de estos programas puede reproducirse en otros países muy afectados, especialmente aquellos en los que la infraestructura de salud pública está menos desarrollada o en los que las mujeres se enfrentan a mayores obstáculos para lograr el acceso a la atención de salud en general (Fleischman, 2004).

Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH

La comunidad mundial se encuentra ante la encrucijada de ampliar el acceso al tratamiento y atención del VIH. Jamás las oportunidades habían sido tan grandes: una voluntad política sin precedentes en los países; unos recursos financieros sin precedentes para costear el tratamiento, atención y apoyo, y una accesibilidad financiera sin precedentes de los medicamentos y medios diagnósticos.

Cobertura de la terapia antirretrovírica para adultos, final de 2003

400 000 personas en tratamiento: cobertura del 7%



Fuente: ONUSIDA/OMS, 2004

Figura 33

A pesar de estas condiciones extraordinariamente positivas, el acceso al tratamiento antirretrovírico y de otras enfermedades relacionadas con el VIH sigue siendo terriblemente escaso. Entre cinco y seis millones de personas en países de ingresos bajos y medianos necesitan tratamiento antirretrovírico urgente. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que, al final de 2003, sólo unas 400 000 personas tenían acceso a él. Esto significa que nueve de cada 10 personas que necesitan con urgencia tratamiento del VIH no pueden conseguirlo.

Ampliar el tratamiento y la atención

No obstante, el movimiento mundial para aumentar el acceso al tratamiento del VIH ha alcan-

zado logros críticos durante los últimos años. Al refrendar la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de 2001, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a proporcionar progresivamente el máximo nivel alcanzable de tratamiento para las enfermedades relacionadas con el VIH, incluida la terapia antirretrovírica. La mayoría de los países con planes nacionales sobre el SIDA ha incorporado en ellos el tratamiento antirretrovírico y ha establecido objetivos específicos de cobertura. Mientras tanto, el ONUSIDA y otros asociados han desarrollado instrumentos para medir los progresos realizados y promover la responsabilidad en la consecución de estas metas, y están supervisando y evaluando activamente la situación en los diferentes países.

A nivel mundial, los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la sociedad civil se están concentrando cada vez más en el tratamiento y la atención como parte de su compromiso para ampliar la respuesta mundial al VIH. Por ejemplo, el Programa Multinacional del SIDA del Banco Mundial, que destina US\$ 1000 millones para África y US\$ 155 millones para el Caribe, está permitiendo que los gobiernos y otros beneficiarios utilicen con flexibilidad los fondos del Banco Mundial para el tratamiento del VIH, lo que incluye la adquisición de medicamentos, el refuerzo de las infraestructuras del sistema sanitario y la formación de personal.

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

Reciben terapia antirretrovírica menos de una de cada diez personas que la necesitan

- Se estima que en los próximos dos años en los países de ingresos bajos y medianos fallecerán entre cinco y seis millones de personas si no siguen tratamiento antirretrovírico. Según las estimaciones, en diciembre de 2003 sólo 400 000 personas de esas regiones lo estaban recibiendo.
- En promedio, el 80% de los países que respondieron a una encuesta declararon que habían implantado una política para asegurar o mejorar el acceso a fármacos relacionados con el VIH. Sin embargo, en la realidad, se estima que el acceso al tratamiento antirretrovírico es inferior al 10% en todas las regiones, excepto las Américas.
- Diversos países de América del Sur ofrecen cobertura universal de terapia antirretrovírica, incluidos Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay. Varios otros cubren aproximadamente a los dos tercios de las personas necesitadas, como Barbados, Colombia, Costa Rica y Paraguay.
- En África subsahariana se estima que 4,3 millones de personas necesitan asistencia a domicilio a causa del SIDA, pero sólo un 12% la reciben. En Asia sudoriental, la cobertura disminuye hasta el 2%.
- En América del Sur y Europa oriental, la mayoría de los pacientes recibe al menos el conjunto básico de servicios asistenciales recomendados por la OMS y el ONUSIDA. En África y Asia, sólo un tercio de las personas recibe como mínimo esos servicios esenciales.

Fuente: *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2003; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*, ONUSIDA/USAID/OMS/CDC y Policy Project, 2004.

En mayo de 2004, el Banco Mundial acordó asignar US\$ 60 millones a través de un nuevo Programa de Aceleración del Tratamiento a fin de ampliar el tratamiento en tres países piloto: Burkina Faso, Ghana y Mozambique. Mientras, las subvenciones monetarias del Fondo Mundial significan que 700 000 personas podrán acceder al tratamiento antirretrovírico (Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, 2003). Aproximadamente el 80% de las propuestas aprobadas para el VIH/SIDA y la combinación de VIH/tuberculosis por el Fondo Mundial incluyen disposiciones para reforzar los programas antirretrovíricos y adquirir medicamentos relacionados con el VIH.

Los donantes bilaterales se muestran cada vez más dispuestos a apoyar la atención y el tratamiento si éstos forman parte de planes integrales sobre el SIDA vinculados con planes más amplios de desarrollo nacional. Los Estados Unidos han puesto en marcha el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, que incluye el objetivo de llevar tratamiento para el VIH a dos millones de personas en países prioritarios de África y el Caribe. Francia y otros siete países han iniciado un proyecto de

«hermanamiento» denominado « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau » con el fin de apoyar programas antirretrovíricos en varios países de ingresos bajos y medianos.

Los países de ingresos bajos y medianos también están aumentando la asignación de fondos de los presupuestos nacionales y del alivio de la deuda para apoyar servicios de tratamiento. Por ejemplo, en 2003-2004, bajo la Iniciativa para los países pobres muy endeudados (PPME), el Camerún asignó más de US\$ 30 millones para apoyar programas sobre el SIDA; la mayor parte de ese dinero se destinó a actividades asistenciales. En cambio, el plan nacional de atención del SIDA de Sudáfrica se basa principalmente en financiación interna.

El sector privado

Los esfuerzos del sector privado también se están incrementando. La propuesta de establecer programas de prevención y tratamiento en el lugar de trabajo ha sido encabezada principalmente por las propias empresas. Bajo el liderazgo del embajador Richard Holbrooke, la Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA ha crecido hasta incluir 145 grandes corporaciones

Anglo American y AngloGold: facilitación de tratamiento antirretrovírico a los mineros en África meridional

En los últimos 16 años, Anglo American ha llevado a cabo una respuesta exhaustiva al VIH y al SIDA que incluye no discriminación, prevención, pruebas y atención. Desde mediados de 2002 y a lo largo de 2003, la compañía ha emprendido un programa de tratamiento antirretrovírico –una de las iniciativas mundiales más importantes de tratamiento del VIH a cargo de una empresa– con más de 1100 empleados que estaban siendo tratados en enero de 2004. A fin de acelerar la prestación de servicios integrales para el VIH en dispensarios gubernamentales de atención primaria situados en sus comunidades, Anglo American está extendiendo los servicios para el VIH más allá del lugar de trabajo mediante asociaciones con «loveLife» y otras organizaciones de base comunitaria.

En noviembre de 2002, AngloGold, una gran compañía minera de oro, también reconoció que los factores humanos y económicos justifican la inversión en programas para el VIH en el lugar de trabajo, y amplió su programa para empleados VIH-positivos con el fin de incluir el tratamiento antirretrovírico. Los activistas pro tratamiento y la prensa de Sudáfrica han aplaudido estas iniciativas. Sin embargo, subrayan que también es importante proporcionar tratamiento a otros miembros VIH-positivos de la familia con objeto de evitar la desigualdad en el acceso al tratamiento dentro de las familias y asegurar que las mujeres y niños puedan ser tratados para enfermedades relacionadas con el VIH.

empresariales. Muchas de estas compañías y otras grandes y pequeñas empresas están estableciendo programas de tratamiento del VIH para sus empleados, de acuerdo con el llamamiento de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Entre estas compañías se encuentran Anglo American (véase el recuadro precedente), DaimlerChrysler (automóviles), Eskom (servicios públicos), Lafarge (cemento), Royal Dutch/Shell (petróleo) y Heineken (cerveza). Tata Steel, en la India, y Chevron Texaco, en Nigeria, también están ampliando los servicios de tratamiento dentro de sus compañías y comunidades más generales.

En marzo de 2004, la Iniciativa para la Aceleración del Acceso (una asociación público-privada de seis compañías farmacéuticas basadas en la investigación y las Naciones Unidas) comunicó que las cantidades de medicamentos antirretrovíricos que estas compañías habían suministrado a África se duplicaron en los últimos seis meses de 2003.

Descenso en los precios de los antirretrovíricos

En los últimos años, los precios de los medicamentos antirretrovíricos han disminuido drásticamente, un progreso importante que ha contribuido a ampliar el acceso al tratamiento. En 2000, el precio del tratamiento antirretrovírico de combinación de primera línea recomendado por la OMS para tratar a un paciente durante un año oscilaba entre US\$ 10 000 y US\$ 12 000 en los mercados mundiales. Varios factores convergieron para favorecer la caída de los precios, incluida la movilización de personas con el VIH y líderes mundiales. A principios de 2002, la competencia de los genéricos y la fijación diferencial de precios por parte de las compañías farmacéuticas contribuyeron a reducir sustancialmente los precios, en especial para los países de ingresos bajos. El precio de algunas combinaciones genéricas disminuyó hasta US\$ 300 por persona y año.

Acceso igualitario a medicamentos financieramente asequibles: el poder de la movilización

«La gente ya no acepta que a los enfermos y moribundos, simplemente porque son pobres, se les nieguen medicamentos que han cambiado la vida de otros más acomodados que ellos.»

– Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas

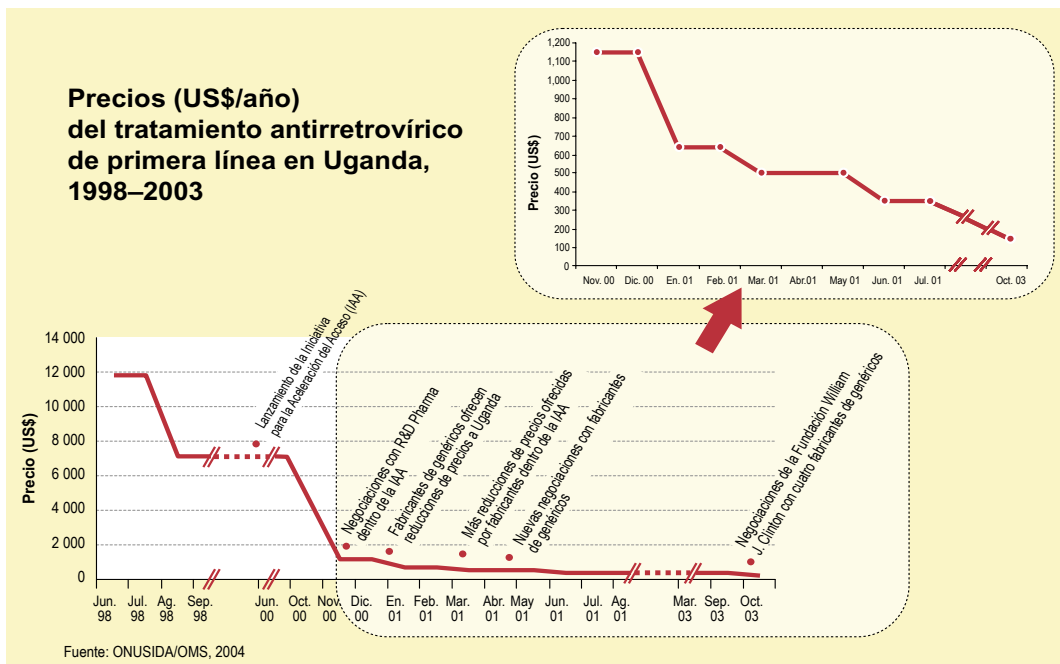


Figura 34

La Fundación Presidencial William J. Clinton ha desempeñado un papel catalizador crítico en la planificación de determinados países y en el compromiso de rebajar los precios por parte de fabricantes de medicamentos genéricos de la India y Sudáfrica. A finales de 2003 anunció que había negociado, bajo ciertas condiciones, precios de antirretrovíricos de tan sólo US\$ 140 por persona y año (menos de US\$ 0,5 por día). Esos precios preferentes para fármacos genéricos se aplican a tratamientos de primera línea recomendados por la OMS en los países de África y el Caribe en los que está trabajando la Fundación.

Recientemente, la Fundación Clinton ha ofrecido los mismos precios para la adquisición de antirretrovíricos al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a los beneficiarios del Banco Mundial y el Fondo Mundial. Se trata de avances importantes, pero los precios de los antirretrovíricos siguen siendo sumamente altos en diversos países de ingresos medianos, como Rusia, Serbia y otros países de Europa central y oriental. El precio ofrecido por las compañías farmacéuticas para los tratamientos de segunda línea recomendados por la OMS también es alto, y sobrepasa los

US\$ 1000 por persona y año incluso en países de ingresos bajos.

Mientras tanto, continúa aumentando la cooperación entre países con capacidad de producción de medicamentos antirretrovíricos y países que desean crear instalaciones locales de fabricación. El Brasil, la India, Tailandia y varios de los grandes países africanos firmaron hace poco convenios de cooperación. Más tarde, en una reunión de la OMS celebrada en enero de 2004, estos y otros países de ingresos bajos y medianos acordaron cooperar con países industrializados de Europa y Norteamérica. La idea es promover y emprender conjuntamente la transferencia de tecnología de producción de antirretrovíricos a países de ingresos bajos y medianos interesados y capaces de crear una infraestructura local de producción.

En África subsahariana, muchos más países afirman que están intentando establecer sus propios centros de producción. Entre ellos figuran Etiopía, Kenya, Mozambique, Nigeria, Tanzania, Uganda y Zambia. Sudáfrica ya sacó al mercado su primer fármaco antirretrovírico en agosto de 2003. Todos estos países tienen planes

para empezar la producción de genéricos a lo largo de 2004-2005 (Dummett, 2003).

Tratamiento y prevención: refuerzo mutuo

Hay quienes se oponen a los esfuerzos para aumentar el tratamiento aduciendo que es más «rentable» prevenir que tratar. Sin embargo, los análisis de rentabilidad que comparan la prevención con el tratamiento del VIH ofrecen una visión simplista y anticuada según la cual la prevención debería financiarse a expensas del tratamiento, meramente porque los programas de prevención pueden ser más baratos.

En julio de 2003, el Banco Mundial llegó a la conclusión de que la mayoría de los estudios subestimaba el impacto a largo plazo de la epidemia, y que el SIDA puede causar daños crónicos a las economías nacionales mucho mayores de lo que se había previsto anteriormente. El gobierno del Brasil ha estimado que el tratamiento antirretrovírico le ha permitido ahorrar unos US\$ 2200 millones en asistencia hospitalaria, que de otra manera se

habrían necesitado para atender a personas con el VIH. El Gobierno afirma que el tratamiento antirretrovírico ha contribuido a un descenso del 50% en las tasas de mortalidad, del 60-80% en las tasas de morbilidad y del 70% en el número de ingresos hospitalarios entre personas seropositivas.

Los análisis de rentabilidad que confrontan prevención *versus* tratamiento pasan por alto la sinergia de refuerzo mutuo que supone integrar ambas intervenciones. En último extremo, no hay un umbral arbitrario respecto al cual pueda evaluarse el tratamiento. Ningún país afectado por un costoso defecto de seguridad se abstendría de corregirlo, so pretexto de que esta opción resulta más barata para prevenir fallos en el futuro. Haría frente a la deficiencia y tomaría medidas preventivas. Lo mismo debería ocurrir con el SIDA.

El acceso generalizado al tratamiento antirretrovírico podría llevar a millones de personas a los centros de salud, lo que brindaría nuevas oportunidades para que los profesionales sanitarios ofrecieran y reforzaran mensajes e intervenciones de prevención del VIH. Debería formarse a los

El nexo entre prevención y atención

El énfasis, quizá tardío, en el tratamiento del SIDA está poniendo de manifiesto las sinergias entre muchos aspectos de la prevención y la atención. Por ejemplo, el hecho de que exista una mayor disponibilidad de fármacos antirretrovíricos significa que más personas solicitan asesoramiento y pruebas voluntarias y averiguan su estado del VIH. Para una respuesta satisfactoria es necesario dispensar tratamiento y prevención simultáneamente.

- En Sudáfrica, una encuesta de salud efectuada después de que Médicos Sin Fronteras iniciara su programa antirretrovírico en Khayelitsha constató que, de ocho municipios examinados, el de Khayelitsha era el que tenía el nivel más elevado de uso de preservativos, la mejor disposición para unirse a asociaciones pro SIDA y la mayor aceptación de las pruebas del VIH (OMS, 2003b).
- En Masaka (Uganda), una unidad de asesoramiento y pruebas voluntarias que había cerrado sus puertas por falta de clientes volvió a rehabilitarse en 2002 coincidiendo con el inicio de un programa antirretrovírico en las mismas instalaciones del hospital. La atención se disparó. En febrero de 2003, un total de 5060 clientes había recibido asesoramiento y pruebas voluntarias, un incremento de 17 veces respecto al año 2000 (Mpiima *et al.*, 2003).
- En el primer año de la Iniciativa para la Equidad ante el VIH –un programa antirretrovírico que está ejecutando Partners for Health en Cange (Haití)– la demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias casi se triplicó (OMS, 2003a).
- En 2000, una encuesta entre 700 personas VIH-positivas de Côte d'Ivoire indicó que el uso de preservativos durante las relaciones sexuales era más probable entre las personas que tenían acceso al tratamiento antirretrovírico que entre las que no lo tenían (Moatti *et al.*, 2003).

Suministro de tratamiento antirretrovírico en Tailandia

En Tailandia, la reducción de los precios de los fármacos ha contribuido a quintuplicar el número de pacientes VIH-positivos que reciben tratamiento antirretrovírico: de unos 2500 en noviembre de 2002 a más de 15 000 en noviembre de 2003. El objetivo para 2004 es de 50 000 personas. El programa de terapia antirretrovírica del Gobierno tailandés ofrece ahora tratamiento gratuito a los pacientes VIH-positivos, y utiliza como plan terapéutico convencional de primera línea el GPOvir (d4T, 3TC y nevirapina), un fármaco de combinación producido en el propio país. El uso del GPOvir ha reducido el costo mensual del tratamiento de un paciente de unos US\$ 300 a US\$ 29. Los 92 hospitales provinciales que dependen del Ministerio de Salud Pública son capaces de proporcionar tratamiento antirretrovírico, y esta capacidad se extenderá a otros hospitales en un futuro próximo.

médicos, enfermeras y trabajadores de salud comunitaria para que integran la promoción de reducción de riesgos dentro del apoyo a la observancia del tratamiento antirretrovírico. La expansión simultánea y enérgica de la prevención del VIH y el tratamiento del SIDA en un planteamiento verdaderamente integral puede frenar y empezar a invertir el curso de la epidemia.

Medicamentos antirretrovíricos en contextos con recursos limitados

Con unas oportunidades sin precedentes para ampliar el tratamiento, se acepta de forma casi universal que los medicamentos antirretrovíricos pueden administrarse con seguridad y eficacia en contextos con recursos limitados. Desde la Iniciativa para el Acceso a Medicamentos, emprendida por el ONUSIDA en 1997 en Abidján y Kampala –y luego transferida de África a Asia y al Caribe–, los proyectos piloto a pequeña escala han demostrado, uno tras otro, la seguridad y eficacia de estos programas.

La sociedad civil ha estado durante mucho tiempo a la vanguardia en la dispensación de tratamiento para el VIH. La Iglesia Católica afirma que proporciona el 26% de la atención sanitaria a nivel mundial, y otros grupos religiosos se muestran cada vez más activos en la facilitación de asistencia para el VIH. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) han sido pioneras en el tratamiento. Entre ellas cabe citar Zanmi Lasante (Partners in Health), en Haití; San Eguidio, en Mozambique, y activistas internacionales como Médicos Sin Fronteras (véase el recuadro de la página 107). Todas estas organizaciones han estimulado la energía y el compromiso de la comunidad internacional, y han impartido enseñanzas útiles.

Muchos países, incluidos los que tienen una alta prevalencia del VIH o epidemias incipientes en grandes poblaciones, ya se están movilizando en respuesta a las insuficiencias en el tratamiento del VIH. Diversos países de América Latina y el Caribe ofrecen actualmente cobertura universal de terapia antirretrovírica, incluidos la Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, México y el Uruguay. Bahamas y Guyana están avanzando hacia el acceso universal. El Brasil está comprometido en un programa de cooperación Sur-Sur con Bolivia y el Paraguay para lograr el acceso universal en estos dos últimos países. Otros países que han realizado progresos considerables son Botswana y el Senegal. Sin embargo, el Brasil sigue siendo el único país con una gran población que ha alcanzado el acceso universal al tratamiento del SIDA.

En Asia, hasta noviembre de 2003, los programas nacionales del SIDA únicamente ofrecían planes terapéuticos de primera y segunda línea en dos países: la India y Tailandia. Sólo otros tres –Indonesia, Nepal y Sri Lanka– proporcionaban como mínimo un plan terapéutico de primera línea. El reto ahora es demostrar que ciertos programas nacionales de tratamiento pueden extrapolarse a millones de personas en otros países de ingresos bajos y medianos.

Para los planificadores de desarrollo, la epidemia de SIDA es una emergencia de salud pública mundial. La esperanza de vida de las personas con el VIH cae en picado, y la epidemia de infección se está transformando rápidamente en una epidemia de enfermedad y muerte. Así pues, se requieren enfoques de emergencia para contrarrestar los planteamientos de desarrollo gradual que suelen ser tradicionales en el sector de salud. Al mismo tiempo, es fundamental que la mayor cobertura de tratamiento anti-

Médicos sin Fronteras: pioneros en el tratamiento del VIH en países de ingresos bajos y medianos

Desde comienzos de los años 1990, Médicos sin Fronteras ha prestado asistencia a personas que viven con el VIH en países de ingresos bajos y medianos. Sus primeros programas de tratamiento antirretrovírico empezaron en 2001. En abril de 2004, aproximadamente 13 000 personas estaban recibiendo tratamiento en 42 de sus proyectos en 19 países de África, Asia y América Latina. La organización ha ido ampliando sus programas con gran rapidez: desde 1500 personas en 10 países a mediados de 2002 hasta una previsión de 25 000 personas en 25 países para finales de 2004. Al mismo tiempo, Médicos sin Fronteras comparte las enseñanzas adquiridas a través de su variada experiencia de tratamiento. Esas enseñanzas incluyen:

- «Una píldora dos veces al día»: La observancia del tratamiento debe resultar lo más fácil posible; el 80% de los pacientes de la organización sigue la combinación triple con dosis fijas recomendada por la OMS.
- «Descentraliza y adapta»: Médicos sin Fronteras funciona en zonas con una infraestructura y un personal limitados. Por tanto, utiliza dispensarios móviles de tratamiento; delega la atención básica del paciente a enfermeras y personal sanitario de la comunidad, y a menudo inicia el tratamiento sobre la base de una prueba positiva del VIH y una valoración clínica efectuadas por personal capacitado.
- «Disponible para los más pobres»: El costo nunca debería constituir un obstáculo para el tratamiento; por tanto, éste tendrá que ser gratuito para la mayoría de las personas en los países más pobres.
- «El precio importa»: Cuanto menor sea el precio de los medicamentos, mayor será el número de pacientes que podrán ser tratados.
- «Implica a la comunidad»: El compromiso de la comunidad contribuye a aumentar la observancia del tratamiento y la prevención, y a derribar el tabú que rodea al VIH.

retrovírico no signifique un retorno a enfoques de asistencia sanitaria específicos de enfermedad, sino que permita construir y reforzar sistemáticamente la estructura sanitaria en general.

El asesoramiento y las pruebas voluntarias, los programas de prevención y tratamiento del VIH y los servicios de salud sexual y reproductiva deben integrarse con eficacia y formar parte de los servicios de atención primaria. Un ejemplo excelente de la integración de prevención y tratamiento lo proporcionan los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil que también incluyen tratamiento antirretrovírico para las madres que lo necesitan, tanto durante el embarazo como después del parto.

En la Décimocuarta Conferencia Internacional sobre el VIH/SIDA, celebrada en Barcelona (España) en 2002, los participantes clave establecieron el objetivo mundial de ampliar el tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas en países de ingresos bajos y medianos para finales de 2005. La Secretaría del ONUSIDA, la OMS y otros asociados concluyeron que este objetivo era factible si se recaudaban fondos suficientes y

se tomaban otras medidas. Estos tres millones de personas figuran entre las que fallecerán en los dos próximos años si no reciben ahora tratamiento antirretrovírico.

Poco después de la Conferencia de Barcelona, la comunidad internacional adoptó medidas adicionales para movilizarse en torno a este objetivo. Entre ellas figuraba el establecimiento de una asociación mundial de organizaciones que trabajan para ampliar el acceso al tratamiento: la Coalición Internacional para el Acceso al Tratamiento del VIH. La Coalición llegó a reunir más de 120 miembros, pero se demostró que era insostenible como instrumento para coordinar el apoyo de la comunidad internacional.

La iniciativa «tres millones para 2005»

En septiembre de 2003 se produjo un desarrollo decisivo en el segundo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. En esa sesión, el Director General de la OMS y el Director Ejecutivo del ONUSIDA declararon que la falta

de tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos constituye una emergencia de salud pública mundial y lanzaron la idea de la iniciativa «tres millones para 2005». Apelaron a la comunidad mundial para reducir la brecha existente respecto del tratamiento, y lo calificaron como una de las mayores crisis de derechos humanos y salud pública de nuestro tiempo.

En el Día Mundial del SIDA de 2003, la OMS dio otro paso importante: el anuncio de su iniciativa «tres millones para 2005». En el contexto de esa iniciativa, la OMS y el ONUSIDA han instado a sus asociados, incluidos las ONG y el sector privado, a unirse a la movilización de apoyo a los gobiernos para ampliar los programas de tratamiento en los países.

La iniciativa «tres millones para 2005» constituye una meta intermedia, dentro de un movimiento mundial para movilizar apoyo con el fin de ampliar de forma sustancial –y, en última instancia, universal– el acceso al tratamiento. Desde su introducción, muchos países han anunciado, confirmado o intensificado su compromiso de llevar el tratamiento del VIH a las personas que lo necesitan. Hasta la fecha, unos 40 países han comunicado formalmente que desean participar en la iniciativa. Con el apoyo del ONUSIDA, la OMS está buscando recursos a fin de ampliar la atención técnica que presta a los países para intensificar los programas de tratamiento. Hasta junio de 2004, los gobiernos del Canadá, Suecia y el Reino Unido, junto con asignaciones del Presupuesto y Plan de Trabajo Integrado del ONUSIDA, habían proporcionado apoyo financiero importante a la OMS para llevar a cabo su estrategia «tres millones para 2005».

La estrategia

La estrategia de la OMS, *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad*, incluye el compromiso inequívoco de la organización de actuar de manera urgente; implicar a las personas que viven con el VIH en un papel central; trabajar en asociación; salvaguardar la equidad y los derechos humanos; asegurar la sostenibilidad de la atención a lo largo de la vida, y asegurar que la iniciativa

sea complementaria de los servicios existentes. La iniciativa «tres millones para 2005» hará hincapié en que los países la sientan como propia, el rasgo primordial del principio de los «tres unos» iniciado por el ONUSIDA (véase el capítulo «Respuestas nacionales»). El marco estratégico de la OMS contiene 14 elementos clave que se encuadran en cinco «pilares»: liderazgo mundial, asociación y promoción sólidas; apoyo urgente y sostenido a los países; medios normalizados y simplificados para la dispensación de terapia antirretrovírica; suministro eficaz y fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas, e identificación y reaplicación rápidas de los nuevos conocimientos y éxitos.

Liderazgo mundial, asociación y promoción sólidas

El trabajo más esencial de la estrategia «tres millones para 2005» tiene lugar en los países y comunidades. Pero el liderazgo mundial y las alianzas entre participantes internacionales ayudan a crear las condiciones para el éxito. El carácter asociativo es vital para que la iniciativa funcione. El objetivo de «tres millones para 2005» y la meta a más largo plazo de acceso universal superan con creces las capacidades de cualquier organización aislada. Se están desarrollando mecanismos innovadores de colaboración que enlazan gobiernos nacionales, organizaciones internacionales, el sector privado, grupos de la sociedad civil y comunidades.

Un principio fundamental de «tres millones para 2005» es que las personas que viven con el VIH deben desempeñar un papel central en el diseño, aplicación y supervisión de los programas de tratamiento antirretrovírico. La implicación de personas infectadas en actividades relacionadas con el tratamiento contribuye a reducir el estigma y mejorar la eficacia de los programas (Farmer *et al.*, 2001). Pero el estigma continúa siendo un obstáculo para reclutar a personas que viven con el VIH a fin de que trabajen en programas antirretrovíricos. Por consiguiente, se requieren esfuerzos intensos y creativos para combatir el estigma y crear un entorno propicio que permita que las personas con el VIH desarrollen todo su potencial en la ampliación del tratamiento.

Falta de trabajadores de salud: un impedimento fundamental para el éxito del programa antirretrovírico

El número de trabajadores de salud disponibles, incluidos administradores y personal de formación, es crucial para la capacidad de un país de suministrar servicios. A menudo, el personal sanitario no ha recibido formación para el servicio, o ni siquiera información básica sobre el VIH y el SIDA. Según un informe reciente, China tiene menos de 200 médicos con alguna calificación especializada para el diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA.

En países muy afectados por el SIDA, las investigaciones indican que la falta de capacidad laboral sanitaria es un problema muy grave para todos los programas, pero particularmente para los que planean distribuir antirretrovíricos de forma generalizada. Por ejemplo, en Tanzania, la magnitud de la fuerza laboral sanitaria debe triplicarse para poder suministrar intervenciones prioritarias a la mayor parte de la población en 2015. En el Chad debe cuadruplicarse. En Bostwana, los funcionarios de salud señalan que alcanzar la cobertura universal de tratamiento antirretrovírico requeriría, por sí solo, duplicar el actual cuerpo de enfermería, triplicar el número de médicos y quintuplicar el número de farmacéuticos.

Por desgracia, en los países más afectados por el SIDA, las tasas de vacantes entre el personal sanitario son sumamente altas. En 1998, Ghana tenía una tasa de vacantes del 43% para médicos en centros públicos; en Malawi era del 36%. En 1998, Lesotho comunicó que su tasa de vacantes de enfermería en el sector público era del 48%; la de Malawi en 2001 llegaba al 50%. Otro problema es que los trabajadores de salud no se distribuyen de modo uniforme dentro de un país. En Tanzania, la tasa de enfermeras por 100 000 habitantes en la urbe de Dar es Salam es de 160, pero en el resto de Tanzania hay distritos en los que esta relación es inferior a seis enfermeras por 100 000. Por supuesto, este problema no se restringe a países con una alta prevalencia del VIH. En Nicaragua, aproximadamente el 50% de los trabajadores de salud del país se concentra en la capital, Managua, donde sólo vive el 20% de la población.

La migración es una razón básica que explica que la fuerza laboral sanitaria se esté reduciendo en los países de ingresos bajos. Los mejores salarios y prestaciones, las oportunidades profesionales y el reclutamiento activo atraen hacia los países industrializados a los trabajadores de salud con titulaciones aceptadas internacionalmente. En Zambia se ha formado a más de 600 médicos desde la independencia, pero sólo 50 permanecen en el país. Más del 50% de los médicos formados en Ghana durante los años 1980 ejercen en el extranjero. Las Naciones Unidas han estimado que el 56% de todos los médicos migrantes fluye de países de ingresos bajos y medianos a países industrializados, mientras que sólo el 11% fluye en la dirección contraria. El desequilibrio es aún mayor para las enfermeras. Finalmente, se requieren esfuerzos mucho mayores con el fin de mejorar las condiciones laborales y los incentivos para los trabajadores de los servicios sociales y sanitarios en las zonas rurales.

A nivel mundial y multilateral, los asociados clave que apoyan la acción en los países incluyen asociaciones internacionales de activistas y proveedores de tratamiento; la OMS y otros copatrocinadores del ONUSIDA, incluido el Programa Multinacional del SIDA del Banco Mundial, y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Para aumentar el acceso al tratamiento antirretrovírico en los países, esos asociados se están conectando con iniciativas bilaterales clave, como el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA; la Llamada a la Acción contra el SIDA del Reino Unido y la Unión Europea, dirigida por su Departamento para

el Desarrollo Internacional, así como esfuerzos de otros donantes y del sector privado.

Fortalecer la capacidad de los países

Cuando los países alinean sus objetivos nacionales de tratamiento del SIDA con la iniciativa «tres millones para 2005», muchos solicitan la colaboración de la OMS y sus asociados. Durante los primeros meses de 2004, misiones especiales de la OMS han trabajado con países, asociados internacionales, autoridades sanitarias y otras partes interesadas para apoyar el desarrollo del plan nacional y la preparación de la propuesta de financiación,

así como otras actividades dirigidas a aumentar la aplicación del tratamiento antirretrovírico.

Por ejemplo, en conjunción con la estrategia «tres millones para 2005», Zambia elevó su objetivo de tratamiento para 2005 de 10 000 a 100 000 personas. Kenya anunció un incremento similar. Pero el logro de estos ambiciosos objetivos exige superar obstáculos importantes de ejecución. Los retos son enormes: los servicios de salud de muchos países están gravemente socavados a causa de inversiones insuficientes a lo largo de decenios, y por la carga del propio SIDA (ONUSIDA, 2003a). Prácticamente en todas partes, el número de trabajadores de salud disponibles es demasiado bajo para satisfacer las necesidades (véase el capítulo «Respuestas nacionales»).

Si los obstáculos no se abordan sistemáticamente, la ampliación en gran escala del tratamiento antirretrovírico seguirá siendo meramente una aspiración; esto también podría favorecer la deserción de personal en otras áreas del sistema sanitario. Por otra parte, la iniciativa «tres millones para 2005» puede actuar como catalizador para atraer a nuevos trabajadores hacia el mundo sanitario. Las principales acciones para aumentar las plantillas consisten en: intensificar el reclutamiento y la formación del personal nuevo y existente; mejorar las condiciones de empleo en el sector público; reevaluar las especificaciones y tareas de cada puesto, y afrontar la «fuga de cerebros» de los países pobres, incluido el ofrecimiento de incentivos para atraer a los profesionales autóctonos que trabajan en el extranjero. Otra posibilidad es reclutar a voluntarios nacionales e internacionales para hacer frente a las lagunas más urgentes en el suministro de servicios.

Una manera de afrontar las carencias de personal sanitario es formar e involucrar activamente a miembros de la comunidad. Los primeros programas antirretrovíricos de base comunitaria en Haití, Sudáfrica, Uganda y otras partes demostraron que los trabajadores de salud de la comunidad pueden asumir responsabilidades significativas en cuanto a asesoramiento; apoyo psicosocial a los pacientes y sus familias; ayuda para mantener la observancia; apoyo nutricional; asistencia a domicilio y cuidados paliativos, y

supervisión de pacientes por lo que respecta a toxicidad farmacológica y fracaso clínico. Para asegurar el éxito, los miembros de la comunidad necesitan buena formación y apoyo continuado, así como mecanismos claros para comunicarse y colaborar con otros miembros del equipo de salud.

Medios normalizados y simplificados

La reducción de la complejidad es un factor importante para acelerar el despliegue del tratamiento en entornos con sistemas de asistencia sanitaria débiles y carencias graves de profesionales calificados. Las directrices más eficientes de «tres millones para 2005» han reducido de 35 a cuatro el número de planes terapéuticos de primera línea recomendados. Los tratamientos son más simples e incluyen menos comprimidos, y las cuatro combinaciones cubren circunstancias tan diversas como coinfección por tuberculosis y embarazo.

Los planes terapéuticos de «dos veces al día» también ayudan a los pacientes a seguir el tratamiento, lo que determina que un mayor número de personas permanezcan más saludables, que los planes sean eficaces durante más tiempo y que disminuyan las posibilidades de aparición de virus con resistencia farmacológica. Del mismo modo que las pruebas rápidas del VIH deben ser un componente esencial del despliegue de asesoramiento y pruebas voluntarias (véase el capítulo «Prevención»), así las pruebas de laboratorio y los medios de diagnóstico para supervisar la salud de las personas en tratamiento tienen que simplificarse y resultar más accesibles para las poblaciones más pobres. Entretanto, el hecho de que en contextos con escasos recursos no pueda disponerse de pruebas de supervisión complejas, como las pruebas de carga vírica, no es motivo para demorar la ampliación del tratamiento.

Suministro eficaz y fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas

El mantenimiento de un suministro asequible y fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas de calidad es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los países que pretenden ampliar el tratamiento. El UNICEF, la ONG holandesa Asociación Internacional de Dispensación y

El compromiso con la equidad tiene que ser algo más que un decorado

¿Cómo podemos asegurar que se toman decisiones justas sobre dónde establecer los servicios y a qué pacientes se atiende primero? En presencia de recursos limitados, asegurar que el acceso al tratamiento antirretrovírico sea realmente justo y equitativo supone tomar las decisiones correctas: cómo y dónde gastar el dinero para establecer servicios, y quién tiene prioridad para el tratamiento entre aquellos que pueden acceder al servicio. No hay una fórmula exclusiva para tomar tales decisiones, pero la selección justa de las personas exige un proceso equitativo de deliberación que involucre a diferentes estamentos decisorios de la sociedad. El proceso de toma de decisiones debería guiarse por los siguientes principios clave y ser:

- *Inclusivo*: Involucrar a una amplia gama de participantes que representen todos los grupos de interés.
- *Imparcial*: Evitar conflictos de interés.
- *Transparente*: Asegurar que el conjunto de criterios y justificaciones para ser candidato al tratamiento estén abiertos a escrutinio.
- *Público*: Satisfacer la necesidad básica de las personas de conocer el fundamento de decisiones que afectan de forma crítica su bienestar.
- *Pertinente*: Asegurar que las partes interesadas estén de acuerdo en que las prioridades se basen en factores situacionales apropiados y pertinentes.
- *Revisable*: Permitir el cambio de decisiones a la luz de nuevas pruebas.
- *Responsable*: Maximizar la imparcialidad; los individuos o instituciones implicados deben responsabilizarse ante las comunidades de los principios y procedimientos que se apliquen.

otras organizaciones ya tienen experiencia en la adquisición de antirretrovíricos para países de ingresos bajos. Con el fin de proporcionar un mayor apoyo a los países, la OMS está creando el Servicio Terapéutico y Diagnóstico para el SIDA, que gestionará conjuntamente con el ONUSIDA, el UNICEF, el Banco Mundial y otros asociados de las Naciones Unidas. Servirá como «cámara de compensación» informativa para ayudar a los países a aumentar el acceso a medicamentos antirretrovíricos y medios de diagnóstico a los mejores precios, proporcionando información sobre previsión de necesidades y demanda, precios, fuentes, aduanas y cuestiones normativas. El Servicio también ofrecerá información sobre calidad a través de sus enlaces con el programa de valoración de calidad de la OMS –el Proyecto de Precualificación– en colaboración con el UNICEF y la Secretaría del ONUSIDA, y con el apoyo del Banco Mundial.

Suministro equitativo de antirretrovíricos: quién recibe qué y cuándo

En muchos contextos con recursos limitados, el acceso universal al tratamiento para las enfermedades relacionadas con el VIH no puede

conseguirse de inmediato. De hecho, el objetivo intermedio de ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico a tres millones de personas para 2005 supone admitir que no se llegará a todos los individuos que ya lo necesitan. Mientras no se disponga de recursos y programas para todos los necesitados, asegurar la equidad en el acceso a los servicios –la distribución justa del tratamiento– constituirá un reto fundamental para los gobiernos y los proveedores de asistencia sanitaria.

Algunas autoridades gubernamentales y administradores de servicios de salud pueden ser reacios a tomar decisiones sobre a quién debería atenderse primero, y tal vez no prevean las implicaciones éticas de dónde establecer los servicios. En ausencia de un planteamiento estructurado y explícito sobre despliegue ético del tratamiento relacionado con el VIH, la elegibilidad puede determinarse sin tener en cuenta criterios y procedimientos éticos. Cuando no se puede atender a todas las personas necesitadas, la distribución de los servicios terapéuticos para el VIH debe guiarse por principios de equidad y derechos humanos, como la no discriminación, así como por procedimientos consensuados.

Dada la urgencia de la situación, es inevitable que el tratamiento antirretrovírico lo proporcionen inicialmente los centros que ya cumplen los requisitos básicos. Para asegurar que esto no perpetúe y profundice simplemente las desigualdades existentes en la prestación de atención de salud, es necesario dirigir simultáneamente recursos sustanciales a la creación de infraestructuras para atender a las personas «de difícil acceso» o a aquellas cuyas necesidades se han descuidado hasta ahora, como las mujeres, los jóvenes y los indigentes.

En muchos países, asegurar el acceso equitativo de las mujeres y muchachas requerirá un cambio de actitud; la eliminación de impedimentos estructurales para el tratamiento, como leyes y normativas discriminatorias, y la supervisión de la responsabilidad en la práctica. Lo mismo puede decirse de las personas cuyo comportamiento está fuertemente estigmatizado (consumidores de drogas intravenosas, profesionales del sexo y varones que tienen relaciones sexuales con varones). Se necesitan medidas proactivas específicas para asegurar que se abordan —y, en último término, se eliminan— los obstáculos y desigualdades por razón de sexo para la atención a grupos vulnerables. El tratamiento antirretrovírico de los niños también exige una planificación especial (véase el recuadro de la página 117).

Tratamiento antirretrovírico: parte de un conjunto integral de medidas

El efecto de los antirretrovíricos en la vida de las personas es a menudo «casi milagroso». No ofrecen

una curación permanente, pero, al reducir la carga vírica, pueden prolongar durante años la vida de las personas con el VIH (con un poco de suerte, hasta que se descubra una curación definitiva para el SIDA). Pero la terapia antirretrovírica debe formar parte de un conjunto integrado de intervenciones que incluya actividades de prevención, atención y apoyo, de modo que todas ellas se complementen y refuercen mutuamente (véase el capítulo «Prevención»).

Las personas que están tomando estos fármacos también pueden necesitar de vez en cuando tratamiento para infecciones oportunistas y para el dolor, que es a veces un efecto colateral de tales medicaciones. Algunas necesitarán terapia sustitutiva de mantenimiento por su dependencia de opiáceos, y muchas seguirán requiriendo apoyo psicosocial para enfrentarse a una enfermedad con implicaciones importantes por lo que respecta a comportamiento y modo de vida. También necesitarán servicios de salud sexual y reproductiva.

La prevención antirretrovírica de la transmisión maternoinfantil no debería poner en peligro, en la medida de lo posible, las futuras opciones de tratamiento para las mujeres ni el uso de combinaciones dobles y triples, en lugar de dosis únicas de nevirapina (OMS, 2004). Por otra parte, conviene recordar que, aun en el caso de que la iniciativa «tres millones para 2005» alcance todos sus objetivos, millones de personas VIH-positivas con deficiencia inmunitaria avanzada no tendrán acceso a antirretrovíricos durante un futuro próximo.

Cuba: un caso de éxito en atención integral

Cuba ofrece un ejemplo poco común de atención integral en todas sus dimensiones. A principios de los años 1990, las políticas de Cuba sobre el VIH fueron objeto de controversia y críticas porque mantenían en cuarentena a las personas VIH-positivas. En la actualidad, las personas diagnosticadas con el VIH reciben una valoración clínica y psicológica exhaustiva, y luego se les permite elegir entre asistencia ambulatoria a cargo de un hospital y su médico de cabecera o asistencia interna en un sanatorio para el SIDA. Reciben raciones especiales de alimentos ricos en calorías y participan en un curso de ocho semanas sobre todos los aspectos de vivir con el VIH, incluidas la progresión de la enfermedad y las prácticas sexuales seguras. Se supervisan regularmente su sistema inmunitario y su salud general; los datos obtenidos se introducen en una base de datos electrónica, y los problemas de salud se abordan inmediatamente. Los fármacos antirretrovíricos son parte de este conjunto de medidas; unas 1500 personas tienen acceso actualmente al tratamiento (OMS, 2003e).

Asociación público-privada con un fuerte liderazgo gubernamental: el modelo de Bostwana

Bostwana tiene una de las tasas de prevalencia del VIH más altas del mundo: casi el 40% de la población adulta vive con el VIH. Fue el primer país de África meridional que actuó estratégicamente para ampliar el tratamiento antirretrovírico. El fuerte liderazgo político de su Presidente, Festus Mogae (que utilizó la palabra «extinción» para describir la amenaza que supone el SIDA para el pueblo tswana), fue decisivo para movilizar el apoyo nacional e internacional a los programas de tratamiento. Desde 2000, la iniciativa nacional de tratamiento de Bostwana –llamada ahora *Masa* (o «Nuevo amanecer»)– ha contado con el apoyo de la Asociación Panafricana contra el VIH/SIDA. En esta asociación público-privada, singular y consolidada, participan el Gobierno, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Merck Company. La asociación Bostwana-Gates-Merck apoya una respuesta nacional global y potencia la capacidad local mediante el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria y la transferencia de capacidades técnicas y gerenciales para una dispensación sostenible de servicios de salud.

A principios de 2004, *Masa* era el mayor programa gubernamental de tratamiento del VIH en África, a pesar de que Bostwana tiene una población de tan sólo 1,7 millones de habitantes y que el estigma respecto al VIH frenó la aceptación inicial. En abril de 2004, más de 24 000 personas estaban registradas en el programa, y más de 14 000 recibían terapia antirretrovírica. Sin embargo, la capacidad inadecuada para elevar rápidamente el conocimiento de la población sobre su propio estado del VIH se considera el principal obstáculo para ampliar el acceso. Por consiguiente, Bostwana está instituyendo una oferta sistemática de pruebas del VIH en contextos clínicos, e incluso ha recurrido a curanderos tradicionales como fuente potencial de referencia. Por lo que respecta al acceso igualitario para mujeres y muchachas, en la actualidad hay más mujeres que varones que están recibiendo tratamiento, con una proporción de 3:2.

Los servicios para las personas con enfermedades relacionadas con el VIH tienen que coordinarse para crear un proceso continuo de asistencia; es decir, un sistema de atención que cubra las necesidades múltiples y cambiantes de los individuos infectados y sus familias, y que se extienda desde el hogar y la comunidad hasta el dispensario o el hospital, y a la inversa. Los servicios deberían suministrarse en momentos y lugares convenientes para las personas VIH-positivas y los cuidadores, y de una manera sensible a su cultura. Además, debería haber mecanismos eficientes y eficaces de derivación entre los diferentes servicios y niveles de atención.

Los planteamientos asistenciales exhaustivos son la norma en Bostwana (véase el recuadro, más arriba), el Brasil y otros países que han alcanzado el acceso universal o están avanzando rápidamente hacia él. En conjunto, sin embargo, la atención integral para el VIH sigue siendo la excepción.

En África, la OMS estima que menos del 30% de las personas infectadas por el VIH y la tuberculosis –la infección oportunista más importante– están recibiendo medicación para esta última enfermedad (OMS, 2003c). En 2001, sólo un 1% de las personas necesitadas en Zambia y Malawi, y el 2% en Uganda, estaban recibiendo profilaxis anti-

Los medicamentos esenciales son difíciles de encontrar en muchos países pobres

La mayoría de las personas VIH-positivas en países de ingresos bajos y medianos no tiene acceso ni siquiera a medicaciones relativamente simples. Asimismo, algunos países con una gran carga de SIDA tienen un acceso exiguo y desigual a fármacos esenciales para *cualquier* enfermedad. (Banco Mundial, 2003). Por ejemplo, en Haití, Kenya, Malawi y la India, la cobertura de medicamentos esenciales en sus poblaciones oscila entre cero y el 49%. La OMS ha comunicado que, aunque el acceso a medicamentos esenciales se ha duplicado en los últimos 20 años, más de un tercio de la población mundial sigue careciendo de tal acceso y paga un alto precio por lo que respecta a salud y tasa de mortalidad. En las regiones más pobres de África y Asia, más del 50% de la población no tiene acceso siquiera a los medicamentos esenciales más básicos.

tuberculosa con isoniácida (Garbus y Marseille, 2003; Garbus, 2003a; Garbus, 2003b; Garbus, 2003c).

La alimentación, una parte esencial de la respuesta al SIDA

Uno de los elementos decisivos de la atención integral es tener lo suficiente para comer. Ésta es la preocupación más acuciente para muchas personas con el SIDA. La enfermedad empobrece rápidamente a las familias y deja a muchas de ellas luchando por un sustento digno (véase el capítulo «Impacto»). En consecuencia, aliviar el hambre es una prioridad capital para ayudar a las personas a afrontar la enfermedad. Pero una buena nutrición también desempeña un papel importante porque permite que las personas con el VIH preserven la salud, contrarresten la consunción física secundaria a la infección por el VIH y aumenten sus niveles de energía. Además, muchos medicamentos, incluidos algunos antituberculosos y antirretrovíricos, no se pueden tomar con el estómago vacío. Por tanto, el apoyo alimentario debe formar parte de cualquier propuesta global de medidas asistenciales. Esto también es importante para el bienestar de los cuidadores: muchos dicen que uno de los aspectos más estresantes de su trabajo es visitar hogares donde no hay comida y no tener nada que ofrecer (ONUSIDA, 2000).

Con el fin de paliar estos problemas de alimentación y nutrición, el Programa Mundial de Alimentos (el noveno copatrocinador del ONUSIDA) está ampliando sus programas de asistencia alimentaria para incluir a las personas VIH-positivas que reciben tratamiento, así como a las comunidades más afectadas. Esta labor se lleva a cabo en el contexto de programas de tratamiento del SIDA y prevención del VIH, en colaboración con el ONUSIDA y otros copatrocinadores. El Programa también ha contribuido a llamar la atención sobre el problema del SIDA y la seguridad alimentaria en los países más afectados.

Tuberculosis y VIH

En muchos países donde el SIDA ha incidido con mayor virulencia, la tuberculosis es la primera

causa de mortalidad entre personas con el VIH. El mayor impacto del VIH sobre la tuberculosis se ha registrado en África subsahariana, donde hasta el 70% de los pacientes tuberculosos también están infectados por el VIH. El virus ya está incrementando la incidencia de tuberculosis en gran parte de Asia sudoriental, Europa oriental y Asia central, especialmente en subgrupos de personas a menudo marginadas que corren un alto riesgo de ambas enfermedades.

Alrededor de un tercio de la población mundial es portadora de infección tuberculosa latente (es decir, la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* permanece inactiva en el organismo sin causar enfermedad). Pero, en ausencia del VIH, sólo un 5% llega a progresar *alguna vez* a enfermedad activa. La infección por el VIH incrementa hasta un 5-10% *anual* la probabilidad de que alguien que ya tiene tuberculosis latente desarrolle la enfermedad activa.

Tratar la tuberculosis no es caro. Si la medicación se toma adecuadamente, la mayoría de los casos se cura por completo. En 1991, la Asamblea Mundial de la Salud estableció los objetivos que deberían alcanzarse en 2005: una tasa de curación del 85% y una tasa de detección de casos del 75% entre los individuos infecciosos. El tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), recomendado por la OMS, es una estrategia sumamente rentable para alcanzar estos objetivos. Ha demostrado que es susceptible de amplificación tanto en diversos países de ingresos bajos y medianos como en una variedad de contextos sanitarios formales, informales y privados (Raviglione, 2003). En 2001 se creó la asociación Stop TB con el fin de ampliar, adaptar y mejorar las estrategias para controlar y erradicar la tuberculosis. La asociación lleva a cabo tareas de promoción, coordina la movilización de recursos y supervisa los progresos realizados hacia los objetivos.

En África subsahariana, la irrupción de la epidemia de VIH ha comprometido seriamente la promesa de control de la tuberculosis, hasta tal punto que las tasas de notificación de esa enfermedad han aumentado a un ritmo anual del 6% (De Cock y Chaisson, 1999). En países de la antigua Unión

Soviética se ha registrado un incremento espectacular de la tuberculosis desde mediados de los años 1990. La tuberculosis constituye actualmente un riesgo importante para el número creciente de personas que viven con el VIH en esta región.

Los programas contra la tuberculosis y el VIH se complementan mutuamente

En 1998, la OMS reconoció la necesidad de que los programas contra la tuberculosis y el VIH operaran conjuntamente en África subsahariana. En consecuencia, emprendió los proyectos ProTEST para aunar la programación sobre la tuberculosis y el VIH en Malawi, Zambia y Sudáfrica (OMS, 2004a). En diferentes regiones de África y otras partes del mundo se han llevado a cabo iniciativas similares de intervención conjunta que aprovechan la colaboración entre Stop TB y ProTEST (Family Health International, 2001; Piyaworawong *et al.*, 2001). Todas ellas demuestran que pueden obtenerse beneficios importantes coordinando las actividades básicas de los programas contra la tuberculosis y el VIH. Por ejemplo, se estima que en Malawi, durante un periodo de cuatro años, se evitaron 14 000 casos de infección por el VIH gracias a proyectos piloto ProTEST.

La OMS y el Grupo Mundial de Trabajo sobre TB/VIH de la asociación Stop TB tienen miembros procedentes tanto de los colectivos del VIH como de la tuberculosis. El Grupo ha formulado una política provisional basada en las experiencias de campo que proporciona orientación sobre qué actividades conjuntas deberían llevarse a cabo (OMS, 2004b). El principio subyacente a esta política de «dos enfermedades, un paciente» fomenta el suministro de servicios conjuntos en todos los centros asistenciales enfocados a la tuberculosis o el VIH y el SIDA. En primer lugar, debe establecerse una colaboración entre los programas nacionales para la tuberculosis y el VIH. Luego, a las personas a las que se identifica como VIH-positivas, se les puede proporcionar tratamiento o prevención de la tuberculosis a un costo relativamente bajo y con una alta probabilidad de éxito.

A las personas con infección tuberculosa latente se les puede ofrecer terapia profiláctica con isonia-

cida para prevenir la enfermedad tuberculosa activa, mientras que las que ya tienen tuberculosis activa pueden ser tratadas con medicamentos antituberculosos durante seis meses. Además, el cotrimoxazol ayuda a prevenir infecciones oportunistas relacionadas con el VIH, reduciendo así el riesgo de mortalidad en personas con tuberculosis y VIH simultáneamente. Asimismo, es esencial intensificar la búsqueda de casos de tuberculosis en centros de asesoramiento y pruebas del VIH y en otros ámbitos de servicios para el VIH. Actualmente, ésta es una gran oportunidad perdida para proporcionar una atención adecuada.

Se requiere una colaboración eficaz en materia de tuberculosis y VIH

El tratamiento antirretrovírico mejora la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con tuberculosis, de la misma forma que lo hace en otras personas con el VIH. En África subsahariana, los pacientes con tuberculosis e infección por el VIH representan una gran proporción de los candidatos al tratamiento antirretrovírico. Las metas establecidas en la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA de las Naciones Unidas, la iniciativa «tres millones para 2005» y los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la tuberculosis y el VIH serán imposibles de alcanzar sin una colaboración efectiva entre los programas para la tuberculosis y el VIH en contextos con niveles elevados de ambas infecciones. Se requiere una estrecha colaboración para asegurar la dispensación a nivel comunitario de un conjunto integral de medidas de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Los programas de control de la tuberculosis se enfrentan a diversos retos para lograr sus objetivos de detección de casos y tratamiento, retos que los programas del SIDA han tratado de superar utilizando estrategias innovadoras. Entre ellas figuran: cómo afrontar el estigma; cómo incidir sobre comportamientos; cómo comprometerse con las comunidades; cómo implicar a los pacientes y las familias en el diseño y gestión de los programas, y cómo emprender iniciativas a fin de superar los obstáculos estructurales para la prevención de la tuberculosis, como la pobreza y la marginación

La Declaración de Doha: primacía de la salud pública en el comercio internacional

La Declaración de Doha sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública se promulgó en la conferencia ministerial de la Organización Mundial de Comercio en noviembre de 2001. En ella se dejaba claro que la salud pública y el acceso a medicamentos para todos son preocupaciones básicas en la aplicación de las normas de comercio internacional. La Declaración de Doha reafirmó la flexibilidad que el Acuerdo sobre los ADPIC proporciona a los países al autorizar el uso de productos patentados –lo que se conoce a veces como «licencia obligatoria»– en interés de la salud pública. La Declaración también amplió el periodo de transición hasta 2016 para que los países menos desarrollados expidan patentes en el sector farmacéutico.

Los ministros de la Organización Mundial de Comercio presentes en la Conferencia de Doha reconocieron (en el párrafo 6 de la Declaración) que los países con una capacidad insuficiente de fabricación farmacéutica podían tener dificultades para usar eficazmente la «licencia obligatoria» estipulada en el Acuerdo sobre los ADPIC a causa de la limitación sobre las exportaciones que impone esta autorización.

En vísperas de su reunión ministerial en Cancún, en septiembre de 2003, la Organización Mundial de Comercio acordó un sistema para renunciar «caso por caso» a la limitación sobre las exportaciones establecida en el ADPIC, de manera que los países sin capacidad propia de fabricación pudieran encontrar fuentes de medicamentos genéricos. Sin embargo, a mediados de 2004, el sistema de renuncia todavía no ha sido utilizado por ningún país. Es esencial que los gobiernos, y sus asociados en la sociedad civil y el sector privado, evalúen activamente la flexibilidad que permite el Acuerdo sobre los ADPIC para promover el acceso a medicamentos del VIH asequibles en sus países. Es posible que los países tengan que modificar su legislación de patentes para beneficiarse de las flexibilidades propuestas, como el periodo de transición hasta 2016 y las renunciadas en el párrafo 6.

social. Muchos de estos desafíos pueden abordarse de manera más eficaz si los programas sobre el VIH y la tuberculosis trabajan conjuntamente en sinergia.

Los medicamentos para el SIDA y las reglas del comercio mundial

El comercio mundial de medicamentos está reglamentado tanto por leyes y normativas nacionales como por reglas internacionales, entre ellas las del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial de Comercio. El Acuerdo protege los derechos de propiedad intelectual, incluidas las patentes, que proporcionan importantes incentivos para crear nuevos y mejores medicamentos para el VIH y, quizás algún día, una vacuna. Al mismo tiempo, el control exclusivo ejercido por las patentes puede dificultar el acceso a medicamentos asequibles, de modo que el Acuerdo contiene un cierto número de «salvaguardas» o flexibilidades que las autori-

dades nacionales pueden utilizar para promover un acceso más asequible. La Declaración de Doha de la Organización Mundial de Comercio ofreció una flexibilidad adicional, tal como se describe en el recuadro adjunto.

Aparte de ofrecer precios más bajos a ciertos mercados de países de ingresos bajos y medianos, algunas compañías basadas en la investigación han anunciado que no harán valer sus derechos de patente para medicamentos relacionados con el VIH en determinados países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, Roche, una importante compañía farmacéutica, produce saquinavir y nelfinavir, que se utilizan en tratamientos de segunda línea recomendados por la OMS. La compañía tiene una política escrita según la cual no reclamará ni aplicará las patentes existentes de medicamentos relacionados con el VIH en África subsahariana ni en cualquier otro país poco desarrollado. Bristol-Myers Squibb, que produce d4T, un fármaco utilizado en planes terapéuticos de primera línea recomendados por la OMS, ya había anunciado

anteriormente una política similar que no permite que sus patentes impidan el acceso al tratamiento asequible del VIH en África subsahariana.

Unos pocos países han empezado a tomar medidas para utilizar el Acuerdo sobre los ADPIC de forma más eficaz. En mayo de 2004, el Canadá reformó su legislación de patentes para permitir que los productores canadienses de genéricos exportaran a países elegibles según el acuerdo de aplicación estipulado en el párrafo 6 de la Declaración de Doha de la OMC. Mientras tanto, Malasia y Mozambique anunciaron que estaban expidiendo licencias obligatorias para algunos antirretrovíricos relacionados con el VIH. Sin embargo, los retos continúan en pie, ya que algunos acuerdos de comercio bilateral y regional –como los existentes entre los Estados Unidos y Colombia, y entre los Estados Unidos y Chile, así como el Acuerdo de Libre Comercio en América Central– contienen disposiciones que sobreprotegen los derechos de patente, que, en esos países, contrarrestan gran parte de la flexibilidad proporcionada a los gobiernos con arreglo al Acuerdo sobre los ADPIC.

Los avances en la terapia de combinación: simplificación para una mejor observancia

La terapia antirretrovírica de triple combinación ha sido durante mucho tiempo el referente para tratar la infección por el VIH. La industria farma-

céutica está contribuyendo a simplificar los planes terapéuticos mediante el desarrollo y fabricación de formulaciones de combinación de dosis fija. Las combinaciones de dosis fija permiten que las tres moléculas individuales se tomen en un solo comprimido, cápsula o, en el futuro, solución, lo cual es de especial importancia para los niños.

Tres combinaciones de dosis fija, una de Cipla, una de Ranbaxy (dos productores indios de genéricos) y una de GlaxoSmithKline, han sido aprobadas por el programa de valoración de calidad de precalificación de la OMS. Las combinaciones de genéricos de dosis fijas proporcionan un tratamiento de primera línea recomendado por la OMS. Las patentes de componentes individuales son retenidas a menudo por diferentes compañías originarias, y la industria basada en la investigación está examinando acuerdos entre múltiples compañías para permitir que sus productos bajo patente se combinen o se empaqueten juntos en los envases.

Los antirretrovíricos de combinación de dosis fija ofrecen un cierto número de ventajas potenciales. Pueden:

- Aumentar la observancia terapéutica del paciente.
- Retrasar el desarrollo de resistencias.
- Rebajar el costo total, incluidos producción, almacenaje, transporte, dispensación y otros costos del sistema sanitario.

Los niños con el VIH en Rumania: de la tragedia a la esperanza

Rumania tiene el mayor número de niños con el VIH de Europa: más de 7500. Se cree que la transfusión de sangre no analizada y las repetidas inyecciones médicas contaminadas entre 1987 y 1991 provocaron la infección por el VIH en más de 10 000 neonatos y niños. En un intento de afrontar este reto, Rumania fue uno de los primeros países de Europa central y oriental que introdujo el tratamiento antirretrovírico. El compromiso inequívoco del Gobierno rumano para mejorar el acceso ha incluido la aprobación de una ley especial en 2002 que garantiza la prevención y la atención del VIH, con tratamiento gratuito de financiación pública y un suplemento dietético para todas las personas que lo necesiten. Desde 2001, una fuerte asociación público-privada auspiciada por las Naciones Unidas ha conducido a reducciones significativas de precios por parte de seis compañías farmacéuticas implicadas en la Iniciativa para la Aceleración del Acceso. En la actualidad, todas las personas a las que se clasifica como «necesitadas» de acuerdo con las directrices internacionales tienen acceso al tratamiento del VIH en Rumania. Esto supone la cobertura de unos 5700 pacientes, incluidos 4350 niños. Rumania es un caso especial, un caso en el que el acceso al tratamiento para los niños desencadenó una campaña que condujo a lograr el acceso universal al tratamiento del VIH.

- Reducir el riesgo de errores de medicación por parte de los prescriptores, administradores y los propios pacientes.
- Simplificar el funcionamiento del sistema de suministro y aumentar la seguridad.
- Facilitar la educación y el asesoramiento de los pacientes, y reducir sus tiempos de espera.

Basándose en su experiencia en el suministro de tratamiento antirretrovírico, Médicos sin Fronteras impulsa abiertamente las combinaciones de dosis fija. Los pacientes que reciben la combinación de dosis fija prescrita con mayor frecuencia (d4T/3TC/nevirapina [NVP]) pueden tomar una sola píldora dos veces al día, en contraste con seis píldoras diarias si los mismos fármacos se toman por separado. Las combinaciones de dosis fija también pueden ser mucho más asequibles que la misma combinación adquirida como elementos separados. Médicos sin Fronteras afirma que paga US\$ 270 por paciente y año para la combinación d4T/3TC/NVP, en comparación con US\$ 562 para los productos separados de las compañías originarias (Médicos sin Fronteras, 2004).

Tratamiento antirretrovírico para los niños: un desafío especial

El tratamiento antirretrovírico para los niños plantea retos especiales. Pocos medicamentos para el VIH se producen en formulaciones pediátricas, y los disponibles como jarabes tienen limitaciones. Adolecen de una vida media corta, a veces los niños se quejan de su sabor, los cuidadores pueden tener dificultades para medir las dosis correctas y siguen siendo muy costosos.

Las indicaciones para que un niño pueda beneficiarse de tratamiento antirretrovírico son diferentes de las de los adultos, de modo que tienen que establecerse distintos criterios de elegibilidad. Sin embargo, los mayores problemas en el tratamiento de los niños no son técnicos, sino sociales y financieros. Los niños dependen totalmente de los adultos para que se identifiquen sus necesidades de tratamiento, para que los lleven al dispensario y, posteriormente, para que se les supervise cuando

toman sus medicaciones con el fin de asegurar la observancia.

El tratamiento de los niños puede tener escasa prioridad en una familia con varios miembros VIH-positivos. Además, muchos niños infectados han perdido a sus madres a causa del SIDA, y a menudo es difícil encontrar a un pariente o tutor que supervise constantemente el tratamiento del niño. Por ejemplo, en Botswana, el tutor de un niño huérfano supervisaba su tratamiento con total fiabilidad. Más tarde, el tutor falleció, y dejó al niño con otros parientes que no sabían nada de su plan de tratamiento ni comprendían sus necesidades. Cuando el muchacho parecía mejorar, los parientes no veían la necesidad de llevarlo al dispensario, y finalmente abandonó el tratamiento (ONUSIDA, 2003).

Un enfoque satisfactorio para contrarrestar esta situación es el que ha adoptado la Mildmay International Jaija's Home en Uganda. Se trata de un centro pionero a pequeña escala que se ocupa de tratar a niños con el SIDA. Cada uno de los 85 niños del proyecto tiene un «plan asistencial» elaborado con los padres o tutores, y sólo se ofrece tratamiento antirretrovírico a aquellos que cuentan con un entorno doméstico de apoyo (ONUSIDA, 2003).

En general, se requiere una mayor inversión para abordar las necesidades especiales de los niños, y esto incluye las dificultades técnicas de desarrollar para ellos formulaciones antirretrovíricas de combinación de dosis fija. Es necesario que las leyes nacionales aseguren que los niños tengan acceso al tratamiento del VIH como un derecho humano. Los formuladores de políticas nacionales y los gestores de programas tienen que prestar más atención a los requisitos especiales de los niños al preparar y ejecutar programas de tratamiento. Saber cuándo conviene involucrar al niño en su propio tratamiento es otra dificultad añadida, ya que en la mayoría de los casos los trabajadores de salud sólo disponen de su juicio personal para tomar una decisión. En todas partes hay una necesidad acuciante de políticas nacionales de atención de salud y directrices sobre el tratamiento de los niños con el VIH.

Morfina: un medicamento esencial para la atención del SIDA

Por desgracia, las iniciativas para proporcionar cuidados paliativos cubren tan sólo una minúscula proporción de las personas que los necesitan. Además, la morfina todavía no se suministra de forma generalizada en los estuches de atención a domicilio. En muchos países, uno de los mayores obstáculos es que la morfina y otros analgésicos potentes están a menudo prohibidos por la ley. Sin embargo, la morfina se recomienda en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS; la OMS ha elaborado directrices que indican que los opiáceos, incluida la morfina oral, son necesarios para aliviar el sufrimiento.

Las normativas que estipulan que sólo los médicos pueden prescribir opiáceos deben revisarse a fin de que esos fármacos también puedan ser administrados de forma general por enfermeras y otras personas que trabajan a nivel comunitario. Uganda y Tanzania son los únicos países de África en los que suele disponerse de morfina oral, y sólo Uganda la proporciona específicamente para cuidados paliativos dentro de su plan nacional de salud (Ramsay, 2003). Un proyecto conjunto de la OMS con países africanos demuestra que se requieren asociaciones sólidas entre las autoridades de reglamentación y los trabajadores de salud con el fin de superar esta «opiofobia» (OMS, 2002).

Asistencia en la comunidad

De forma casi universal, los parientes y amigos proporcionan hasta el 90% de la atención a las personas con el SIDA en el hogar de éstas. Muchos programas de base comunitaria, a menudo con pocos vínculos con servicios de salud pública, han surgido por todo el mundo para apoyar sus esfuerzos. En Uganda, la Organización de Servicios para el SIDA (TASO) es el mayor proveedor de servicios terapéuticos y asistenciales, y ofrece a un número creciente de sus más de 60 000 miembros un conjunto integral de servicios, que van desde asesoramiento y apoyo psicológico hasta medicaciones para infecciones oportunistas y cuidados paliativos.

Se reconoce ampliamente la enorme contribución de las iniciativas de base comunitaria: la atención en el hogar forma parte de los planes de salud de casi todos los países. Sin embargo, a pesar de algunos ejemplos notables de buena práctica, los progresos para integrar tales iniciativas en el sistema más general de salud pública han sido sumamente limitados.

Tal como se ha indicado anteriormente, la iniciativa «tres millones para 2005» reconoce la atención de base comunitaria como la piedra angular de los programas de tratamiento. Las comunidades deben desempeñar un papel clave en la reivindicación de tratamiento, información y alfabetización, así como

en el suministro de tratamiento y en la supervisión y apoyo de los pacientes que están tomando antirretrovíricos (OMS, 2003d). Sin embargo, la mayoría de los programas basados en la comunidad funciona de manera aislada y con una financiación precaria. Requieren apoyo para ser capaces de asumir y mantener la carga adicional que supone el tratamiento antirretrovírico a largo plazo.

Los gobiernos deben asegurar que proporcionan un entorno de apoyo a los cuidadores, lo que significa revisar y reformar ciertas leyes existentes, como las relacionadas con los derechos de herencia y propiedad de las mujeres, así como otras políticas y directrices que regulan sus vidas. También significa trabajar en temas estructurales, como proporcionar agua y saneamiento, vivienda, educación para las muchachas, empleo, pensiones para los jubilados y otras redes de seguridad social.

Al mismo tiempo, los cuidadores necesitan apoyo individual para no sucumbir a la fatiga y la desesperación. Necesitan información y adiestramiento sobre qué es previsible del SIDA; cómo cuidar a un paciente y acceder a apoyo alimentario, y dónde recibir asesoramiento para sus propias necesidades psicológicas. Estos cuidadores «informales» son un eslabón vital de la cadena. Si no consiguen tirar adelante, todo el sistema de asistencia comunitaria empezará a desintegrarse. Se requieren investigaciones sistemáticas que aporten luz sobre quiénes

son exactamente, qué hacen y cómo encajan dentro del marco de la atención comunitaria. Esta información es un requisito básico para abordar sus necesidades, reforzar su capacidad e integrarlos en el sistema formal de asistencia sanitaria (Ogden y Esim, 2003).

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos constituyen uno de los aspectos más olvidados de la atención del VIH. Esos cuidados procuran aliviar el dolor y otros síntomas de aflicción en personas que son incurables y a menudo se encuentran en la fase terminal de su enfermedad. Se estima que al menos la mitad de todas las personas con el VIH sufrirán dolor intenso en el curso de su enfermedad (OMS, 2002). Ésta es una fuente de enorme angustia para los cuidadores, parientes y amigos, que son testigos impotentes de este sufrimiento. Es fundamental que las personas que necesitan cuidados paliativos los reciban.

El alivio del dolor es una parte esencial de esta atención, y sin embargo, es frecuente que no puedan obtenerse morfina (véase el recuadro de la página 119) y otras medicaciones analgésicas eficaces. Aun en el caso de que una persona esté recibiendo tratamiento antirretrovírico, los cuidados paliativos son necesarios porque el VIH sigue causando una morbilidad y mortalidad considerables. Por ejemplo, en los Estados Unidos unas 14 000 personas fallecieron por el SIDA en 2003. Aparte del control del dolor, los cuidados paliativos para las personas con SIDA abarcan:

- Tratar otros síntomas, como diarrea, náuseas y vómitos, tos y disnea, fatiga, fiebre, problemas cutáneos y deterioro mental.
- Apoyo psicosocial, lo que supone aliviar la depresión, ansiedad y dolor espiritual.
- Apoyo a las familias y cuidadores, como asistencia práctica de enfermería, cuidados de «alivio» y asesoramiento para ayudarles a superar sus emociones y aflicciones.

En Zimbabwe y países vecinos, Island Hospice proporciona formación en cuidados paliativos a las comunidades e instituciones. En Kenya, el Nairobi Hospice se fundó en 1990 y ofrece una amplia

variedad de cursos de formación y experiencia práctica en cuidados paliativos para profesionales de la salud, otros profesionales y voluntarios.

En Botswana, un centro para pacientes terminales en el Hospital Luterano de Bamalete, en la aldea de Ramotswa, ofrece servicios clínicos ambulatorios, así como un centro de día para pacientes terminales, a los que se traslada desde su casa. Los cuidados de «alivio» se iniciaron en 2002 y constituyen uno de los servicios más valorados (ONUSIDA, 2003a). Además, la Iniciativa de Cuidados Paliativos Princesa Diana, creada en 2002, está trabajando actualmente en siete países de África. En 2001, la OMS emprendió una iniciativa conjunta quinquenal con el fin de crear servicios de cuidados paliativos para personas con SIDA y cáncer. Opera a través de su Oficina Regional para África, ministerios de salud y asociados clave en cinco países africanos: Botswana, Etiopía, Tanzania, Uganda y Zimbabwe.

Los retos del nuevo plan de acción

Los gobiernos, la sociedad civil y sus asociados en los países se enfrentan a desafíos colosales para reducir la brecha en el tratamiento: la brecha entre las aspiraciones y la realidad por lo que respecta a aumentar el tratamiento antirretrovírico y la atención integral del VIH. Quedan por contestar muchas preguntas. Por ejemplo, ¿cómo se decidirá a quién se trata primero cuando la cobertura antirretrovírica sea todavía limitada? ¿Cuál es la mejor forma de proporcionar servicios a los niños? Y ¿cómo encontrarán los gobiernos un equilibrio apropiado entre la dispensación de servicios para el SIDA y otros problemas acuciantes de salud?


Las respuestas finales a la mayoría de esas preguntas se encontrarán a nivel nacional, de acuerdo con las prioridades y circunstancias locales. Estas cuestiones son difíciles, controvertidas y a menudo dolorosas de resolver. Pero no debe permitirse que agoten la voluntad política mundial de ampliar drásticamente el tratamiento del VIH en todos los países de ingresos bajos y medianos.

Las condiciones para aumentar de manera significativa el acceso al tratamiento del VIH nunca antes

habían sido tan prometedoras. Se han realizado avances inequívocos en el compromiso político de alto nivel, la financiación de los donantes internacionales y la accesibilidad financiera de los medicamentos y otros productos básicos relacionados con el VIH, así como progresos importantes en el trabajo de la sociedad civil y el sector privado para preparar y ejecutar programas de tratamiento del VIH en los países y comunidades. La iniciativa «tres millones para 2005» sólo saldrá adelante si los gobiernos y asociados en los países de ingresos bajos y medianos encabezan la marcha. Entre los retos futuros cabe destacar los siguientes:

- Reforzar la capacidad de los países muy afectados que se enfrentan a una crisis creciente de recursos humanos. Los esfuerzos deben asegurar rápidamente que tengan acceso al tratamiento del VIH los médicos, enfermeras, trabajadores de salud de la comunidad y otros. Hay que mejorar los incentivos y las condiciones laborales en el sector público; ampliar y acelerar los programas de formación y educación, y tomar medidas para acrecentar la confianza en las enfermeras, personal paramédico y trabajadores comunitarios como medio de potenciar la atención.
- Asegurar un conocimiento generalizado del estado del VIH, ya que ésta es la puerta de entrada al tratamiento y la prevención del VIH. Deben intensificarse las oportunidades de asesoramiento y pruebas voluntarias, y hay que ofrecer de forma sistemática pruebas del VIH a todos los pacientes cuyos síntomas sean congruentes con enfermedades relacionadas con el VIH y a todos aquellos que acuden a dispensarios de infecciones de transmisión sexual, dispensarios prenatales y otros centros de salud (véase el capítulo «Prevención»).
- Ejecutar programas de tratamiento antirretrovírico de una forma integrada, que refuerce, en lugar de mermar, el sistema general de salud y que sea compatible con el plan de desarrollo global del país.
- Proporcionar mayor apoyo para la transferencia y exportaciones de tecnología, de países con capacidad de producción de antirretroví-

ricos a países que no la tengan. El incremento de 10 veces en el acceso a antirretrovíricos que se está planificando actualmente requiere que todos los asociados dentro de la industria farmacéutica –fabricantes de productos originales y de genéricos– participen en la respuesta al SIDA con objeto de asegurar la disponibilidad de cantidades suficientes de medicamentos para el VIH y de los ingredientes activos para las formulaciones finales.

- Asegurar que los países aprovechen su derecho a utilizar las disposiciones de los acuerdos comerciales para ampliar el acceso a medicamentos y tecnologías relacionados con el VIH. Esto también significa oponerse a disposiciones sobre patentes «más estrictas de lo necesario» en acuerdos de comercio regional para no menoscabar gran parte de la flexibilidad que brindan los acuerdos de comercio mundial y las declaraciones relativas a los países de ingresos bajos y medianos.
- Reducir el estigma relacionado con el VIH mediante la acción a cargo de líderes sociales y comunitarios, activistas, trabajadores de salud y la población en general, de manera que el tratamiento pueda llegar a las personas que lo necesitan. Los grupos de preparación para el tratamiento a nivel internacional, regional y nacional necesitan apoyo continuado para promover un mayor conocimiento y una mayor demanda del tratamiento del VIH.
- Colocar la equidad a la vanguardia de las políticas y programas para asegurar un acceso justo y unos procedimientos abiertos y transparentes dentro de los servicios terapéuticos. Si se pretende que la iniciativa «tres millones para 2005» y, en último término, el acceso universal al tratamiento del VIH se conviertan en realidad, hay que afrontar con eficacia los obstáculos que impiden el acceso al tratamiento a las mujeres, niños y otros grupos vulnerables, como profesionales del sexo, consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones. 

Foco de atención

El SIDA y los derechos humanos: necesidad de protección

La protección de los derechos humanos es una parte fundamental de una respuesta eficaz a la epidemia de SIDA a nivel individual, nacional y mundial. El VIH golpea con más fuerza donde los derechos humanos están menos protegidos, en particular entre las personas y comunidades que se encuentran en los márgenes de la sociedad, incluidos los profesionales del sexo, los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. En cambio,

la protección de los derechos humanos fundamentales aumenta sus posibilidades de protegerse a sí mismas y de proteger a otras personas del riesgo de contraer la infección por el VIH, ayuda a reducir su vulnerabilidad al VIH y les presta asistencia para afrontar las consecuencias de la epidemia.

En fechas recientes, algunas personas han sostenido que los enfoques basados en los derechos humanos para prevenir el VIH a través de inicia-

Logros basados en los derechos

Los enfoques de la epidemia de SIDA basados en los derechos han obtenido logros en:

- **El mejoramiento de los resultados de la salud pública:** La protección de los derechos de una persona –en particular de una persona que vive con el VIH- para disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental ha propiciado una mayor confianza en los sistemas de salud. A su vez, esto ha hecho que un mayor número de personas soliciten y reciban información pertinente sobre prevención, asesoramiento y atención del VIH.
- **El aseguramiento de un proceso participativo** interconectando a los pacientes y los proveedores de atención, lo cual ha aumentado la pertinencia y aceptabilidad de las estrategias de salud pública.
- **El impulso de programas no discriminatorios** que incluyen grupos marginados que afrontan el mayor riesgo de infección por el VIH. Por ejemplo, el proyecto Stopping HIV/AIDS through Knowledge and Training Initiatives (Contener el VIH/SIDA a través del fomento de iniciativas de conocimiento y capacitación), en Bangladesh, y el proyecto Sonagachi en Kolkata (India) han integrado los derechos de los profesionales del sexo asegurando que esas personas participen en la planificación, ejecución y evaluación de todos los programas del SIDA pertinentes.
- **La intensificación de la respuesta al SIDA** dando poder efectivo a las personas para reclamar sus derechos de poder acceder a los servicios de prevención y atención del VIH. Diversos países de América Latina, incluidos Brasil, Costa Rica, El Salvador, México y Panamá, han afianzado este proceso proporcionando acceso gratuito al tratamiento y otros servicios de salud relacionados a muchas personas que viven con el VIH.
- **El mejoramiento de la responsabilización de los estados** a través de personas que tratan de reparar las consecuencias negativas de las políticas sanitarias. Las actuaciones judiciales basadas en los derechos humanos han sido un instrumento para hacer cumplir los derechos de las personas de poder acceder a la atención de salud, incluido el tratamiento antirretrovírico. En Sudáfrica, por ejemplo, la Campaña de Acción pro Tratamiento obtuvo una sentencia del tribunal por la que se requería al Gobierno suministrar el fármaco antirretrovírico nevirapina a las mujeres embarazadas VIH-positivas que acudían a establecimientos de salud pública, dentro de un despliegue por fases de un programa integral nacional para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.

tivas orientadas a intensificar la respuesta al SIDA pueden haber reducido el papel de la salud pública, que ofrece un marco práctico más aplicado. Sin embargo, la experiencia ha demostrado claramente que las estrategias de salud pública y la protección de los derechos humanos se refuerzan mutuamente. Su integración logra su mayor efecto en la reducción de la transmisión del VIH y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

Progresos a nivel nacional

A pesar de las dificultades, recientemente se han producido avances positivos en el abordaje de las cuestiones relativas a los derechos humanos a nivel nacional. Los derechos humanos relacionados con el VIH, particularmente el principio de no discriminación, se han integrado a través de procesos participativos en instrumentos programáticos tales como marcos de políticas, estrategias y leyes sobre el SIDA. Por ejemplo, en enero de 2003 Camboya promulgó una ley sobre el VIH/SIDA; en enero de 2004, el Parlamento de Malawi adoptó una política sobre el VIH/SIDA basada en los derechos; mientras que Belarús, la India, Lesotho, Liberia y la Federación de Rusia han anunciado reformas normativas y jurídicas similares.

Por otro lado, con el apoyo del Fondo de Pequeñas Subvenciones establecido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el ONUSIDA, los jóvenes de Bangladesh, Malawi, Mozambique, Sri Lanka y Zambia han desarrollado y puesto en práctica programas para abordar el estigma y la discriminación.

Derecho y acceso a la información y prevención del VIH

El derecho a pedir, recibir y difundir información es un derecho humano fundamental y una condición *sine qua non* para asegurar una prevención del VIH y una atención del SIDA eficaces. Las personas tienen derecho a saber cómo protegerse a sí mismas de la infección por el VIH. También tienen derecho a conocer su estado serológico respecto al VIH y, si están infectadas, a saber cómo pueden obtener tratamiento, atención y apoyo.

Todas las personas que lo necesiten deben poder acceder a la información, las pruebas y el asesoramiento adecuados a través de modelos de prestación éticos, prácticos y basados en los derechos. Entre los ejemplos de modelos basados en los derechos actualmente en curso a nivel mundial cabe mencionar los siguientes: campañas de sensibilización orientadas a grupos específicos, como los varones que tienen relaciones sexuales con varones, los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales médicos y las poblaciones reclusas (Guinea, Italia, Kuwait, Portugal); incorporación de programas relacionados con el SIDA en los programas escolares (Argentina, República Checa, Cuba, Mauricio, San Vicente); desarrollo comunitario de programas de educación y prevención (Líbano, Tailandia); y desarrollo de programas de educación y prevención culturalmente específicos para poblaciones indígenas, refugiados, solicitantes de asilo y migrantes (Canadá, Países Bajos, Noruega).

En marzo de 2004, los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en Camboya, Fiji, Nepal y Tailandia llevaron a cabo consultas nacionales sobre el SIDA y los derechos humanos. Además, en la región de Asia y el Pacífico se celebró una reunión sobre la misma cuestión, auspiciada por el ONUSIDA, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y el Proyecto Policy. Asistieron a la reunión representantes de 20 países de la región, incluidos funcionarios gubernamentales, consejos nacionales del SIDA, abogados, médicos, personas que viven con el VIH, consumidores de drogas intravenosas, mujeres y varones profesionales del sexo, varones que tienen relaciones sexuales con varones, jóvenes, poblaciones móviles y minorías étnicas.

Las recomendaciones surgidas de estas reuniones de consulta están contribuyendo a impulsar actividades de sensibilización, como el Foro sobre Liderazgo de Asia y el Pacífico. Asimismo, están

ayudando a mejorar la capacitación y los criterios para aumentar la comprensión de las cuestiones de derechos humanos relacionadas con el SIDA en la región, y prestando asistencia para identificar prácticas óptimas.

En otras regiones, la UNESCO y el ONUSIDA han apoyado sesiones de capacitación sobre derechos humanos y SIDA destinadas a los jóvenes. Esas sesiones se han celebrado en Oriente Medio y África del Norte (Beirut, Líbano); en África francoparlante (Yaoundé, en el Camerún); y en Europa oriental (Croacia). Los cursos de capacitación abarcaban los conocimientos teóricos y prácticos y las actitudes necesarios para propiciar un cambio de comportamiento positivo. También centraban su atención en el papel de los medios y de las comunicaciones en los mensajes basados en los derechos, incluido como disipar mitos y miedos que a menudo crean y refuerzan el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA. Para final de 2003, habían recibido capacitación jóvenes de más de 60 países.

Incorporación del VIH/SIDA en los mecanismos internacionales de derechos humanos

Las Naciones Unidas y otras organizaciones se han centrado cada vez más en el principio de que todas las personas tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Este principio ha reforzado los derechos humanos relacionados con el VIH. En septiembre de 2002, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas nombró un relator especial sobre el derecho a la salud que ha prestado mucha atención a las cuestiones relacionadas con el SIDA. En junio de 2003, el ONUSIDA y el ACNUDH acordaron reunirse para desarrollar un enfoque estratégico dirigido a integrar las cuestiones relativas al SIDA en sus respectivos mandatos, y de esta manera reforzar la labor desarrollada en el campo de los derechos humanos relacionados con el SIDA a nivel de país.

Las cuestiones relativas al SIDA también se han integrado en el trabajo de otros relatores especiales,

expertos independientes y representantes especiales sobre la situación de los derechos humanos en Camboya, Haití, Liberia, Myanmar, Somalia, Uganda y Yemen. Además, diversos relatores temáticos están vigilando los derechos relacionados con el SIDA. Entre ellos figuran los relatores especiales sobre la violencia contra la mujer, la vivienda, y los derechos humanos de los migrantes.

El relator especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil ha abordado los vínculos entre la explotación sexual de los niños y el SIDA, y ha identificado medidas prácticas que los gobiernos pueden adoptar para mejorar la protección de los derechos del niño a este respecto. El relator especial sobre la tortura y el trato o castigo cruel, inhumano o degradante ha centrado particularmente su atención en los presos.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha adoptado diversas resoluciones sobre el SIDA, incluida una resolución relativa al acceso al tratamiento del SIDA, que han catalizado el compromiso político y han servido para vigilar los derechos relacionados con el SIDA.

En enero de 2003, el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas dio a conocer el Comentario General sobre el VIH/SIDA y los Derechos del Niño, el primer comentario general sobre la epidemia de SIDA hecho público por un mecanismo de vigilancia de un tratado. El Comentario General identifica prácticas óptimas y prohíbe específicamente la discriminación contra los niños por razón del estado serológico real o percibido respecto al VIH. Asimismo, insta a los países a comunicar las medidas que han adoptado para proteger del VIH a los niños.

Un desafío persistente

A pesar de los avances, en diversas partes del mundo continúan produciéndose con desalentadora periodicidad graves violaciones de los derechos humanos relacionados con el SIDA. Además, persisten importantes desfases temporales entre la promulgación de leyes y políticas por los gobiernos y el momento de su verdadera

aplicación. Relativamente pocos países están en el buen camino para cumplir sus compromisos de derechos humanos.

Estigma y discriminación

El estigma relacionado con el SIDA sigue siendo uno de los mayores obstáculos para que las personas que viven con el VIH puedan hacer realidad sus derechos humanos. El estigma también es un impedimento importante para preparar y llevar a la práctica la programación sobre el VIH. El estigma es un proceso de devaluación de múltiples capas que tiende a reforzar connotaciones negativas asociando el VIH y el SIDA con grupos que ya están marginados. El estigma se encuentra en el origen de las actuaciones discriminatorias que excluyen a personas que necesitan servicios relacionados con el SIDA.

La discriminación es una violación de los derechos humanos que con frecuencia conduce a diversas formas de abusos contra las personas víctimas de ella. Por ejemplo, la Red de Asia y el Pacífico de Personas que Viven con el VIH/SIDA llevó a cabo una investigación entre personas VIH-positivas en Filipinas, la India, Indonesia y Tailandia. Entre sus conclusiones, destaca el hallazgo de un amplio y persistente intervalo de discriminación contra las personas que viven con o se presume que viven con el VIH. Se incluía aquí la discriminación por parte de amigos y empleadores en los centros de trabajo y de salud, así como la exclusión de funciones sociales y la denegación de prestaciones, privilegios o servicios.

Investigaciones similares efectuadas en cuatro estados de Nigeria pusieron de manifiesto un comportamiento relacionado con el SIDA discriminatorio y contrario a la ética entre los médicos, enfermeros y comadronas. Los abusos detectados incluían denegación de asistencia, incumplimiento de la confidencialidad y realización de pruebas del VIH sin consentimiento. Uno de cada 10 proveedores de atención declaró haberse negado a atender a pacientes VIH-positivos, y el 10% comunicó haber rechazado su ingreso en un hospital. Además, el 65% indicó haber visto a otros trabajadores de salud negándose a prestar atención a un

paciente con el VIH o con SIDA. Alrededor del 20% consideraba que muchas personas que viven con el VIH habían tenido un comportamiento inmoral y merecían estar infectadas.

Estos estudios confirman que es necesario elaborar y hacer cumplir políticas y leyes antidiscriminatorias. Pero necesitan ir acompañadas de otras medidas, como impartir capacitación en el propio servicio y proporcionar los recursos adecuados para el sector de salud.

Denegación de los derechos de propiedad y sucesión de la mujer

Cerca de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres, que afrontan múltiples problemas de derechos humanos en el contexto de la epidemia. Dos cuestiones que requieren una actuación urgente de los gobiernos son los derechos de propiedad y los de sucesión. Cuando fallece el esposo o padre de una mujer, otros familiares pueden quedarse con todas las propiedades y echar a los huérfanos y viudas. Las mujeres que se encuentran en esta situación a veces son despojadas de sus pertenencias y para sobrevivir se ven forzadas a ejercer el trabajo sexual o a tener relaciones sexuales a cambio de comida, protección o dinero.

Esta desigualdad por razón del sexo expone a la mujer a un riesgo de infección por el VIH mucho mayor que para el varón. Además, persiste a pesar de que los estados están obligados a cumplir los principios estipulados en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Explotación sexual de los niños

La explotación sexual de los niños es una violación flagrante persistente de los derechos humanos. En la era del SIDA, las muchachas jóvenes han demostrado que son especialmente vulnerables a la violencia, a la trata de personas o a verse obligadas a trabajar en el comercio sexual, porque su juventud y su presumible virginidad se asocian a la

Asegurar un enfoque basado en los derechos

A medida que se van intensificando gradualmente las respuestas al SIDA, éstas necesitan fundamentarse en una práctica de salud pública acertada y también deben respetar, proteger y cumplir las normas y principios de los derechos humanos. Esto es particularmente importante en lo que se refiere a las pruebas del VIH como un requisito previo para el acceso ampliado al tratamiento (véase el capítulo «Prevención»).

El concepto de que las pruebas del VIH deben ser voluntarias se halla en el centro de todas las políticas y programas sobre el VIH. Las pruebas voluntarias cumplen los principios de los derechos humanos y aseguran unas prestaciones de salud pública sostenidas. Los siguientes factores clave, que se refuerzan mutuamente, necesitan abordarse de forma simultánea:


1. Velar por un proceso ético para efectuar las pruebas: esto incluye definir la finalidad de las pruebas y las ventajas de someterse a ellas para las personas, así como asegurar que existen vínculos entre el lugar donde se realiza la prueba y los pertinentes servicios de tratamiento, atención y de otra índole. Además, las pruebas necesitan efectuarse en un entorno que garantice la confidencialidad de toda la información médica.
2. Abordar las implicaciones de un resultado positivo en la prueba: las personas con un resultado VIH-positivo en la prueba no deberían afrontar discriminación y deberían tener acceso a tratamiento sostenido.
3. Reducir el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA a todos los niveles, en particular en los centros de atención de salud.
4. Asegurar un marco jurídico y normativo de apoyo para aumentar progresivamente la respuesta, incluida la protección de los derechos humanos de las personas que acuden a los servicios relacionados con el SIDA.
5. Asegurar que la infraestructura de atención de salud sea adecuada para abordar las cuestiones arriba mencionadas y que hay suficiente personal competente para satisfacer la creciente demanda de servicios de pruebas, tratamiento y otros servicios relacionados.


Fuente: Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos.

ausencia de la enfermedad. No se conocen las tasas de infección por el VIH entre los niños explotados sexualmente. Pero en 1999, un estudio de países asiáticos puso de manifiesto que el 69% y el 70% de los niños explotados sexualmente en Bangladesh y Viet Nam, respectivamente, estaban infectados por una infección de transmisión sexual.

Resurgimiento de políticas y leyes restrictivas

En los últimos años, ha surgido un cierto número de leyes y políticas que limitan los derechos humanos de las personas que viven con el VIH o con SIDA, o de las que presumiblemente están infectadas.

La experiencia ha confirmado que si se protegen los derechos humanos de las personas disminuye su vulnerabilidad al VIH y se reducen las consecuencias negativas del VIH y el SIDA. Se han hecho muchos progresos, pero el mundo ahora necesita estar vigilante para evitar volver a caer en prácticas que no están basadas en los derechos. 



Financiar la respuesta al **SIDA**

6

La economía doméstica y asistencial

El SIDA ha puesto al descubierto con toda crudeza las desigualdades en la división de las tareas domésticas, en particular por lo que respecta a la carga asistencial del SIDA. Cuando enferma el varón cabeza de familia, la esposa le cuida y asume obligaciones adicionales para apoyar a la familia. Cuando la que enferma es una mujer, otras mujeres, más ancianas o más jóvenes, se encargan de cuidarla y se responsabilizan de los niños afectados por el SIDA.

Por ejemplo, en Asia meridional, las relaciones de género sumamente desiguales que imperan en la región obligan a las mujeres a soportar la mayor parte de la carga de la atención relacionada con el SIDA (PNUD, 2003a). En Viet Nam, varias encuestas recientes por hogares revelan que las mujeres representan el 75% de todos los cuidadores de personas que viven con el VIH. Las madres constituyen el 51% del total, mientras que los padres sólo llegan al 10% (PNUD, 2003b).

Se denomina « economía doméstica y asistencial » al valor del tiempo, energía y recursos que se necesitan para cocinar, limpiar, comprar, lavar y cuidar a los niños, enfermos y ancianos de la familia. Es un componente muy amplio y esencial de la vida económica. Por ejemplo, en África subsahariana se estima que el 90% de la atención del SIDA tiene lugar en los hogares (Ogden y Esim, 2003). Sin embargo, dado que este trabajo no es remunerado, a menudo se da por supuesto y se infravalora.

La carga de las mujeres rurales

En los países de ingresos bajos y medianos, tener «el SIDA en la familia» impone una presión adicional sobre las mujeres de las comunidades agrícolas. Aparte de las tareas domésticas, muchas mujeres rurales desempeñan un papel significativo en las actividades económicas que permiten poner un plato en la mesa de la familia. El cuidado de los enfermos desbarata este trabajo. En Tanzania, las mujeres cuyo esposo está enfermo dedican un 45% menos de tiempo a labores agrícolas o generadoras de ingresos que antes de la llegada de la enfermedad.

La carga se vuelve aún más pesada cuando ciertas actividades, como abastecerse de agua y lavar la ropa, tienen que hacerse lejos de casa. Una encuesta de 2002 en hogares sudafricanos afectados por el VIH reveló que menos de la mitad tenían agua corriente en la vivienda y que casi una cuarta parte de los hogares rurales carecían de instalaciones de aseo (Steinberg et al., 2002). Sin embargo, Sudáfrica es el país más desarrollado del continente.

Aliviar la carga sobre las mujeres

Es esencial reconocer y apoyar la economía doméstica y asistencial con recursos apropiados y políticas capacitadoras. Existen formas de paliar la carga asistencial desproporcionada que soportan las mujeres en los hogares afectados por el SIDA, muchas de las cuales son similares a las que ya se emplean para afrontar desigualdades más amplias por razón de sexo. En muchos lugares se han creado grupos informales de apoyo a las mujeres. Algunos de ellos cumplen una importante función movilizadora, como crear una plataforma para exigir recursos sanitarios destinados a las comunidades. A pesar de todo, esos grupos de apoyo adolecen de limitaciones importantes: están compuestos por voluntarias; realizan un trabajo aún mayor para cubrir los déficit de otras mujeres sobrecargadas, y no modifican las actitudes de género ni las responsabilidades asistenciales de los varones.

Entre las posibles opciones para resolver los problemas relacionados con la economía doméstica y asistencial figuran las siguientes:

- Centros cooperativos de asistencia nutricional y cuidados de día que reduzcan la carga de trabajo de las mujeres.
- Asistencia nutricional y educativa para los huérfanos.
- Cuidados a domicilio para las personas infectadas o afectadas por el VIH, incluidos los huérfanos.
- Proyectos de compartición de trabajos y generación de ingresos.
- Asociaciones de ahorro y planes crediticios que sufraguen los costos funerarios.
- Mejor acceso de los hogares rurales a mano de obra, tierra, capital y conocimientos de gestión.
- Mejores tecnologías para hacer un uso óptimo de los recursos disponibles.

En los países de ingresos bajos y medianos, las iniciativas de generación de ingresos son un componente integral de la respuesta al SIDA. Es necesario aumentar este tipo de iniciativas. Algunas innovaciones recientes incluyen seguros de vida para pacientes en estado terminal, contratos flexibles de ahorro y préstamos de emergencia.

Financiar la respuesta al SIDA

Asegurar la existencia de fondos adecuados para organizar una respuesta mundial eficaz a la epidemia del SIDA ha demostrado ser difícil. Sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento sin precedentes de los recursos financieros mundiales. En 1996, cuando se lanzó el ONUSIDA, la financiación disponible para el SIDA en los países de ingresos bajos y medianos ascendía a US\$ 300 millones. Esta suma representaba las contribuciones de las organizaciones de desarrollo bilaterales, de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y del sistema de las Naciones Unidas, incluido el Banco Mundial.

En 2002, esta cantidad había aumentado a US\$ 1700 millones. En 2003, se calculó que había US\$ 4700 millones disponibles para ese año. Ésta última cifra también incluye la financiación en constante aumento que procede de los gobiernos nacionales y del dinero desembolsado directamente del bolsillo de personas y familias afectadas. No obstante, esta cantidad es sólo la mitad de la que se necesita para 2005, y una tercera parte de la que hará falta para 2007 con el fin poner en marcha una respuesta ampliada al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos.

Al mismo tiempo, aunque haya cada vez más dinero disponible para responder al SIDA, es evidente que en muchos países duramente castigados hay serios obstáculos para desembolsarlo eficazmente. Esos obstáculos incluyen la falta de recursos humanos y capacidad institucional, los persistentes efectos negativos del estigma y la discriminación, la falta de compromiso político, la lenta transferencia de fondos nacionales a los niveles locales y comunitarios, los mecanismos inadecuados de contabilidad y auditoría, y los procesos de financiación exageradamente burocratizados de la comunidad mundial de donantes.

La permanente escasez de fondos y las deficiencias estructurales y de política son los principales responsables de la aún hoy inadecuada respuesta al SIDA. Menos del 20% de las personas de los países de ingresos bajos y medianos que necesitan programas de prevención tienen acceso a ellos; los

fondos no se encauzan hacia aquellos que pueden utilizarlos con mayor eficacia en la respuesta al SIDA; y solamente el 7% de las personas de esos países que necesitan tratamiento antirretrovírico lo reciben. Por ejemplo, sólo un 3% de los que necesitan tratamiento en África subsahariana pueden obtenerlo.

Estas realidades transmiten un mensaje fundamental al mundo: hay que aumentar los recursos para ajustarse a las necesidades y eliminar los obstáculos, de lo contrario nunca se invertirá el curso de la epidemia de SIDA ni se logrará detenerla.

Las disparidades del gasto relativo al SIDA

El gasto destinado a luchar contra el SIDA en la región de América Latina y el Caribe parece grande comparado con el de África subsahariana, pero es pequeño si lo comparamos con el de los Estados Unidos de América. En 2000, el Gobierno de ese país gastó US\$ 10 800 millones para el SIDA, lo que significa más de US\$ 13 000 por cada persona que vivía con el VIH; el gasto por persona aumenta a más de US\$ 30 000 cuando se añade el desembolso privado (OMS, 2000; OMS, 2001). Puede consultarse una comprobación de la credibilidad de este nivel de gasto aparentemente alto en un análisis del gasto relativo a los pacientes de SIDA en los Estados Unidos, que preveía que el gasto promedio sería de casi US\$ 36 000 por paciente (Graydon, 2000).

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

Los fondos para la respuesta al SIDA están aún muy por debajo de la cantidad necesaria

- Se han hecho avances importantes en la captación de fondos adicionales para responder a la epidemia de SIDA. Sin embargo, el gasto anual mundial actual es inferior a la mitad de los US\$ 12 000 millones que se necesitan para 2005 y menos de una cuarta parte de la cantidad necesaria para 2007.
- Se estima que en 2002 los gobiernos nacionales de los países de ingresos bajos y medianos gastaron alrededor de US\$ 1000 millones en los programas del SIDA, una cantidad que continúa aumentando. En África, esto representa el 6-10% del gasto total relacionado con el SIDA. La asistencia bilateral/multilateral contribuyó con el 50% y el resto procedió de bancos de desarrollo como el Banco Mundial, así como del considerable gasto personal de particulares y familias.
- En 2003, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria desembolsó US\$ 2100 millones a través de 227 subvenciones en 124 países. Las promesas de contribución al Fondo Mundial realizadas a lo largo de 2002 se duplicaron sobradamente en 2003, y el número de países que prestaron apoyo financiero siguió aumentando. No obstante, esos fondos tan sólo cubrirán un pequeño porcentaje de las necesidades mundiales de recursos para la respuesta al VIH y al SIDA.
- Las vacunas y los microbicidas son bienes públicos mundiales que necesitan inversiones del sector público y privado. El gasto en investigación de la vacuna contra el SIDA en 2002 fue de US\$ 570 millones, mientras que en 2003 se destinaron US\$ 79 millones a la investigación de microbicidas.

Fuentes: *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2003; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*, UNAIDS/USAID/WHO/CDC and Policy Project, 2004; IAVI y Alianza para el Desarrollo de Microbicidas, en la Reunión del Consorcio del ONUSIDA para el Seguimiento de Recursos, 2004.

De hecho, todos los datos apuntan a una enorme disparidad mundial en el gasto relativo al SIDA:

- En África subsahariana, si bien va al alza, el gasto es tan ínfimo que deja a millones de personas sin atención ni apoyo.
- Las personas que viven con el VIH en los países de ingresos medianos de América Latina y el Caribe están mucho mejor atendidas que sus homólogos de África subsahariana, pero las deficiencias en el destino de los fondos tienen como consecuencia un servicio menos eficaz del que podría ser posible.
- En los Estados Unidos, el gasto por persona que vive con el VIH es 35 veces mayor que el que corresponde a la región de América Latina y el Caribe, y 1000 veces más alto que el de África.

El ONUSIDA estima que, para 2005, en los países de ingresos bajos y medianos habrá que gastar US\$ 12 000 millones anuales para el SIDA, una cifra

que se prevé que se eleve a US\$ 20 000 millones para 2007 (véase figura 35) (Hankins *et al.*, 2004). La buena noticia es que el gasto mundial relativo al SIDA en esos países aumentó más de nueve veces entre 1996 y 2002. El desafío ahora es más que duplicar el gasto actual en sólo dos años y mantener altos niveles de compromiso a largo plazo (ONUSIDA, 2003a).

Recursos totales necesarios

Se han calculado los recursos mundiales necesarios para 2005 y 2007 para una respuesta exhaustiva en cada uno de los 135 países de ingresos bajos y medianos. Esta respuesta comprendería 19 actividades de prevención, seis servicios de tratamiento y atención, y tres tipos de apoyo a los huérfanos. La prevalencia del VIH y otros datos epidemiológicos determinan el tamaño y las características de las poblaciones destinatarias de cada servicio y ayudan a fijar objetivos de cobertura realistas.

Actividades de prevención del VIH

- Campañas en medios de comunicación
- Asesoramiento y pruebas voluntarias
- Comercialización social del preservativo
- Educación sobre el SIDA en las escuelas
- Educación inter pares para los jóvenes que están fuera del sistema escolar
- Programas de divulgación para los profesionales del sexo y sus clientes
- Programas de divulgación para los varones que tienen relaciones sexuales con varones
- Programas de reducción del daño para los consumidores de drogas intravenosas
- Programas de prevención para poblaciones especiales (reclusos, migrantes, conductores de camión, etc.)
- Promoción y distribución de preservativos desde el sector público
- Tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Programas de prevención para personas que viven con el VIH
- Programas de prevención en el lugar de trabajo
- Prevención de la transmisión maternoinfantil
- Profilaxis posterior a la exposición
- Inyecciones médicas seguras
- Precauciones universales
- Seguridad hematológica
- Otros programas de prevención

Actividades de atención tratamiento y atención del SIDA

- Cuidados paliativos
- Diagnóstico de la infección por el VIH
- Tratamiento de infecciones oportunistas
- Profilaxis de infecciones oportunistas
- Terapia antirretrovírica
- Servicios de laboratorio para la vigilancia del tratamiento

Apoyo a los huérfanos

- Apoyo comunitario para la atención a los huérfanos
- Apoyo a los orfanatos
- Apoyo para las matrículas escolares de los huérfanos

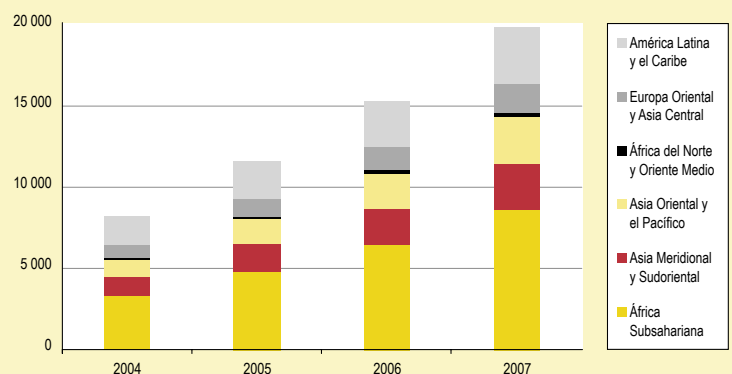
Estimación de los recursos mundiales

Entre enero de 2002 y abril de 2004, el ONUSIDA, en asociación con The Futures Group International y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y el Banco Asiático de Desarrollo, organizó nueve seminarios regionales y subregionales destinados a capacitar a equipos de país en el uso de metodologías y modelos para estimar los recursos necesitados. En esos seminarios, 78 equipos de país, compuestos por un total de más de 155 especialistas, proporcionaron estimaciones nacionales específicas de los costos unitarios y los tamaños de población para poblaciones clave con alto riesgo de exposición al VIH. Los especialistas de los países y los expertos del ONUSIDA estimaron conjuntamente las necesidades de recursos, y este ejercicio puso de manifiesto diferencias en los niveles de gasto y ayudó a establecer nuevas prioridades.

Salvo para lo que corresponde a la capacitación de los maestros y personal sanitario en el lugar de trabajo, además del fortalecimiento de algunos laboratorios, las cifras estimadas no incluyen los fondos destinados a aumentar el desarrollo de la capacidad de los recursos humanos o el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para prestar los servicios. Por tanto, las estimaciones de los países, una vez combinadas, dan una cifra mundial

Figura 35

Necesidades financieras para el VIH y el SIDA previstas por región y año, 2004–2007 (en US\$ millones)



Fuente: ONUSIDA, 2004

Recursos mundiales necesarios para prevención, apoyo a huérfanos, atención y tratamiento, y gestión e investigación, 2004–2007 (en US\$ millones)

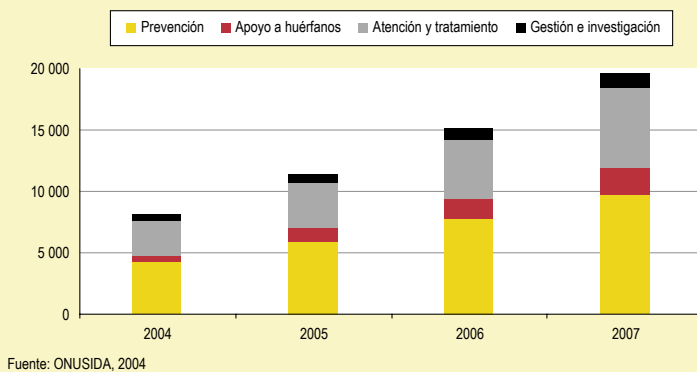


Figura 36

que representa lo mínimo requerido para alcanzar los objetivos acordados en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001 (ONUSIDA, 2003a).

La OMS y el ONUSIDA fijan un objetivo para el tratamiento

En la Asamblea General de las Naciones Unidas de septiembre de 2003, el Director General de la OMS y el Director Ejecutivo del ONUSIDA se refirieron a la falta de acceso al tratamiento del VIH como una « emergencia sanitaria mundial ». En aquel momento, sólo 400 000 de los cinco a seis millones de personas VIH-positivas de los países de ingresos bajos y medianos que necesitaban terapia antirretrovírica la recibían. Además, el lento crecimiento de la tasa de prestación significaba que no más de un millón de personas tendría probabilidades de recibir tratamiento para 2005.

Con miras a triplicar esta cifra hasta llegar a los tres millones de personas sometidas a terapia antirretrovírica a finales de 2005, la OMS y el ONUSIDA hicieron un llamamiento para hacer un esfuerzo internacional basado en la visión y los sólidos cimientos establecidos por los programas pioneros de los países de ingresos bajos y medianos. Para lograr este objetivo, que recibió la denominación de iniciativa « tres millones para 2005 », hacen falta

US\$ 5500 millones en 2004-2005: cerca del 80% de los fondos requeridos a nivel mundial para tratamiento y atención en 2004-2005 (véase el capítulo « Tratamiento ») (Gutiérrez *et al.*, 2004).

Esta cantidad cubre el apoyo directo a los programas de tratamiento, que incluye:

- Costo por paciente: asesoramiento y pruebas diagnósticas, distribución de preservativos a los pacientes, fármacos antirretrovíricos, tratamiento y profilaxis de infecciones oportunistas, cuidados paliativos, y pruebas de laboratorio para pacientes con signos de toxicidad.
- Costo de los programas: fortalecimiento de la contratación y la capacitación en el lugar de trabajo de médicos, enfermeros, trabajadores y voluntarios sanitarios de la comunidad; supervisión y seguimiento; sistemas de distribución de fármacos; precauciones universales; profilaxis posterior a la exposición; y, en algunos países, adquisición de medios de diagnóstico.

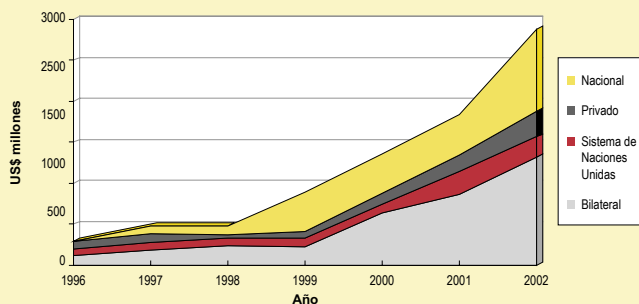
Hasta principios de 2004, los gobiernos nacionales, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Banco Mundial, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA y otros donantes bilaterales y fundaciones se habían comprometido a asignar algo más de US\$ 2000 millones para ampliar el acceso al tratamiento antirretrovírico para finales de 2005 en 34 de los países más castigados, con lo que quedaba un déficit de US\$ 3500 millones.

Sin embargo, hay enormes variaciones entre países: algunos ya tienen los fondos para alcanzar los objetivos de tratamiento propuestos, mientras que otros tienen grandes déficit de financiación. Hace falta trabajar más para calcular los costos a largo plazo de la terapia antirretrovírica, así como las ventajas directas e indirectas de invertir en la ampliación del tratamiento, y determinar los mecanismos para asegurar su sostenibilidad.

El pago de los antirretrovíricos: falta de equidad

« Puedo tomar estas pastillas porque el sueldo que gano como juez me permite darme el lujo de adquirirlas (...) Por esto soy la personificación viva de la inequidad con respecto a la disponibilidad de fármacos y el acceso a medicación en África (...) Mi presencia aquí encarna las injusticias sobre el SIDA en África porque, en un continente en el que 290 millones de africanos sobreviven con menos de un dólar de los Estados Unidos diario, yo puedo permitirme pagar medicamentos por valor de US\$ 400 mensuales. En medio de la pobreza de África, estoy aquí porque puedo darme el lujo de comprar salud y vigor. Estoy aquí porque puedo permitirme pagar por la vida propiamente dicha. » – Edwin Cameron, Juez del Tribunal Supremo de Johannesburgo (Sudáfrica)

Gasto institucional relativo al VIH y el SIDA, 1996–2002 (en US\$ millones)



Fuente: ONUSIDA, Consorcio para el Seguimiento de los Recursos

Figura 37

En comparación, para todos los países de ingresos bajos y medianos, el déficit anual de financiación de la prevención se calcula, sobre la base del gasto correspondiente a 2002, en US\$ 3800 millones sólo para 2005 (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH, 2003).

Cómo satisfacer las necesidades mundiales de recursos

En los países de ingresos bajos y medianos son cinco las vías que constituyen el flujo de recursos necesarios para organizar una respuesta exhaustiva a la epidemia: el gasto interno, la financiación bilateral, el apoyo del sistema de las Naciones Unidas (incluido el Banco Mundial), el Fondo Mundial y el sector privado, incluidas las fundaciones. Las dos terceras partes de la financiación mundial para 2005 y los años subsiguientes se prevé que provengan de la comunidad internacional. La mayoría de ese dinero se gastará en los países más pobres y afectados de Asia y África subsahariana.

Esos países dependerán de los donantes externos para satisfacer el 80% de sus necesidades. En otros lugares, es previsible que la mayor parte de los recursos para el SIDA provengan de fuentes internas, incluidos los gobiernos nacionales, la sociedad civil, el sector empresarial y directamente de los bolsillos de las personas y familias afectadas.

Gasto interno: tanto del sector público como « personal »

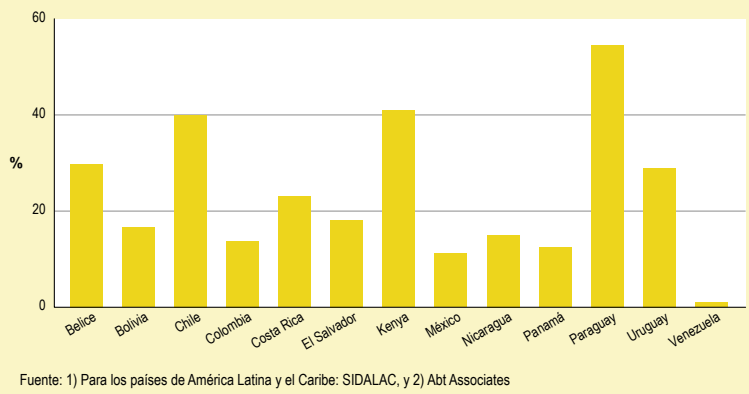
Sector público

El ONUSIDA estima que en 2002 el gasto total de los gobiernos nacionales de 58 países de ingresos bajos y medianos en programas del SIDA fue, según los datos de los últimos tres años, de alrededor de US\$ 995 millones, el doble de la cantidad documentada para 1999 (ONUSIDA, 2003c). Diversos países aumentaron su gasto relativo al SIDA, en ocasiones de manera sustancial.

Por ejemplo, Sudáfrica tiene el mayor número de personas VIH-positivas del mundo y ha aumentado en un 86% el gasto relativo al SIDA en su presupuesto nacional para 2003-2004 con respecto al ejercicio fiscal anterior (Hickey, 2004). Las provincias de ese país también han aumentado la proporción de fondos discrecionales dedicados al SIDA, del 0,74% en el presupuesto de 2002-2003 al 1,22% en el de 2003-2004 (Hickey, 2003). China también ha aumentado de manera significativa su gasto relativo al SIDA. En 2001, destinó US\$ 300 millones a luchar contra la epidemia. En 2003, esa cifra se elevó a US\$ 1200 millones (Naciones Unidas/Ministerio de Salud de China, 2003).

Figura 38

Porcentaje del gasto personal para el SIDA respecto del gasto total para el SIDA, en países seleccionados, 2002



En Europa oriental y Asia central, haría falta sólo el 2-3% del total de los gastos sanitarios regionales previstos para 2007 para alcanzar los objetivos fijados en actividades de prevención, tratamiento y atención del VIH para ese año. Aunque los países han emprendido una reforma radical de sus sistemas de salud, aproximadamente US\$ 8 de cada US\$ 10 gastados en salud son absorbidos en la actualidad por un lastre del pasado: un sistema caro y en decadencia basado en la atención hospitalaria. Esto deja pocos recursos para las actividades de prevención destinadas a hacer frente a cualquier enfermedad. De acuerdo con el momento actual, para alcanzar los objetivos de gasto relativo al SIDA para 2007 esos países tendrán que aumentar sus actuales partidas presupuestarias en alrededor de un 30% por año (The Futures Group, 2003).

El Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH calcula que, para contener la epidemia, los países de África del Norte y Oriente Medio deben multiplicar más o menos por 10 su gasto correspondiente a 2002 (Grupo de Trabajo Mundial sobre Prevención del VIH, 2003).

Para 2000, la región de América Latina y el Caribe captó de fuentes internas el 98% de sus fondos para el SIDA, y hay buenas perspectivas de que cubra sus gastos para 2007. Haría falta sólo el 1% de los gastos sanitarios totales para satisfacer los objetivos de cobertura de la prevención y atención del VIH para 2007. No obstante, los países más pobres de la región probablemente van a necesitar un apoyo sólido de los donantes externos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2003).

En África subsahariana, en la cumbre de la Organización de la Unidad Africana celebrada en Abuja en 2001, los países se comprometieron a aumentar gradualmente su gasto sanitario y relativo al SIDA hasta un 15% de sus presupuestos nacionales. Para alcanzar este objetivo en 2007, haría falta aproximadamente el 3% del gasto sanitario de ese año para contener el SIDA en la región. Sin embargo, en África, como en todas partes, el SIDA es sólo una de las muchas prioridades en competencia, y el gasto sanitario fluctúa de un año para

otro. Hasta ahora, sólo unos pocos países (Chad, República Centroafricana, Mozambique, Uganda y República Unida de Tanzania) han cumplido el objetivo del 15% en algún momento.

En muchos países africanos, la ayuda extranjera apoya el presupuesto nacional para que las partidas destinadas a la salud no necesariamente representen fondos recaudados exclusivamente de fuentes internas. Por ejemplo, un informe del Consejo de Investigación de Ciencias Humanas indica que más de la mitad del gasto relativo al SIDA en Mozambique procede de fuentes externas (Martin, 2003).

En último término, la dependencia de la ayuda financiera externa para las actividades relativas al SIDA plantea el problema de la sostenibilidad a largo plazo, una consideración especialmente importante para los programas de tratamiento antirretrovírico.

¿Cuánta gente paga con dinero de su bolsillo?

Sólo unos pocos países, sobre todo en América Latina, han recopilado sistemáticamente información sobre el gasto relativo al SIDA desembolsado con dinero personal. Esta información, no obstante, ofrece tan sólo una visión parcial del panorama general, e indica que los hogares desembolsan grandes sumas de dinero para hacer frente a su propia atención de salud relacionada con el VIH. En 2002, en 14 países latinoamericanos el gasto personal representaba entre el 17% y el 24%

El costo personal del tratamiento: el caso de Rebecca

Rebecca vive en Kampala (Uganda), con 12 miembros de su familia extensa. En 1992, tras muchos meses de enfermedad, su esposo murió de SIDA. Ella lo cuidó durante todo el tiempo y no se dio cuenta de que tenía el SIDA porque él lo negaba. Pero su hijo menor, Julius, enfermó de tuberculosis. Su hijo y ella fueron a hacerse la prueba del VIH y se enteraron de que ambos estaban infectados. En 2001, Rebecca enfermó de gravedad, y su familia convenció a los médicos de que le administraran fármacos antirretrovíricos; ya habían perdido a cuatro miembros de la familia.

Pagar los medicamentos es un esfuerzo. Una mujer británica se enteró de la tragedia de Rebecca a través de una ONG y desde entonces la ayuda mandándole dinero cada vez que puede. Pero Rebecca continúa viviendo en una inseguridad permanente mientras le siguen llegando las facturas. Una de las últimas facturas farmacéuticas asciende a 376 950 chelines ugandeses (US\$ 190). Además de los fármacos, tiene que pagar 10 000 chelines (US\$ 5) por cada consulta y 50 000 chelines (US\$ 25) por un recuento de linfocitos CD4. Ir al dispensario y volver a casa le cuesta 3000 chelines (US\$ 1,50). Julius aún no toma antirretrovíricos, pero de vez en cuando necesita tratamiento para alguna infección oportunista, y esto también cuesta dinero. La familia extensa sobrevive actualmente gracias al salario del hermano de Rebecca, que es chofer, y de la hermana, que es maestra. Otras dos hermanas casadas que viven en otra parte también ayudan con algo de dinero (ONUSIDA, 2003b).

del gasto total relativo al SIDA (véase figura 38). En algunas partes de África y la India, se estima que esa cifra es mucho más elevada, si bien el gasto total queda muy lejos de satisfacer las necesidades estimadas de los países.

En todos los países carentes de recursos con epidemias generalizadas, los gastos personales representan una parte importante del total de los gastos sanitarios relativos al SIDA, y van del 41% en Kenya (2002) al 93% en Rwanda (1998). Esas cifras son una prueba alarmante de la carga financiera del SIDA para las familias. En Kenya, los hogares con por lo menos una persona VIH-positiva gastan cuatro veces más en atención de salud que las familias no afectadas. En Rwanda, el 66% de los hogares recibió ayuda de la iglesia o la familia, el 18% pidió préstamos a familiares o amigos y el 5% vendió bienes para poder afrontar los gastos relacionados con el VIH.

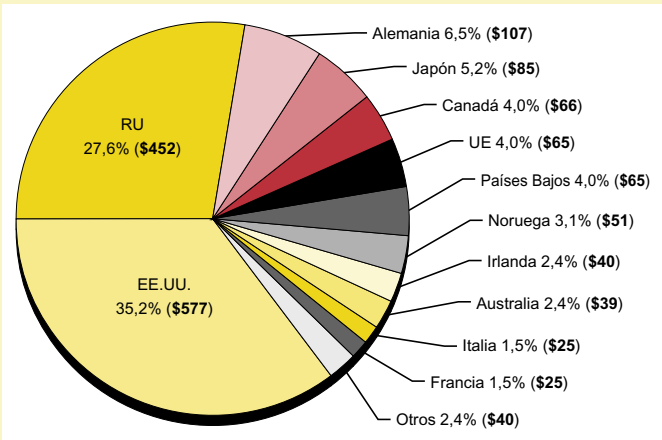
Las cifras promedio ocultan desigualdades en las modalidades del gasto entre grupos de población. En Rwanda, las estimaciones de los gastos personales relacionados con el VIH y el SIDA muestran que el 20% más rico de la población gasta 13 veces más que el 20% más pobre, y que los varones gastan 2,6 veces más que las mujeres. En Kenya, el 20% más rico de la población gasta 10 veces más que el más pobre. Estas diferencias se traducen en amplias disparidades en el acceso al tratamiento y atención.

En 2003, es muy probable que los gastos personales relacionados con el SIDA hayan excedido los US\$ 1000 millones en todo el mundo (ONUSIDA, 2003a). Las diferencias regionales en la proporción de las necesidades de recursos de atención de salud satisfechas con dinero del propio bolsillo parecen ser inversamente proporcionales al gasto del gobierno en atención de salud, lo que significa que es muy probable que las familias paguen con su dinero cuando la infraestructura del sector público sanitario es deficiente.

Financiación bilateral para el SIDA

Para 2003, estaba previsto que los países de ingresos altos destinarían alrededor de US\$ 3600 millones para ayudar a los países de ingresos bajos y medianos a contener el SIDA, un 20% más que en 2002. A principios de 2003, el presidente George W. Bush propuso que los Estados Unidos asignaran US\$ 15 000 millones para responder al SIDA en los países de ingresos bajos y medianos durante un periodo de cinco años hasta 2008. De esa cantidad, alrededor de US\$ 9000 millones son una nueva aportación, que está destinada a 12 países africanos, además de Guyana y Haití. El resto se empleará para apoyar actividades relacionadas con el SIDA que están en ejecución en otros países de ingresos bajos y medianos. Otros US\$ 1000 millones de este nuevo dinero se han asignado al Fondo Mundial. El Plan de Emergencia

Desembolsos previstos para el VIH y el SIDA por los mayores donantes bilaterales, para 2003 (en US\$ millones)



Fuente: Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003

Figura 39

del Presidente de los Estados Unidos empezó a desembolsar el dinero en 2004, y para ese primer año ha destinado US\$ 2400 millones.

La ventaja de invertir antes con el fin de evitar más tarde unos costos más elevados es absolutamente aplicable al caso del SIDA. La mayor parte de los países industrializados tendrán que aumentar drásticamente sus ayudas directas a los programas del VIH y el SIDA de los países más pobres. Para conseguir el máximo efecto, esas ayudas deberán ser recursos complementarios, y no fondos desviados de otros programas de desarrollo prioritarios orientados a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Hace 40 años, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) hizo un llamamiento a los países de ingresos altos para que contribuyeran a la ayuda oficial para el desarrollo por los menos con el 0,7% de su producto interno bruto. Esta decisión fue adoptada posteriormente por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Sin embargo, sólo cinco países han cumplido este objetivo: Dinamarca, Luxemburgo, los Países Bajos, Noruega y Suecia. Se ha renovado el compromiso mundial de trabajar en asociación para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y superar las condiciones que favorecen la epidemia de

SIDA, como la pobreza, el hambre y la desigualdad. No obstante, el déficit de recursos sigue siendo importante.

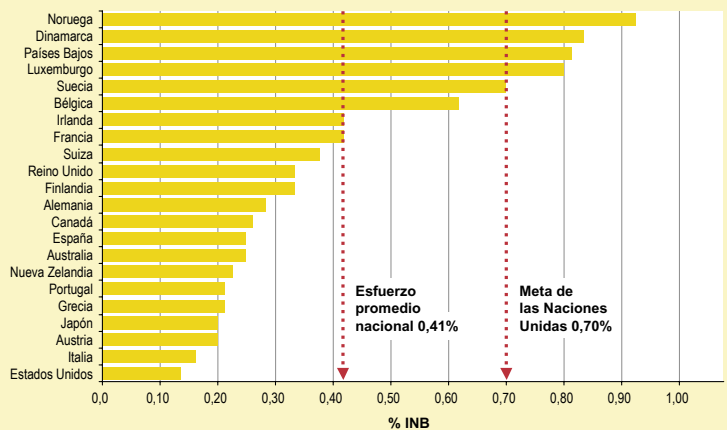
La Conferencia de Monterrey sobre Financiación para el Desarrollo, de 2002, significó un paso más para compartir la carga internacional con el fin de superar los desafíos primordiales del desarrollo mundial. Los países participantes hicieron promesas de contribución que se traducirían en un aumento del flujo de recursos para la asistencia oficial al desarrollo, de US\$ 58 000 millones en 2002 a US\$ 75 000 millones en 2006 (o del 0,23% al 0,29% del PIB, que equivale a los

ingresos totales internos y externos reclamados por los residentes de la economía). Esto proporcionaría fondos adicionales significativos, pero aún sumamente alejados del compromiso del 0,7%.

Todas las partes interesadas deben continuar examinando formas innovadoras de aumentar los recursos nacionales e internacionales para abordar las preocupaciones comunes sobre el impacto del SIDA en materia de desarrollo económico, social y político. En los países más afectados, el SIDA se ha cobrado su precio sobre los recursos y capacidades esenciales de desarrollo. Sin embargo, invertir en

Figura 40

Asistencia oficial para el desarrollo (AOD) neta, como porcentaje del ingreso nacional bruto (INB), 2003



Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2004



Figura 41

del ONUSIDA (véase el capítulo «Vencer el SIDA»), participan en la respuesta al SIDA. Los copatrocinadores asignan fondos para luchar contra el SIDA e intervienen en el Presupuesto y Plan de Trabajo Integrado del ONUSIDA.

Entre las fuentes de financiación del sistema de las Naciones Unidas, el Banco Mundial es la que destina más fondos relacionados con el SIDA a los países de ingresos bajos. Los préstamos del Banco Mundial relacionados con VIH pueden ser cuantiosos, como en los casos del Brasil y la India, y son considerados recursos internos, ya que los países deben devolverlos.

Las subvenciones del Banco Mundial son contribuciones multilaterales directas para satisfacer las necesidades de recursos para un enfoque integral del problema del SIDA. Desde septiembre de 2002, los países de la Asociación para el Desarrollo Internacional reciben tales subvenciones. Se trata de países relativamente pobres (con un ingreso nacional bruto inferior a US\$ 86 por habitante y año) que necesitan que recursos en condiciones concesionarias y que han aplicado políticas sociales que promueven el crecimiento y reducen la pobreza.

El Banco Mundial, a través de su Programa Multinacional sobre el SIDA, ha aprobado la concesión de US\$ 1000 millones en subvenciones o préstamos sin intereses para apoyar los programas del SIDA en África subsahariana. El Programa fue creado en 2000 como la primera fase de un compromiso a largo plazo para financiar directamente las iniciativas relacionadas con el SIDA. Se propone encontrar maneras innovadoras e imaginativas de captar fondos para los que trabajan en primera línea. Pone un énfasis especial en los proyectos comunitarios y en eliminar al máximo las trabas burocráticas. Para enero de 2004, se asignaron US\$ 822,3 millones a 24 países de la región; US\$ 170,6 millones ya han sido desembolsados. El Programa se ha comprometido a desembolsar otros

prevención del VIH, tratamiento del SIDA y mitigación del impacto ha demostrado ser una buena práctica de desarrollo y, en algunos países, un imperativo para la supervivencia nacional.

Usar con eficacia el aumento de los recursos de la ayuda oficial para el desarrollo exige que todas las partes implicadas identifiquen claramente los aspectos del SIDA que afectan al desarrollo, así como los aspectos del desarrollo que guardan relación con el SIDA. El ONUSIDA apoya la necesidad de fortalecer la capacidad nacional para avanzar hacia la elaboración de presupuestos que tengan en cuenta al SIDA y para usar los fondos con eficacia y eficiencia. Apoya asimismo los esfuerzos de los donantes para armonizar las prácticas con el fin de reducir los costos de transacción. La labor sistemática de desarrollo, eso es, abordar la pobreza y la inequidad, fortalecer la infraestructura física y desarrollar los medios de acción, constituye la base de prácticamente todas las intervenciones relativas al VIH.

Fuentes del sistema de las Naciones Unidas, incluidas las subvenciones del Banco Mundial

Treinta y nueve organizaciones de las Naciones Unidas, nueve de las cuales son copatrocinadoras

US\$ 16,6 millones para proyectos subregionales y transfronterizos.

En el Caribe, el Banco ha puesto en marcha una iniciativa similar por medio de la cual desembolsará \$US 155 millones en forma de préstamos a cinco años. Para enero de 2004, se asignaron US\$ 85 millones a cinco países, de los cuales ya se han desembolsado cerca de US\$ 10,5 millones (Banco Mundial, 2003). En 2003, el Banco Mundial aprobó un crédito de US\$ 100 millones al Brasil para responder al SIDA y a las infecciones de transmisión sexual, con lo que el compromiso del Banco con la epidemia del Brasil se elevó a US\$ 430 millones. El Gobierno de ese país también contribuye con US\$ 100 millones.

Además del Programa Multinacional sobre el SIDA, el Banco ayuda a financiar una amplia variedad de programas del SIDA en 25 países; las asignaciones ascendieron sólo para 2003 a poco más de US\$ 213 millones. La mayor parte de ese dinero se aporta en forma de créditos más que de subvenciones.

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

En enero de 2002, se creó el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria como una asociación entre los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado. Su mandato es proporcionar nuevos fondos y crear nuevas formas de desembolsarlos para combatir esas tres enfermedades que, en conjunto, acaban con la vida de más de seis millones de personas cada año.

Hasta enero de 2003, el Fondo Mundial había aprobado 227 subvenciones por valor de US\$ 2.100 millones en 124 países, y ya había desembolsado US\$ 232 millones (Fondo Mundial, 2004). Alrededor del 60% de esos fondos están destinados a programas del SIDA, el 23% al paludismo y el 17% a la tuberculosis. Todos los países de ingresos bajos y medianos se han benefi-

Promesas de contribución y contribuciones recibidas por el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, hasta 31 de diciembre de 2003

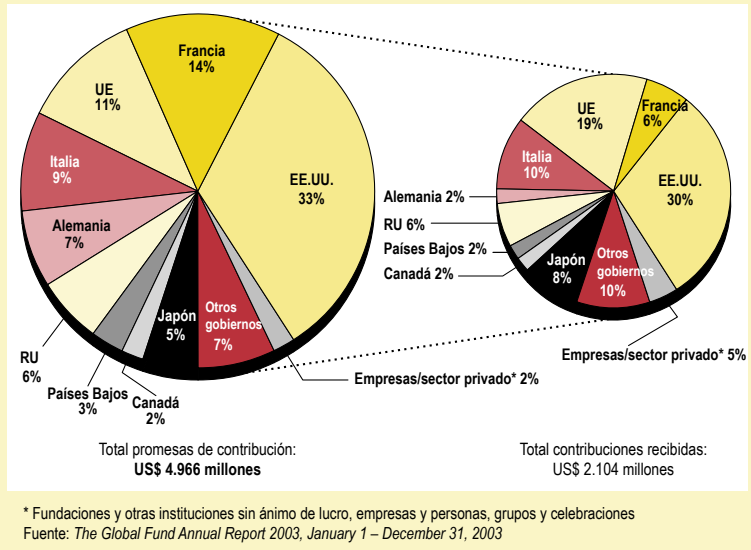


Figura 42

ciado de estas ayudas; no obstante, hasta la fecha, África subsahariana ha recibido el 60% del dinero subvencionado. Esa región tiene la mayor carga de morbilidad y la mayor escasez de recursos.

Para enero de 2004, se habían prometido cerca de US\$ 5000 millones hasta 2008 y más allá de esa fecha; US\$ 2100 millones ya habían sido depositados en la cuenta bancaria del Fondo Mundial. En 2004, el Fondo Mundial debía recibir otros US\$ 1200 millones del dinero prometido, unos US\$ 400 millones menos de los previstos para cumplir sus compromisos correspondientes a ese año (Fondo Mundial, 2004a). Los países de ingresos altos tendrán que resolver ese déficit apremiante.

A largo plazo, el Fondo Mundial también está procurando que aumenten las donaciones de las fundaciones del sector privado y de personas particulares para ayudar a satisfacer sus necesidades (Cashel y Rivers, 2003). En la actualidad, sólo el 2% de sus fondos proceden del sector privado, mientras que el 98% restante proviene de promesas de contribuciones de los gobiernos (Fondo Mundial, 2003).

No obstante, el dinero procedente de todas las fuentes llega muy despacio. Para contribuir a

reducir la incertidumbre con la que opera el Fondo Mundial, 100 ONG de todo el mundo pusieron en marcha la coalición «Financemos el Fondo», una campaña para captar el patrocinio firme y sostenido del Fondo Mundial. A partir de 2004, el Fondo Mundial llevará a cabo una ronda anual de propuestas de subvenciones, sujetas a la disponibilidad de fondos.

El concepto de «complementariedad» es el principio clave del Fondo. Esto significa que sus recursos deben ser un complemento de la financiación presupuestada, pero nunca reemplazarla. Implica que se prevé que las donaciones sean dinero nuevo, y no fondos que se desvían de los presupuestos de ayuda existentes. A nivel nacional, las donaciones deben añadirse a lo que haya sido presupuestado de otras fuentes, y no usarse para liberar fondos destinados al SIDA para gastarlos en otras prioridades. Sin embargo, este principio no siempre ha sido respetado. A veces, las contribuciones del Fondo Mundial se han desviado de los presupuestos de ayuda para el desarrollo, o bien algunos países africanos han considerado que formaban parte de sus asignaciones para gastos.

El sector privado, incluidas las fundaciones y las ONG

Las fundaciones

Una encuesta de 2002 efectuada por la asociación Funders Concerned about AIDS entre las principales instituciones de los Estados Unidos que facilitan subvenciones ofrece un panorama de las contribuciones de las fundaciones (véase figura 43). Las cifras obtenidas incluyen las donaciones a los programas nacionales e internacionales, pero aproximadamente el 63% del dinero procedente de las 10 principales fundaciones se gasta en el extranjero. Los datos disponibles indican que los fondos comprometidos en 2002 fueron significativamente menores que los de 2001, año en el que fuimos testigos del compromiso más elevado que nunca por parte de las fundaciones internacionales. Pero el propósito de las donaciones con frecuencia es cubrir varios años, por lo que resulta difícil identificar exactamente lo que se gasta en cada periodo.

Figura 43

| Fondos asignados en 2002 por las 15 principales instituciones de los Estados Unidos de América que facilitan subvenciones (en US\$ millones) | |
|--|--------------|
| Fundaciones Gates | 89,0 |
| Fundaciones Bristol-Myers Squibb | 16,9 |
| Fundación de la Familia Henry J. Kaiser | 16,2 |
| Fundación Ford | 14,0 |
| Fundación Rockefeller | 12,9 |
| Fundación de las Naciones Unidas | 12,3 |
| Fundación Pediátrica para el SIDA Elizabeth Glaser | 11,8 |
| Fundaciones Merck Company | 11,4 |
| Fundaciones Open Society Institute/Soros | 7,8 |
| Fundación Robert Wood Johnson | 7,8 |
| Fondo Abbot Laboratories | 6,9 |
| Fondo M.A.C AIDS | 5,6 |
| Fundación Starr | 5,5 |
| Fundación W.K. Kellogg, | 5,4 |
| Broadway Cares/Equity Fight AIDS | 5,4 |
| TOTAL | 228,9 |

Fuente: Funders concerned about AIDS, *Report on HIV/AIDS grantmaking by US philanthropy, 2003*.

Las organizaciones no gubernamentales internacionales

En 2002, un conjunto seleccionado de ONG internacionales contribuyó aproximadamente con US\$ 95,5 millones a la respuesta al SIDA. Esos fondos procedían de donaciones de instituciones benéficas, familias particulares, fundaciones (otras además de las principales instituciones de los Estados Unidos que facilitan subvenciones) y gobiernos.

La comunidad empresarial

En los países con una prevalencia del VIH elevada, algunas industrias están sufriendo la pérdida ininterrumpida de mano de obra y conocimientos prácticos a medida que sus trabajadores caen enfermos de SIDA y dejan el empleo o fallecen. Además, muchas empresas deben asumir la carga de los costos cada vez mayores de la atención de salud, las pensiones y la capacitación de personal nuevo.

Alrededor del 4% de las necesidades mundiales de recursos para el SIDA corresponde a actividades

en el lugar de trabajo. Aquí también resulta difícil evaluar el nivel de compromiso, debido a que no se difunde sistemáticamente la información sobre el gasto social de las empresas. Sin embargo, una reciente encuesta apoyada por el ONUSIDA y efectuada por el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social indica que el 21% de las compañías multinacionales más importantes ha implantado algún tipo de programa del SIDA en el lugar de trabajo. Tanto la Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA como la Iniciativa para la Salud Mundial del Foro Económico Mundial alientan una mayor participación del sector privado para responder a la epidemia (véanse los capítulos « Respuestas nacionales » y « Tratamiento »). Entre ambas iniciativas cuentan con más de 150 miembros (ONUSIDA, 2003c; Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA, 2001).

Recursos para la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas

La financiación privada sola no puede llevar adelante la investigación para el desarrollo de tecnologías de prevención, como las vacunas y microbicidas. Esos productos deben tener un precio que permita que personas de todo el mundo con pocos ingresos disponibles puedan adquirirlos. Para desarrollar estos productos y asegurar que tengan un mercado se requiere la inversión pública directa.

Los productos como las vacunas y los microbicidas son excelentes ejemplos de « bienes públicos mundiales », eso es, bienes que benefician a otras personas además de las que los usan directamente. Por tanto, pueden considerarse muy buenos candidatos para recibir un apoyo público que complemente la inversión privada. En el caso de las tecnologías de prevención del VIH, cada infección prevenida elimina una posible cadena de infecciones resultantes de esa infección primaria.

Los principales asociados públicos que en la actualidad financian ensayos clínicos en los países de ingresos bajos y medianos incluyen los Institutos Nacionales de Salud (EE.UU), el Consejo de Investigación Médica (Reino Unido),

el Organismo Nacional de Investigaciones sobre el SIDA (Francia) y la Asociación Europea y de Países en Desarrollo de Ensayos Clínicos.

A pesar de las dificultades para la recopilación de datos, la Iniciativa Mundial para la Vacuna contra el SIDA ha determinado aproximadamente cuánto se gasta en el mundo en investigación y desarrollo de vacunas contra el SIDA. Para 2002, el último año que se hizo este cálculo, la estimación preliminar fue de US\$ 540-570 millones, un aumento de alrededor de US\$ 100 millones sobre sus cálculos para 2001. De esta suma, el aporte del sector privado es menos de la cuarta parte; la industria farmacéutica contribuye con un 14% y la industria biotecnológica con el 7%.

Según la Iniciativa Mundial para la Vacuna contra el SIDA, la inversión del sector público en la investigación de la vacuna va camino de aumentar. No obstante, la financiación global no está a la altura de los desafíos. La Iniciativa prevé que las inversiones de las empresas farmacéuticas innovadoras y de la industria biotecnológica disminuirán a medida que los costos de investigación y desarrollo aumenten, la economía estadounidense esté en apuros y las empresas de biotecnología se topen con dificultades para reunir nuevo capital de riesgo (Iniciativa Mundial para la Vacuna contra el SIDA, 2003).

La Alianza para el Desarrollo de Microbicidas se ocupa de captar fondos para la investigación de microbicidas. El campo de los microbicidas se diferencia de los demás porque se ocupa de tecnologías relacionadas con la salud pública descuidadas. Esto se debe a que prácticamente todas las instituciones que desarrollan estos productos son pequeñas empresas de biotecnología, organizaciones sin fines de lucro e instituciones académicas con fondos y capacidad limitados.

De los 40 microbicidas en desarrollo en 2004, sólo uno disponía del patrocinio de una compañía farmacéutica de importancia (Tibotec, una empresa de Johnson and Johnson) que trabaja con la Asociación Internacional para los Microbicidas. En 2003, se asignaron cerca de US\$ 79 millones a la investigación sobre microbicidas, de los cuales alre-

Figura 44

| Fondos para la investigación de microbicidas (en US\$) | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| FUENTE | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
| Fondos donados por organizaciones filantrópicas | \$26 938 920 | \$24 036 874 | \$2 993 180 | \$63 000 000 |
| Fondos donados por países y organismos seleccionados* | \$350 000 | \$0 | \$67 435 262 | \$4 822 117 |
| Fondos donados por los Estados Unidos | \$34 635 492 | \$61 266 031 | \$75 280 722 | \$78 771 000 |
| * Canadá, Dinamarca, Francia, Irlanda, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, UNFPA, Banco Mundial | | | | |
| Fuente: Lamphear TL. Funding for microbicidas: An overview chart. Alliance for Microbicide Development, March 2004. | | | | |

dedor de la mitad provenían de los Estados Unidos y el resto de organizaciones filantrópicas y otros donantes bilaterales y organismos multilaterales.

Traducir la financiación en acción: cómo abordar los problemas de la capacidad de programación y los obstáculos en la financiación

Para adelantarse a la enfermedad, deben destinarse recursos allí donde son más necesarios y utilizarse de una manera más inteligente, es decir, de forma más eficaz y eficiente. Pero para obtener una imagen clara de dónde van a parar los fondos para el SIDA y cómo se gastan habría que hacer una especie de ejercicio forense, es decir, escarbar en los archivos financieros de los departamentos gubernamentales, institutos y organizaciones para buscar la información específica sobre el SIDA. Mantener un registro financiero sistemático de los fondos que entran y salen es importante a efectos de planificación. Pero en la actualidad, en la mayor parte de las zonas afectadas el seguimiento de los recursos para luchar contra el SIDA es una prioridad secundaria, está poco desarrollado o no se tiene en cuenta en absoluto.

El seguimiento de los flujos de recursos y su vinculación con los esfuerzos de vigilancia y evaluación

Desde 1998, el ONUSIDA recopila datos básicos sobre las fuentes de financiación y sobre la forma en que se aplican los fondos para responder al SIDA. La clave para fomentar un flujo de fondos constante y seguro de todas las fuentes es la información que demuestre que esos recursos se usan de manera eficaz y logran resultados. En 2002,

como parte de este esfuerzo, el ONUSIDA creó el Consorcio Mundial para el Seguimiento de Recursos para el SIDA, compuesto por expertos internacionales en este campo. El Consorcio:

- desarrolla estrategias para mejorar el proceso de recopilación de datos sobre el flujo de recursos mundiales con el fin de alcanzar las metas de la Declaración de compromiso sobre el SIDA de 2001 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- identifica las diferencias, la duplicación de esfuerzos y las ventajas comparativas entre las organizaciones que recopilan datos;
- identifica las prioridades estratégicas clave para efectuar el seguimiento de los flujos de recursos en el futuro;
- persigue el consenso en relación con las metodologías y definiciones utilizadas para recopilar datos del flujo de recursos para el SIDA;
- racionaliza la interpretación y comunicación de los datos;
- asegura que los métodos y las fuentes de datos usados para calcular el flujo de recursos mundiales sean coherentes y complementarios con los utilizados para elaborar modelos económicos y epidemiológicos.

Al mismo tiempo, el ONUSIDA ha hecho un llamamiento para una mayor atención e inversión nacional y mundial con miras a vigilar la ejecución y el impacto de los programas de prevención, tratamiento y mitigación. El ONUSIDA, de acuerdo con esta función de sensibilización, trabaja en estrecho contacto con asociados internacionales para identificar, armonizar y ponderar sistemáticamente la información más útil. También colabora

con los países para desarrollar los Sistemas de información de la respuesta nacional con el fin de vigilar sus progresos. La Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 alentó a la comunidad mundial a efectuar el seguimiento de los avances realizados en las regiones y dentro los países y compararlos entre sí. Relacionar el impacto con el costo pasará a ser un instrumento cada vez más importante a medida que aprendamos de qué forma pueden gastarse mejor los recursos financieros.

La Iniciativa regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y Abt Associates-Partners for Health Reform facilitan la toma de decisiones por medio del seguimiento de los recursos gastados en los países para prevenir la propagación del VIH y tratar las enfermedades relacionadas con el VIH. En Sudáfrica, el Instituto para la Democracia trabaja para fomentar procesos similares en la región africana y ha emprendido un análisis comparativo de los presupuestos y el seguimiento de los fondos para el SIDA en cinco países africanos y en otros cinco latinoamericanos. El proyecto capacita a las ONG locales para vigilar de manera independiente el gasto público relacionado con el SIDA.

Limitaciones de la capacidad de programación

Los países se topan con problemas importantes cuando tratan de ampliar la respuesta al VIH. Hay muchos factores que limitan la capacidad de programación en los países de ingresos bajos y medianos. Esos factores pueden agruparse en tres grandes conjuntos de problemas: demandas abrumadoras y en pugna de los escasos recursos, la lucha para superar el estigma y la discriminación, y una coordinación deficiente tanto entre los asociados tanto internos como externos.

Es evidente que la envergadura de la nueva financiación necesaria para una respuesta ampliada a la epidemia de VIH exigirá un aumento muy significativo de los niveles actuales del gasto nacional en los países afectados. En mucho de ellos, es muy probable que el incremento del gasto relativo al SIDA se encuentre con problemas de capacidad.

Como manifestó el Dr. Ndwapi Ndwapi, jefe del programa antirretrovírico del hospital Princess Marina de Botswana: « Muchos piensan que el mayor desafío es el acceso a los fondos para poner en práctica el plan. Pero una vez que se tiene el dinero, de repente aparecen problemas aparentemente insuperables. Las grandes ineficiencias del sistema, un problema existente desde hace bastante tiempo, se hacen demasiado evidentes cuando se intenta pedir al sistema que haga algo de la magnitud de (...) proporcionar tratamiento a 10 000 personas » (IRIN, 2004).

La capacidad humana en África

Muchos países africanos han tenido mejoras en el crecimiento económico y la prestación sanitaria, pero otros muchos se enfrentan a una crisis de la capacidad institucional que entorpece sus posibilidades de aplicar estrategias y programas de desarrollo para avanzar hacia la consecución de importantes objetivos de desarrollo.

Los sectores de la salud y la educación se enfrentan al déficit de personal, a un entorno institucional débil y a problemas para contratar y destinar personal a las zonas rurales. Los países más ricos atraen a los trabajadores capacitados y con experiencia de las naciones más pobres, lo que agrava sus problemas de capacidad (véase el capítulo « Respuestas nacionales »). Además de esto, un decenio de recortes en los gastos sociales, impulsados por los programas de ajuste estructural, ha reducido el número de empleados del sector social, dejando a estos sectores sin la capacidad de responder rápidamente a las demandas que plantea el SIDA. La carga de trabajo resultante para el personal existente implica condiciones de trabajo deficientes que provocan el desánimo del personal.

La mayoría de los países africanos necesitan mayor capacidad humana en todos los sectores, es decir, el público, el privado y la sociedad civil. Desarrollar esta capacidad en África se considera, ahora, casi universalmente, una condición imprescindible para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en general y para superar el SIDA en particular.

El alcance de los problemas de capacidad humana depende fundamentalmente de la manera en que se distribuyen los fondos, tanto entre los países como dentro de ellos. Una estrategia equitativa los dirigiría hacia los déficit de financiación identificados, esto es, estaría basada en las necesidades. En la actualidad, existe la tentación de dirigir la financiación especialmente a los países que se perciben con mayor capacidad de gastar el dinero a corto plazo. Pero esto dejaría fuera a algunos países que precisamente son los más necesitados debido al mayor impacto del SIDA. Una estrategia más equitativa sería abordar los problemas de capacidad en los países con mayor necesidad a través de inversiones destinadas tanto al capital humano como a la estructura física.

Si la financiación se orienta a superar las limitaciones de capacidad en los países más necesitados, se obtendrán mejoras tangibles y duraderas a largo plazo para el bienestar de los países asociados.

El problema del desplazamiento de fondos y del límite del gasto

Es un hecho lamentable que los procedimientos presupuestarios con demasiada frecuencia permiten que los nuevos fondos para el VIH y el SIDA puedan quitar los recursos destinados a otras actividades, tanto a nivel nacional como de los donantes. Por tanto, todas las partes interesadas deben comprometerse con el principio de que la financiación *complementaria* para el VIH y el SIDA debe usarse para gastos *complementarios*, o de lo contrario el desplazamiento en detrimento del desarrollo global es inevitable.

Los límites del gasto público son el máximo del gasto en los diferentes sectores de una economía. En los años 1970 y 1980, los límites superiores del gasto social, en especial, fueron la característica principal de los programas de ajuste estructural exigidos por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial como condición para los préstamos en condiciones concesionarias a los países de ingresos bajos y medianos. Los límites se consideraban una disciplina necesaria para corregir las economías con deficiencias, promover el crecimiento y aliviar la pobreza a largo plazo frenando

la inflación. Pero cuando se vio que agravaban las penurias de los pobres, fueron blanco de críticas intensas y se desecharon como condición específica para la ayuda financiera.

Sin embargo, esos límites existen *de facto* en muchos países y como subproducto de los marcos del gasto a medio plazo. Esos marcos son planes financieros detallados de los países, exigidos para demostrar al Fondo Monetario y al Banco Mundial que los países pueden cuadrar sus cuentas y mantener por el buen camino la macroeconomía. A menudo están incluidos o hacen referencia a ellos en los Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza, que constituyen la base sobre la que se concede el alivio de la deuda pública y buena parte de la ayuda extranjera. Los gobiernos de los países de ingresos bajos y medianos están atrapados en medio de presiones antagónicas. Por un lado, los instan a limitar el gasto social para evitar las consecuencias negativas inflacionarias, mientras que por el otro es previsible que no tomen en cuenta esas presiones en el caso del dinero asignado por el Fondo Mundial u otros.

Ha llegado el momento de volver a plantear de manera radicalmente diferente la mejor manera de financiar una programación nacional amplia sobre el VIH. Las instituciones internacionales deben crear mecanismos que alivien los pagos del servicio de la deuda de los países para que éstos puedan dedicar recursos adicionales a su respuesta al SIDA. Los efectos inflacionarios a corto plazo del aumento de los recursos adicionales destinados a contener la epidemia de VIH parecen nimios en comparación con lo que serán los efectos a largo plazo de las respuestas poco entusiastas sobre las economías de los países más castigados. El SIDA es una enfermedad excepcional y exige una respuesta excepcional.

El problema del estigma y la discriminación: una limitación a la demanda

El problema del estigma y la discriminación hace tiempo que se ha identificado como una limitación para determinar quiénes necesitan servicios de prevención, atención y tratamiento. La mayoría

de las personas infectadas por el VIH no conoce su estado serológico respecto al VIH. El estigma social impide a las personas informarse de su estado serológico y seguir los mensajes de prevención por miedo a que las identifiquen como VIH-positivas. Países como Botswana, que introdujeron un programa de tratamiento gratuito, al principio vieron que acudía menos gente de la prevista en busca de servicios de tratamiento.

Además, el estigma actúa como una limitación para que los fondos lleguen adonde hacen falta. Los datos de América Latina y el Caribe y Europa oriental indican que es posible que la actitud del público y las limitaciones jurídicas impidan que los fondos para actividades se distribuyan a las personas que trabajan con los grupos estigmatizados. Esto aumenta las dificultades que tienen los grupos de la comunidad, con pocos conocimientos o experiencia sobre la forma en que funciona el sistema, para presentar propuestas escritas. Este obstáculo se ve agravado cuando los donantes cambian constantemente sus normas y exigencias.

Los grupos comunitarios también suelen tener dificultades para satisfacer los requisitos de rendición de cuentas y mantenimiento de archivos, y muchos carecen de capacidad para utilizar con eficacia el dinero que les llega. También es cierto que los donantes de importancia raramente están preparados para desembolsar el tipo de sumas insignificantes que son todo lo que demandan, o pueden gestionar, muchas de las personas que trabajan en primera línea de la epidemia: la mujer que administra una casa para unos cuantos niños huérfanos vecinos, el hombre que ofrece unos puestos de aprendiz a los muchachos que han dejado la escuela, o la peluquera que quiere imprimir unos panfletos sobre el VIH para repartir en su peluquería.

Los problemas del estigma y las actitudes sociales pueden vencerse. Los esfuerzos concertados del Brasil han demostrado con claridad que una campaña continua de acceso al tratamiento puede reducir el estigma porque da esperanzas a la gente. La experiencia de Uganda pone de manifiesto también que el estigma puede reducirse gracias al

liderazgo comprometido. Ambos elementos son partes vitales de una estrategia para aumentar la capacidad de programación.

La cuestión de la coordinación: los « tres unos »

El seguimiento del flujo de recursos es fundamental para comprender de qué forma se utilizan y para identificar los obstáculos principales. Dichos obstáculos pueden aparecer cuando la responsabilidad de desembolsar fondos para el SIDA depende de un departamento que carece de aptitudes de gestión financiera y programática, tiene menos personal del necesario o éste padece una sobrecarga de trabajo, por lo que el SIDA se topa con otras prioridades rivales. Puede haber demoras importantes si no existen planes claros de actividades o mecanismos de financiación relacionados con el SIDA, o ninguna persona concreta o capacitada para asumir la responsabilidad en materia de SIDA (Hickey *et al.*, 2003).

Los donantes también pueden crear o exacerbar los problemas de capacidad administrativa, especialmente cuando ellos mismos y los gobiernos no trabajan con eficacia para armonizar su apoyo en la mayor medida posible. La reducción al mínimo de la duplicación de los arreglos fiduciarios, el seguimiento de los procedimientos y mecanismos para informar, y la organización de misiones nacionales conjuntas pueden racionalizar el flujo de fondos y de información y mejorar la capacidad del país para utilizar los fondos de la manera más eficaz y oportuna posible.

La falta de armonización entre los donantes a nivel nacional hace que los recursos se malgasten y las personas que necesitan ayuda no la reciban. Efectivamente, la falta de armonización se cobra la vida de muchas personas.

La aplicación de los principios de los « tres unos » (véase el capítulo «Respuestas nacionales») dará como resultado adaptaciones apropiadas para cada país, situación e institución. Esos principios son perfectamente compatibles con la Declaración de Roma sobre Armonización del 25 de febrero de 2003 y con el trabajo del Comité de Asistencia para

El problema de los planes impulsados por los donantes

« En el SIDA, como en otras cuestiones, los gestores de programas muchas veces son poco más que procesadores de datos para los donantes, dedicando cantidades ingentes de tiempo a tratar de satisfacer los requisitos de información duplicada y acogiendo misiones repetitivas de evaluación mes tras mes. Los planes impulsados por los donantes están elevando los costos de transacción y reduciendo la eficacia de los programas. Es un poco cómico que los donantes se quejen de la capacidad de absorción cuando son ellos los que absorben buena parte de ella. » *Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo, ONUSIDA*

el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos sobre la eficacia de la ayuda y las prácticas de los donantes. La visión común de la necesidad urgente de responder al SIDA de una manera excepcional, que apoye un sentimiento nacional incluyente de identificación y una responsabilización claramente definida, es inherente a estos principios.

Mecanismos para superar las limitaciones y encauzar la financiación para la programación

Racionalizar los procedimientos

Todas las entidades de financiación nacional e internacional tienen un objetivo común: asegurar que sus fondos se usen eficazmente, es decir, hacer todo lo posible para que mejore la vida cotidiana de las personas que necesitan servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH, y de las que también precisan de medidas para reducir el impacto del SIDA en su vida. Sin embargo, en realidad la mayor parte de los esfuerzos de financiación se topan con obstáculos a distintos niveles.

No obstante, hay muchos ejemplos de iniciativas para racionalizar los procedimientos, eliminar los obstáculos y facilitar el flujo de fondos para la programación. Tanto el Programa Multinacional sobre el SIDA del Banco Mundial como el más reciente Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria han aportado muchas ideas sobre cómo financiar actividades y reducir o evitar los bloqueos comunes en los cauces de financiación. El Banco Mundial ha sido pionero en buscar nuevas maneras de dirigir dinero

rápido a la primera línea; actualmente, entre el 40% y el 60% de las subvenciones van directamente a la comunidad (Cashel, 2003).

El Banco hace hincapié en dar apoyo a un amplio espectro de participantes a todos los niveles para aplicar planes de acción nacionales y crear « sistemas de distribución de fondos » para encauzar la financiación de manera rápida y eficaz. Los países que hacen solicitudes al Fondo Mundial han establecido Mecanismos de Coordinación Nacional compuestos por representantes de los grupos interesados de todos los niveles de la sociedad. Los Mecanismos preparan las solicitudes de subvención, efectúan la selección inicial de los proyectos y programas y dirigen las propuestas al Fondo Mundial. El dinero se manda directamente al « beneficiario principal », responsable de rendir cuentas e informar al Fondo Mundial y de desembolsar el dinero a las organizaciones que trabajan en primera línea. El beneficiario principal es la clave para facilitar un flujo de fondos eficaz.

El desafío de los gobiernos es optimizar los cauces oficiales identificando los obstáculos e invirtiendo en la capacidad administrativa y de programación necesaria para utilizar los recursos más eficazmente. A este respecto, son pasos importantes el hecho de que las partes interesadas decisivas reconozcan ahora la importancia de los « tres unos » y que además los países avancen hacia una mejor coordinación del programa nacional.

La reasignación de los recursos: el posible alivio de la deuda

Casi la tercera parte de las personas infectadas por el VIH —o 14 millones— vive en países que el Banco

Mundial incluye entre los que tienen una pesada carga de deuda. En 2002, los 42 países más pobres y endeudados –34 en África subsahariana– debían en conjunto US\$ 213 000 millones (Hardstaff, 2003). Muchos de esos países pagan más a sus acreedores del mundo rico para saldar el servicio de su deuda de lo que reciben como ayuda extranjera. De hecho, los pagos de la deuda se llevan una parte mucho mayor de sus presupuestos que la salud pública (Boyce, 2002; Oxfam, 2002).

Los países con componentes del SIDA en sus Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza son: Burkina Faso, Camerún, Guinea, Malawi, Mozambique, Uganda y Zambia. El alivio de la deuda puede ser un mecanismo útil para los fondos destinados a programación dentro de los marcos existentes de gastos. Sin embargo, por lo general se contabiliza como parte de la ayuda oficial para el desarrollo con su valor nominal completo, y por tanto, suele ser no adicional. El alivio de la deuda no puede tener un papel significativo en la reducción de los déficit de financiación del SIDA a menos que sea un *complemento verdadero* de los niveles actuales de ayuda extranjera.

Los desafíos del nuevo plan de acción

Invertir el curso de la epidemia en los países de ingresos bajos y medianos implica movilizar los fondos adecuados para organizar una respuesta exhaustiva al VIH. Significa también mejorar la capacidad del país para determinar las necesidades de recursos para la prevención, la atención y la mitigación del impacto. Conlleva asimismo un seguimiento directo y adecuado de los recursos mundiales y, a nivel nacional, la vigilancia de la diferencia entre fondos y necesidad de recursos. Las organizaciones de la sociedad civil, especialmente a nivel de las bases, donde mayores son las necesidades, requieren apoyo para poder acceder a los fondos y usarlos eficazmente. Además, la comunidad mundial debe invertir en los bienes públicos mundiales que representan las nuevas tecnologías de prevención.

Invertir el curso de la epidemia también exige una acción más concertada y eficaz a mucho mayor escala que la actual. Los donantes deben evaluar detenidamente qué parte de contribución equitativa les corresponde en la respuesta mundial al VIH. Es preciso que la comunidad internacional determine la relativa importancia y complementaridad de los


Una cuestión de prioridades: el costo del servicio de la deuda


- Zambia tiene casi un millón de personas VIH-positivas y gasta un 30% más en atender su deuda que en salud. En 2000, la proporción de las rentas públicas absorbidas por la deuda fue del 20%, y se prevé que en 2004 ascienda al 32% (Oxfam, 2002; Banco Mundial/FMI/IDA, 2003).
- El Camerún gasta 3,5 veces más en el pago de la deuda que en salud, mientras que Malí gasta 1,6 veces más (Oxfam, 2002).
- Kenya gasta US\$ 0,76 por habitante para el SIDA y US\$ 12,92 por habitante para pagar la deuda (Kimalu, 2002).
- El costo de aplicar el Plan Estratégico Nacional sobre el SIDA de Malawi es de alrededor de US\$ 2,40 por habitante por año. En 2002, el país transfirió US\$ 5 por habitante a los acreedores extranjeros (Oxfam, 2002).
- Los 14 primeros países identificados como beneficiarios principales del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA gastaron en conjunto US\$ 9100 millones para pagar su deuda en 2001 (Ogden y Esim, 2003).

principales flujos de financiación disponibles para encauzar los recursos. También debería llegarse a un acuerdo sobre las respectivas responsabilidades nacionales e internacionales para financiar diversos aspectos de la respuesta. Las instituciones financieras internacionales deberían examinar amplia y creativamente los mecanismos para poner más fondos en manos de los países que en la actualidad se enfrentan a importantes pagos del servicio de la deuda. Al mismo tiempo, la acción contra el SIDA no debería acrecentar más la carga de la deuda.

La necesidad de actuar rápidamente contra una epidemia que aún va por delante de la respuesta mundial hace que todo el mundo debe « aprender con la práctica ». En la confusión de la acción urgente no deberían perderse algunos elementos fundamentales, entre ellos la necesidad de documentar el aprendizaje para que otras personas puedan aprovecharlo y asegurar que se apliquen los procedimientos para facilitar el ajuste de los métodos de trabajo.

Para velar por que se movilizan los recursos adecuados y sostenibles para ampliar la respuesta al SIDA es fundamental la sensibilización. El éxito, no obstante, depende de demostrar que los problemas relativos a la capacidad de programación pueden resolverse de manera creativa, el dinero puede usarse eficazmente, la epidemia puede frenarse, la calidad de vida de millones de personas que en la actualidad viven con el VIH puede mejorarse sustancialmente, y el impacto sobre las familias, comunidades y países puede mitigarse. Los desafíos del futuro incluyen:

- Aumentar los recursos de todas las fuentes asignados para combatir la pandemia de SIDA hasta alcanzar los US\$ 12 000 millones anuales para 2005, llegando a un acuerdo sobre una « distribución justa » y creando mecanismos que permitan que los fondos se desembolsen de manera eficaz.
- Instar a la comunidad internacional y a los países necesitados a que demuestren un mayor compromiso político, necesario para invertir el curso de la epidemia, por medio de
 - la movilización de la opinión pública a través de la Campaña Mundial contra el SIDA y otros medios de sensibilización;
 - la creación de sistemas y medios para que los países inviertan más fondos internos en relación con el SIDA y apoyen el desarrollo futuro seguro mediante el uso de mecanismos como el alivio de la deuda.;
 - la movilización de un mayor compromiso de fondos y esfuerzos para combatir la pobreza, la discriminación, la falta de poder de decisión y otros factores socioeconómicos determinantes de la vulnerabilidad al VIH, así como otros efectos de la epidemia de SIDA.
- Identificar y eliminar los posibles obstáculos en el flujo de fondos, mejorar radicalmente los mecanismos para distribuir fondos a todos los niveles –internacional, nacional, regional, comunitario y local– y armonizar los procesos por medio del principio de los « tres unos.
- Desarrollar la capacidad de los programas para obtener resultados usando los fondos eficaz y eficientemente, y efectuar el seguimiento del desempeño e impacto (un gasto más inteligente).
- Incorporar el concepto de « excepcionalidad » del SIDA en la financiación de la respuesta al SIDA en los países con necesidad apremiante. Ha llegado el momento de volver a escribir las reglas para establecer un cuidadoso programa de excepciones a las formas habituales de financiación que proteja las previsiones económicas a largo plazo de los países y facilite al mismo tiempo respuestas urgentes y eficaces al SIDA. 



Respuestas nacionales al **SIDA**: urge intensificar la acción

El factor de género en las respuestas nacionales al SIDA

En la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, los Estados Miembros se comprometieron a implantar, para 2005, estrategias nacionales que capaciten a las mujeres para tomar decisiones relativas a su sexualidad y que aseguren el acceso de las mujeres a servicios de prevención del VIH, atención del SIDA y otros servicios relacionados, incluidos los de salud sexual y reproductiva. En 2003, el Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, publicado por el ONUSIDA, puso de manifiesto que el 69% de los países tenía políticas que aseguraban el acceso igualitario de las mujeres a servicios de prevención del VIH, atención del SIDA y otros servicios afines. A un nivel más práctico, el informe preguntó a los países sobre el incumplimiento de un cierto número de indicadores clave relacionados con el género; en concreto: diagnóstico preciso de infecciones de transmisión sexual; cobertura antirretrovírica; conocimiento de la prevención entre los jóvenes; uso de preservativos, y porcentaje de jóvenes infectados por el VIH. Menos de una quinta parte de los países proporcionaron este tipo de datos, un indicio de que las cuestiones relacionadas con las diferencias entre los sexos constituyen una preocupación mínima en las respuestas al SIDA de muchos países.

Necesidad de liderazgo y legislación

El progreso de un país en esas cuestiones depende de factores tales como un liderazgo decidido, la elaboración cuidadosa de leyes, la movilización enérgica y la inversión importante de recursos. Un ejemplo de liderazgo positivo es la reciente presentación en Etiopía de la Coalición de Mujeres contra el VIH/SIDA. En una ceremonia a la que asistieron las principales personalidades femeninas de Etiopía, el Primer Ministro Meles Zenawi habló sobre la necesidad de cambiar las actitudes y prácticas de los etíopes relacionadas con las diferencias entre los sexos para contener la epidemia (IRIN, 2003).

A nivel mundial hay múltiples ejemplos de reformas legislativas que han reducido la vulnerabilidad de las mujeres al VIH y al SIDA. En Benin, la exhaustiva Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva de 2003 garantiza varios derechos reproductivos básicos, como la igualdad de los hombres y mujeres en temas de salud reproductiva; libre elección en cuestiones de matrimonio; acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva; no discriminación en el acceso a atención de salud, y seguridad personal. La atención y la no discriminación están aseguradas para las personas con infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH. Por último, la ley criminaliza todas las formas de violencia sexual dirigidas contra las mujeres y niños, como la mutilación genital femenina y el matrimonio obligado (NWWMI, 2003).

Otros países se han concentrado en el desarrollo de políticas. Por ejemplo, el Ministerio de Asuntos de la Mujer y los Veteranos de Camboya promueve los derechos de las mujeres y niñas en riesgo de VIH. El Ministerio también encabeza la integración de las cuestiones de género dentro de la gestión del desarrollo nacional. Sus políticas se relacionan estrechamente con iniciativas tales como la Asociación para el Programa de Equidad de Género, que sitúa al país en mayor conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (PNUD, 2003).

El liderazgo nacional en cuestiones de género no se restringe al Estado. Desde 1988, la Sociedad para la Mujer y el SIDA en África está reivindicando una respuesta a la epidemia en nombre de mujeres, niños y familias. A través de sus oficinas semiautónomas en el país, esta organización refuerza las capacidades de los grupos de mujeres, organizaciones no gubernamentales locales y comunidades para prevenir, controlar y mitigar el impacto de la epidemia.

SIDA y educación para las niñas: una convergencia de prioridades nacionales

La educación sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes es una estrategia clave de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001. El 88% de los países afirma que tiene políticas para fomentar tales esfuerzos. Sin embargo, esas políticas descuidarán a un gran número de niños —especialmente niñas— si no tienen en cuenta el acceso real a las escuelas. La matriculación femenina está aumentando, pero las muchachas siguen constituyendo el 57% del total de individuos no escolarizados (UNESCO, 2003).

El acceso universal a la educación es crucial para el desarrollo nacional, tanto que se ha incorporado en la iniciativa « Educación para todos » de 1990 y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2000. Ambas iniciativas hacen un llamamiento para la educación primaria universal en 2015 (Naciones Unidas, 2001). Sin embargo, persisten las amenazas para alcanzar este objetivo. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estima que 55 de los países más pobres del mundo tienen pocas probabilidades de llegar a la matriculación primaria universal en la fecha estipulada (UNESCO, 2002).

Veintiocho de ellos son países que están experimentando graves epidemias de SIDA, que socavan aún más los esfuerzos educativos. Un reciente estudio del Banco Mundial ha estimado que la comunidad internacional debería aportar cada año unos US\$ 2500 millones para alcanzar el objetivo de educación primaria universal en 2015. Se estima que, en 33 países de África, la carga del SIDA obligará a gastar cada año unos US\$ 450-560 millones adicionales para lograr dicho objetivo (Mingat y Bruns, 2002). Esta cifra no incluye la asistencia a los huérfanos y otros niños vulnerables ni los esfuerzos de prevención del VIH.

Respuestas nacionales al SIDA: urge intensificar la acción

Los países de ingresos bajos y medianos se enfrentan a cuatro cuestiones fundamentales a medida que desarrollan sus respuestas nacionales al SIDA. Se trata de la necesidad de:

- un liderazgo sólido y un compromiso concreto de todos los sectores del gobierno y la sociedad;
- coherencia y eficacia en el compromiso, utilización y rendición de cuentas de los recursos nacionales y externos;
- fortalecimiento de la capacidad nacional para absorber los recursos y poner en marcha respuestas eficaces al SIDA; y
- producción y uso de información estratégica para orientar las decisiones de política y programación.

Desde comienzos del nuevo milenio, el liderazgo en la lucha contra el SIDA y los recursos destinados a combatir esa enfermedad han aumentado de forma sustancial. Pero los desafíos son enormes: durante dos decenios, la epidemia se ha ensañado en el desarrollo. La falta de recursos de los países de ingresos bajos y medianos ha reducido su capacidad de desarrollar respuestas nacionales eficaces a la epidemia de SIDA. Hasta la fecha, la epidemia ha ido creciendo a un ritmo más rápido que los fondos que pueden reunirse para responder a ella. En muchos países con epidemias generalizadas, el desafío se ha trasladado de conseguir recursos adicionales a asegurar que esos nuevos recursos se absorban de manera eficaz en una respuesta nacional al SIDA creciente y sostenible. Un obstáculo importante es la falta de capacidad nacional para ampliar las iniciativas contra el SIDA a niveles de cobertura cruciales. En los países más castigados, la migración, la enfermedad y los fallecimientos relacionados con el SIDA están agotando los preciosos recursos gubernamentales. Esto, a su vez, contribuye a la propagación de la epidemia, hace fracasar otros esfuerzos de desarrollo y crea un círculo vicioso.

En todos los países, la prevención del VIH y el tratamiento y atención al SIDA son problemas

complejos que exceden la capacidad de un solo sector. Una respuesta eficaz requiere la combinación de un liderazgo y un sentimiento nacional de identificación con dicha respuesta sólidos, y asegurar una buena gestión pública, la movilización de recursos, la planificación y coordinación multi-sectoriales, el refuerzo de la capacidad de absorber recursos y ejecutar programas, la vigilancia y evaluación rigurosas de la respuesta al SIDA y una participación significativa de la sociedad civil y el sector privado.

Los donantes bilaterales y multilaterales se enfrentan a sus propias dificultades. Una respuesta eficaz y sostenible al SIDA no se puede lograr sencillamente concediendo a los países ayudas multimillonarias o proporcionándoles especialistas extranjeros. Las comisiones nacionales del SIDA por lo general se quejan de que los planes « impulsados por los donantes » favorecen resultados restringidos y a corto plazo y no tienen en cuenta una planificación más amplia ni las necesidades nacionales a largo plazo. También sostienen que los requisitos de información de los donantes son una carga adicional para los recursos humanos, pues imponen una carga burocrática agobiante. A medida que aumentan las partes interesadas externas que ofrecen ayuda, resulta cada vez más

Actualización de los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA, 2004

Respuestas nacionales: mejoran, pero aún están lejos de lo que se necesita

- Cerca de un tercio de los países carecen de políticas que aseguren el acceso de las mujeres en igualdad de condiciones a los servicios de prevención y atención indispensables.
- La mayor parte de los países han ratificado los convenios internacionales sobre derechos humanos, pero su aplicación efectiva es escasa. Sólo el 40% de los países dispone de medidas jurídicas para prohibir la discriminación contra las poblaciones vulnerables al VIH. Asimismo, sólo el 50% de los países en África subsahariana ha adoptado una legislación para prevenir la discriminación contra las personas que viven con el VIH.
- Las tres cuartas partes de los países informan de que la vigilancia de las actividades y los progresos nacionales sigue siendo un desafío importante. Sólo el 43% de los países dispone de un plan nacional de vigilancia y evaluación de los progresos, y apenas el 24% comunica que tiene asignado un presupuesto para la vigilancia y evaluación nacionales.
- Sólo el 20% de las compañías transnacionales han adoptado políticas exhaustivas en el lugar de trabajo para abordar el VIH y el SIDA. A nivel de país, la ejecución de políticas en el lugar de trabajo es por lo general insuficiente.
- Muchos líderes políticos de alto nivel, de países donde la prevalencia del VIH es baja y la epidemia está concentrada en poblaciones clave que corren gran riesgo, siguen desvinculados de la respuesta al VIH y al SIDA.

Fuentes: *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de SIDA*, ONUSIDA, 2003; *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*, Policy Project, 2004; *The level of effort in the national response to HIV/AIDS: The AIDS program effort index (API)*, 2003, Round, UNAIDS/USAID/WHO y Policy Project.

importante crear las condiciones necesarias para la armonización y coherencia de los donantes en torno a las estructuras, los planes estratégicos y los sistemas de vigilancia y evaluación nacionales.

Mundializar el liderazgo sobre el SIDA

A lo largo de los años, uno de los mayores obstáculos para desarrollar respuestas nacionales al SIDA eficaces es la falta de voluntad política para enfrentarse a, o incluso para hablar de la epidemia de SIDA. Últimamente ha aumentado el compromiso político para responder al SIDA en los países más castigados. Pero aun así, en muchos países en los que el VIH se está propagando rápidamente, como los de Asia y el Pacífico y Europa oriental, la falta de liderazgo hace temer que no aborden adecuadamente la epidemia hasta que sea demasiado tarde.

En África subsahariana, la magnitud de la epidemia está convenciendo cada vez a más líderes de asumir la responsabilidad personal de poner en marcha la respuesta nacional al SIDA. Por ejemplo, el Presidente de Kenya, Mwai Kibaki, preside un nuevo Comité de Acción Ministerial contra el SIDA y consigue el apoyo de los líderes de las religiones más importantes del país para enfren-

tarse al estigma y la discriminación. Asimismo, su gobierno ha abolido el pago de las matrículas escolares, lo que ha ayudado de inmediato a decenas de miles de niños kenianos huérfanos por el SIDA.

El Presidente de Botswana, Festus Mogae, ha tenido un papel fundamental en el suministro de medicamentos antirretrovíricos gratuitos y en el desarrollo de un programa de prevención de la transmisión maternoinfantil. El Presidente de Malawi, Bakili Muluzi, ha nombrado un Ministro de Salud y SIDA para mejorar la coordinación de la respuesta nacional. En Lesotho, en marzo de 2004, el Primer Ministro Pakalitha Mosisili y más de 80 altos cargos se hicieron públicamente la prueba del VIH para contribuir a romper el estigma que desalienta el asesoramiento y las pruebas voluntarias.

En otros lugares, en 2003, los dos países más poblados del mundo hicieron avances de liderazgo muy importantes. El Día Mundial del SIDA, Primer Ministro chino Wen Jiabao efectuó una visita sin precedentes a un hospital durante la cual se reunió con pacientes de SIDA y prometió que el Gobierno protegería sus derechos, ofrecería educación gratuita a sus hijos y tratamiento gratis a los pacientes pobres. En julio, la primera Convención Nacional India del Foro Parlamentario sobre el

SIDA destacó la necesidad de vencer el estigma. El Primer Ministro Atal Bihari Vajpayee señaló que era más urgente que nunca ocuparse de la epidemia en la India e hizo un llamamiento a « la apertura y a la eliminación completa de prejuicios hacia las personas afectadas » (Kaiser Daily AIDS Report, 2003).

La Asociación de Naciones de Asia Sudoriental ha creado un programa de trabajo sobre el VIH/SIDA para 2003-2005. Los gobiernos y donantes apoyan y ponen en práctica las iniciativas más destacadas del programa, entre ellas las actividades interpaíses sobre poblaciones móviles y estigma y discriminación. En septiembre de 2003, los ministros y los altos cargos de 62 países y territorios de la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico adoptó una resolución para enfrentarse al SIDA como un reto de desarrollo.

En el Caribe, un ejemplo de activismo es el Primer Ministro de Saint Kitts y Nevis, Denzil Douglas, que también es líder de la Asociación Pan Caribeña contra el VIH/SIDA. Es especialmente activo en las negociaciones internacionales, en promover reducciones en el costo de los servicios de atención de salud y en aumentar el acceso a la terapia atirretrovírica.

En la Comunidad de Estados Independientes (CEI), dos cumbres de jefes de gobierno (en Moscú y en Moldova en 2002) respaldaron un Programa de Respuesta Urgente de los Estados Miembros de la CEI a la Epidemia de SIDA, que designó coordinadores nacionales para las respuestas multi-sectoriales. En febrero de 2004, representantes de alto nivel de gobiernos de 53 países asistieron a la Conferencia de la Unión Europea « Romper las barreras » y se comprometieron a reducir el VIH y el SIDA en Europa y Asia central.

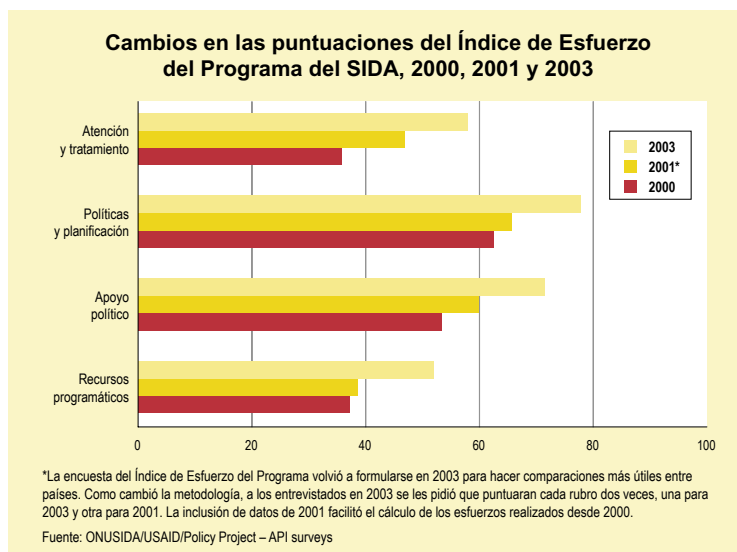
Los líderes tradicionales también pueden ejercer influencia. En Fiji, el Gran Consejo de Jefes (un órgano constitucional de 50 líderes hereditarios) coauspició la Conferencia « Acelerar la acción contra el SIDA en el Pacífico ». El Presidente y los jefes de Fiji se comprometieron personalmente con la respuesta del país al SIDA e hicieron un llamamiento a los líderes de la comunidad, religiosos y del sector empresarial a seguir su ejemplo.

Estrategias, políticas, legislación y acción

En última instancia, el liderazgo debe traducirse en acción concreta. El ONUSIDA vigila el avance mundial de la respuesta al SIDA de diversas maneras, y su Índice de esfuerzo del programa del SIDA es un instrumento para medir los progresos realizados a nivel de país. El Índice fue creado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Secretaría del ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Policy Project de los Estados Unidos, y lleva a cabo el seguimiento de los esfuerzos nacionales en 10 categorías programáticas diferentes, pero no mide resultados reales, como la cobertura de un servicio concreto.

La comparación de los resultados obtenidos en 2001 (40 países) con los de 2003 (54 países) puso de manifiesto una tendencia general de mejora (USAID *et al.*, 2003). Se realizaron progresos significativos en las cate-

Figura 45



gorías de tratamiento y atención, apoyo político, política y planificación, y recursos programáticos. Fueron especialmente notables las mejoras en cuanto a suministro de recursos y tratamiento y atención, puesto que esos elementos habían recibido la puntuación más baja en 2000 (véase figura 45). La creación del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el crecimiento de los niveles de financiación de los donantes bilaterales explican buena parte del aumento del componente recursos. La mejora en las iniciativas relacionadas con la atención se hace eco del nuevo énfasis que ponen los donantes internacionales en el acceso al tratamiento.

Compromiso y acción

En 2003, se recopilaban nuevos datos de 103 países para hacer el seguimiento *del compromiso y la acción nacionales*, así como del desarrollo y la aplicación de políticas (ONUSIDA, 2003d). Los datos muestran un aumento del número de países con estrategias

nacionales amplias y multisectoriales sobre el SIDA y de los órganos de coordinación nacional sobre el SIDA dirigidos por el gobierno. No obstante, la existencia de órganos y planes nacionales sobre el SIDA no necesariamente se traduce en una acción eficaz y concertada. Una conclusión llamativa fue que los recursos muchas veces no se invertían en las áreas programáticas de mayor impacto. Por ejemplo, en varios países de América Latina, los programas para consumidores de drogas intravenosas y varones que tienen relaciones sexuales con varones eran escasos aún cuando esas poblaciones presentaban tasas elevadas de infección por el VIH (véase el capítulo «Finanzas»).

En algunos países mejoró la planificación política y estratégica, pero la legislación se quedó atrás porque en los códigos seguían presentes leyes regresivas o contradictorias. A pesar de todo, en algunos países con este tipo de legislación se llevaron a cabo proyectos piloto de intercambio de agujas y jeringas, terapia de sustitución con meta-

Mejor gestión pública para unas respuestas más eficaces

Las actividades de desarrollo democráticas y eficaces dependen de la buena gestión pública, la plena participación de los ciudadanos, el estado de derecho, la transparencia, la capacidad de reacción de la comunidad, la creación de consenso, la equidad, la eficacia y la rendición de cuentas. Son cuestiones complejas e interrelacionadas, pero tienen aplicaciones concretas. Por ejemplo, los países con elevados niveles de participación popular generalmente tienen respuestas nacionales al SIDA más dinámicas. La presión enérgica de la comunidad VIH-positiva del país, de destacados profesionales del derecho y la sanidad y de muchas ONG nacionales e internacionales ha impulsado los recientes cambios en la política de tratamiento y atención de Sudáfrica. Un sistema de gobierno abierto y participativo ha permitido que la sociedad civil produjera un cambio positivo.

De la misma forma, el estado de derecho se basa en la legislación y las reglamentaciones y en ciudadanos plenamente conscientes de sus derechos y de la forma de protegerlos dentro de los marcos jurídicos y las políticas existentes (PNUD, 2002). La aplicación de los conceptos sobre el estado de derecho y la buena gestión pública a las actividades relacionadas con el SIDA favorece una planificación y ejecución democráticas. En 2002, el Secretario General de las Naciones Unidas creó una Comisión sobre el VIH/SIDA y la Gestión Pública en África para integrar la investigación aplicada, el diálogo político y el fomento de la sensibilización. La Comisión funciona dentro de la Comisión Económica para África en Addis Abeba (Etiopía). Empareja los conocimientos actuales adquiridos en las respuestas al SIDA con las deficiencias de conocimientos, y trabaja para hacer que la buena gestión pública sea pertinente para los responsables de formular y aplicar las políticas en África.

En la misma línea, el Programa del PNUD sobre VIH/SIDA y Desarrollo en Asia Sudoriental ha fomentado la buena gestión pública en las respuestas al SIDA en países como China, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam (PNUD, 2002). En Europa oriental, el PNUD promueve la creación de entornos abiertos e incluyentes, lo que comprende políticas integrales y multisectoriales, y asociaciones innovadoras que inspiren confianza y reduzcan el estigma para frenar la epidemia.

dona, y promoción del preservativo en locales de entretenimiento. En la Federación de Rusia, una reciente reforma del código penal permitió que los proyectos de reducción del daño funcionaran dentro de la legalidad. Lamentablemente, algunos obstáculos jurídicos notables siguen en pie, como la prohibición de la terapia de sustitución (ONUSIDA/Ministerio de Salud, 2003).

Los obstáculos jurídicos también están presentes en otras áreas. El informe de 2004 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Invertir el curso de la epidemia: datos y opciones de política sobre el VIH/SIDA en Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes*, señala que muchos organismos gubernamentales de la región no pueden transferir fondos a las cuentas de las ONG o subcontratar con ellas actividades del programa. Además, muchas ONG tienen sus propios problemas, como insuficientes conocimientos especializados y recursos, elevada rotación de personal, y desconfianza, no siempre justificada, en las autoridades. Para resolver esos problemas, el informe recomienda una mayor capacitación del personal, el diálogo entre los participantes estatales y no estatales y marcos jurídicos para las actividades de las ONG.

El liderazgo religioso ocupa un lugar preeminente

El liderazgo político en el campo del SIDA procede de todos los sectores de la sociedad. Por ejemplo, en diversas partes del mundo, varias comunidades religiosas han hecho contribuciones importantes. En África occidental, las autoridades musulmanas han obtenido la colaboración de los imanes locales, con su correspondiente peso moral. En Malí, respaldada por los Servicios de Población Internacional y USAID, la Liga Malinesa de Imanes y Eruditos Islámicos ha creado cuatro enseñanzas para la oración de los viernes en las que se da orientación sobre la prevención y se difunden mensajes de compasión para las personas que viven con el VIH (Development Gateway, 2003).

Mientras tanto, un sacerdote luterano argentino, el padre Lisandro Orlov, insta a las iglesias latinoamericanas a adoptar criterios más amplios

sobre sexualidad y VIH. En Nepal, en la Consulta Interconfesional sobre Niños, Jóvenes y SIDA de 2003, varias comunidades religiosas se comprometieron a incorporarse a la vanguardia de la respuesta al SIDA y a prestar atención, protección y apoyo a las personas infectadas y afectadas por el VIH.

La Iglesia Anglicana de Sudáfrica fomenta sistemáticamente la sensibilización sobre cuestiones relacionadas con el SIDA. En acontecimientos de importancia, el obispo anglicano Njongonkulu Ndungane ha puesto en tela de juicio las políticas del Gobierno sudafricano sobre los fármacos anti-retrovíricos y el SIDA en las prisiones. Mientras tanto, la ONG Musulmanes Positivos responde al estigma y la discriminación dentro de la comunidad sudafricana.

También han aparecido grupos religiosos que se han erigido en líderes en el terreno de la atención. En Durban (Sudáfrica), el swami Saradananda del Centro Ramakrishna se dedica desde hace mucho años al asesoramiento y atención de las personas que viven con el VIH o con SIDA, independientemente de su origen religioso. Estas actividades se han extendido a otros dispensarios hindúes y, en la actualidad, El Consejo Hindú de África trabaja en cuestiones relacionadas con el SIDA. Otro ejemplo es el programa de atención domiciliaria del Ministerio Samaritano de Nassau (Bahamas). El programa es una actividad interconfesional que capacita a los voluntarios de la comunidad para llegar a las personas que viven con el VIH y a sus familiares y seres queridos. Lleva ya 14 años de actividad y ha formado a más de 300 voluntarios.

Sociedad civil y movilización de la comunidad

Los grupos de la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil que surgen como respuesta al SIDA son un reflejo de la diversidad de los afectados por la epidemia. Todos tienen un papel decisivo para desempeñar. Las organizaciones de la sociedad civil a menudo tienen enfoques innovadores con respecto a la epidemia y pueden acelerar la distribución de fondos hacia las comunidades, aumentar la prestación de servicios del Estado y vigilar las políticas nacionales del gobierno.

Es especialmente necesaria la participación de las personas que viven con el VIH en todos los aspectos de la respuesta, desde la planificación y la toma de decisiones hasta la ejecución y la revisión (véase Foco de atención «El papel crucial de las personas que viven con SIDA»).

Por ejemplo, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha formado una asociación con la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH/SIDA. Sus actividades conjuntas se centran en la erradicación del estigma estableciendo vínculos entre las Sociedades de la Cruz Roja/Media Luna Roja locales y las organizaciones de personas VIH-positivas. El acuerdo también asegura que las personas que viven con el VIH tengan un papel importante en los programas de tratamiento antirretrovírico, especialmente ayudando a las personas a que accedan a la atención y observen el tratamiento.

Las organizaciones de la sociedad civil son más útiles y eficaces si pueden trabajar con los gobiernos, más que en paralelo a éstos. Ambas partes tienen que estar dispuestas a asociarse, pero crear un entorno positivo depende de los gobiernos. Entre los factores que permiten a estos grupos hacer su aportación se pueden mencionar el reconocimiento jurídico, los incentivos tributarios, las reglamentaciones de contratación racionalizada, y las reglas básicas acordadas para incluirlos en la toma de decisiones y el intercambio de información. Además, ambas partes deben adoptar medidas que aseguren la rendición de cuentas y la transparencia.

A nivel de la comunidad, los procedimientos administrativos del gobierno deben ser lo suficientemente sencillos para incluir a las ONG locales. En la India, una evaluación de intervenciones orientadas puso de manifiesto que para algunos organismos estatales era casi imposible trabajar con las organizaciones de base comunitaria debido a la rigidez de la determinación de costos y las directrices de rendición de cuentas de dichos organismos. Por ejemplo, las solicitudes de subvención debían incluir copia de los certificados oficiales de constitución de la organización, informes anuales y balances contables jurados de los últimos tres años.

Pocos grupos comunitarios pueden proporcionar esta información (Lenton *et al.*, 2003).

Algunos gobiernos han logrado mejorar la capacidad de las comunidades de usar sus propios recursos y aptitudes en las actividades relacionadas con el SIDA. Por ejemplo, la estrategia nacional de Malawi con respecto a los niños huérfanos por el SIDA alentó a los grupos de la comunidad a atender a los niños huérfanos. El país tiene ahora 97 grupos de base comunitaria de atención a los huérfanos y algunos de ellos ofrecen apoyo para escolarizar a los niños (ONUSIDA, 2003d).

Trabajar en asociación para responder al SIDA

Las autoridades nacionales del SIDA están recurriendo cada vez más a los foros de asociación formal para estimular la participación no gubernamental, ampliar el sentimiento de identificación nacional con la respuesta e incrementar la transparencia. Este criterio se desarrolló por primera vez en África, con la Asociación Internacional contra el SIDA en África. El concepto está ahora más extendido, pero los mejores ejemplos siguen encontrándose en África subsahariana. Por ejemplo, la Asociación Ugandesa sobre el SIDA es un mecanismo de coordinación nacional de nueve integrantes que trabajan en el campo del SIDA y representan a todas las partes interesadas en todos los niveles. Intercambian información, planean y coordinan actividades conjuntamente.

En la vecina Kenya, una revisión anual conjunta del Programa del SIDA efectuada por todas las partes interesadas apoya la respuesta multisectorial del país. La revisión fue llevada a cabo por primera vez en mayo de 2002 por el Consejo Nacional de Control del SIDA, grupos de la sociedad civil, donantes y otras partes interesadas. Entre otras ventajas, la revisión aporta al Gobierno una forma de vincular su plan estratégico con otros procesos importantes de formulación de políticas.

Tanto el Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA del Banco Mundial como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria se proponen hacer participar a la sociedad

de diversas maneras. El Programa funciona a través de sus cauces de financiación a las ONG, mientras que el Fondo Mundial exige explícitamente que las ONG participen en sus Mecanismos de Coordinación de País, que son los que preparan las propuestas de proyectos relacionados con el SIDA. Por ejemplo, en Marruecos, las ONG tienen la responsabilidad directa de la gestión del 30% del dinero asignado por el Fondo Mundial. Participan asimismo en muchas actividades del Ministerio de Salud y trabajan con organizaciones de la sociedad civil en la prestación de servicios locales.

El trabajo con la sociedad civil es un proceso constante de aprendizaje y adaptación para todos los que participan en él. Un estudio reciente de la Alianza Internacional contra el SIDA evaluaba la participación de las ONG en la primera ronda de concesión de fondos del Fondo Mundial. En él se puso de manifiesto que el compromiso gubernamental de trabajar con las ONG parecía un poco vacío. Al parecer, muchos cooperan con las ONG sólo para asegurar los fondos y después pierden interés en colaborar. El estudio también señaló que la mayoría de las ONG invitadas a participar en los Mecanismos de Coordinación de País tenían su sede en las capitales. Las organizaciones basadas en zonas rurales y las que trabajaban con poblaciones marginales estaban infrarrepresentadas. Además,

varios países manifestaron que sus comités nacionales del SIDA carecían de la capacidad de gestionar los desembolsos del Fondo Mundial destinados a las ONG.

Al mismo tiempo, muchas ONG no tenían recursos suficientes o conocimientos técnicos y de gestión. Algunas ONG estaban más ocupadas en competir entre sí que en forjar una voz unitaria dentro de la comunidad de ONG. Todos estos factores tenían una repercusión negativa en la capacidad de las ONG de participar en el proceso del Fondo Mundial. El estudio de la Alianza recomendaba que se diera apoyo técnico y financiero a las ONG para mejorar la creación de sus redes y su capacidad de participación. También hacía un llamamiento a los asociados gubernamentales para que adoptaran actitudes más positivas con respecto al trabajo con las ONG (Alianza Internacional contra el SIDA, 2002).

Participación del sector privado

Las empresas pueden contribuir a la respuesta al SIDA a diferentes niveles, en función de su tamaño, actividad industrial y ubicación. Pueden hacerlo de tres formas principales: programas en el lugar de trabajo, liderazgo y fomento del trabajo relacionado con el SIDA, y asociaciones con la comunidad para

La Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA: un líder empresarial en la respuesta al SIDA

La epidemia de SIDA afecta profundamente al sector empresarial mundial a través de su impacto en los trabajadores, los consumidores y los mercados. Un actor decisivo en este terreno es la Coalición Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA, que trabaja para aumentar la participación de las empresas en la respuesta mundial al SIDA. La Coalición trabaja con el Fondo Mundial, el ONUSIDA y otros asociados. Sus más de 130 empresas miembros proceden de diversos sectores, incluidos la minería, los productos de consumo, la electrónica, la energía, las finanzas, la producción de acero y los medios de comunicación.

La Coalición ayuda a las empresas a: ejecutar programas de prevención, atención y apoyo en el lugar de trabajo para el personal y la comunidad; usar la innovación y flexibilidad empresarial para hacer más eficaces los programas relacionados con el SIDA; y fomentar la sensibilización y el liderazgo empresarial para promover una mayor acción contra el SIDA y asociaciones con los gobiernos y las comunidades. En 2003, la Coalición y nueve de sus miembros anunciaron una nueva iniciativa para extender los programas relacionados con el SIDA en el lugar de trabajo a las comunidades donde operaban las empresas y transmitir conocimientos empresariales especializados al sector público, con el fin de aumentar el acceso a los servicios y reducir los costos iniciales y operativos.

una respuesta ampliada a la epidemia. Para conseguir la participación del sector privado a diferentes niveles, el ONUSIDA ofrece orientación técnica, negocia asociaciones y desarrolla mecanismos e instrumentos. Su estrategia se fundamenta en lo que da resultado, y uno de sus principales enfoques es lograr la participación de las asociaciones. Entre ellas figuran organizaciones empresariales, como la Coalición Empresarial Mundial sobre el SIDA y el Foro Económico Mundial; organizaciones cívicas, como la Asociación Rotaria Internacional; asociaciones/coaliciones empresariales; cámaras de comercio y sindicatos.

En los países muy castigados por el VIH están aumentando los programas relacionados con el SIDA en el lugar de trabajo; sin embargo, los empleadores y los sindicatos podrían tener un papel mucho más importante en la respuesta mundial al SIDA. Hasta la fecha, la mayoría de los proyectos en el lugar de trabajo se centran en la prevención y han proporcionado una experiencia útil. Por ejemplo, en Indonesia, la Organización Internacional del Trabajo y Aksi Stop AIDS (un proyecto de Family Health International) han puesto en marcha una campaña sobre el SIDA en el mundo del trabajo dirigida a los trabajadores, los empleadores y el Gobierno. Para finales de 2004, la campaña se propone llevar actividades de prevención del VIH a más de 900 000 trabajadores.

Algunas empresas multinacionales están poniendo en marcha programas en el lugar de trabajo de alcance mundial. Una de ellas es Standard Chartered Bank, con unos 30 000 empleados en más de 50 países. Es el banco internacional más grande en China y la India, y emplea a más de 5000 personas en 13 países africanos. Su actual programa de educación inter pares, « Vivir con el VIH », lo llevan a cabo voluntarios muy activos y se centra en los empleados VIH-positivos. Su propósito es ayudarlos a discutir lo que pueden hacer para vivir positivamente y cómo pueden acceder al apoyo práctico y psicológico.

En los países de elevada prevalencia, los esfuerzos en el lugar de trabajo consisten en integrar estrategias de prevención, tratamiento y atención. En Sudáfrica, las compañías mineras y de otro tipo

han sido líderes en el suministro de medicamentos a sus trabajadores. También están surgiendo iniciativas en otras partes de África. En el Camerún, la Comisión Nacional del SIDA y la asociación de empleadores del país ayuda a las empresas a obtener medicamentos esenciales, preservativos, antirretrovíricos a bajo costo y otros suministros para sus empleados. Esta asociación recibió un crédito de cuatro años del Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA del Banco Mundial y las empresas también han invertido fondos propios en ella (ONUSIDA, 2003c).

Liderazgo empresarial, fomento de la sensibilización y asociaciones

Algunas empresas van más allá de sus propios lugares de trabajo y se convierten en defensores más amplios de la causa del SIDA. Una empresa puede influir en sus proveedores y distribuidores, en empresas de otros sectores, en los grupos de consumidores, en comunidades y gobiernos. La Coalición Empresarial Tailandesa sobre el VIH/SIDA, American International Assurance (Tailandia) y el Consejo de Población han alentado directamente a 125 empresas tailandesas a poner en marcha programas de prevención del VIH ofreciendo una bonificación sobre las primas de los seguros de vida del 5% al 10% a las empresas con actividades de prevención en el lugar de trabajo.

La Global Reporting Initiative vincula el mundo del trabajo con cuestiones más amplias de gestión pública y ha elegido Sudáfrica para la primera fase de sus esfuerzos destinados a desarrollar normas internacionales para que las empresas y otras organizaciones preparen informes sobre el SIDA. Los asociados del proyecto son la Comisión de Valores de Johannesburgo, el Instituto de Censores Jurados de Cuentas de Sudáfrica, la Asociación de Actuarios de Sudáfrica, algunas de las empresas más importantes del país y representantes de otras partes interesadas como trabajadores, Gobierno y la Campaña de Acción por el Tratamiento (Cape Argus, 2003; GRI, 2003).

En los últimos años han surgido asociaciones público-privadas como forma de corregir el desequilibrio de fondos relacionados con el SIDA

Encuesta sobre el impacto del SIDA en las empresas

En 2004, el Foro Económico Mundial publicó los resultados de una encuesta mundial sobre la percepción y las respuestas de los líderes empresariales acerca del impacto del SIDA en sus empresas. La encuesta del Foro, el ONUSIDA y la Universidad de Harvard fue llamada « *Business and AIDS: Who me?* », y sus conclusiones más importantes revelaron que:

- menos del 6% de las empresas tiene políticas escritas y formalmente aprobadas sobre el VIH;
- el 47% de las empresas cree que el SIDA tiene, o tendrá, algunas repercusiones en sus negocios;
- el 20% de las empresas cree que el SIDA afecta o afectará seriamente a sus comunidades;
- el 16% de todas las empresas informa sobre los riesgos de infección por el VIH; y
- el 5% dice que facilita antirretrovíricos a todo el personal VIH-positivo.

Sólo el 28% de los ejecutivos opina que su respuesta a la epidemia es de alguna manera insuficiente. Sin embargo, el 56% de los que prevén que la epidemia tendrá graves repercusiones en sus negocios están insatisfechos con la respuesta de su empresa. El informe llega a la conclusión de que:

- las empresas no son particularmente activas en la contención del SIDA, a pesar de que consideran probable que la epidemia cause serios problemas en sus negocios;
- las empresas parecen tomar decisiones basadas en valoraciones bastante desparejas de los riesgos a los que se enfrentan; y
- las empresas parecen estar a favor de una respuesta social amplia a la epidemia, pero sólo un número reducido de ellas se considera actualmente parte esencial de esa respuesta.

Informe integro: www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Initiative%5CGHI+Global+Business+Survey

entre los países de ingresos bajos y medianos y los industrializados. La Iniciativa para la Aceleración del Acceso, la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización, la Coalición Internacional para el Acceso al Tratamiento del VIH y la Asociación Stop TB son ejemplos de ese tipo de asociaciones.

En los niveles nacionales y regionales, importantes empresas farmacéuticas participan en las asociaciones público-privadas más destacadas sobre el SIDA. En Botswana, el Ministerio de Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Merck Company crearon un programa de tratamiento antirretrovírico conocido como *Masa*, una palabra en setswana que significa « nuevo amanecer ». A principios de 2004, unos 14 000 pacientes recibían fármacos antirretrovíricos a través del programa (véase el capítulo « Tratamiento »).

En Rumania, una asociación público-privada en la que participan el Gobierno y seis grandes empresas farmacéuticas (Abbott Laboratories, Boehringer-Ingelheim, Bristol-Myers Squibb,

GlaxoSmithKline, Hoffman-La Roche y Merck and Co.) trabaja en el plan nacional de acceso a la atención y el tratamiento del SIDA. Según el plan, el Gobierno rumano asume los costos del tratamiento y la atención de los pacientes de SIDA en el presupuesto nacional, y las empresas acceden a reducir entre un 25% y un 87% el precio de ciertos fármacos o a donar drogas y medios para medir la carga vírica y el recuento de linfocitos CD4.

Las empresas también están formando asociaciones con organizaciones de la sociedad civil para responder al SIDA. Por ejemplo, en Namibia, Namdeb Diamond Corporation ofrece apoyo a la organización de personas que viven con el VIH *Lironga Eparu* (« aprender a sobrevivir »).

Llevar a cabo un trabajo multisectorial

Suscribir el principio de la multisectorialidad por medio de la implicación de los sectores público, privado y de la sociedad civil rentabiliza al máximo los recursos, financieros y de otro tipo, para la respuesta al SIDA en los países. Asimismo, permite

dejar de depender de la ayuda externa para las actividades relacionadas con el SIDA y dirigirse hacia la autonomía nacional. La Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 insta a las diferentes partes interesadas a participar activamente en las respuestas nacionales. En 2003, se preveía que los países establecieran y fortalecieran mecanismos de respuesta nacional haciendo participar al sector privado, las asociaciones de la sociedad civil, las personas que viven con el VIH y las poblaciones vulnerables clave.

El seguimiento del ONUSIDA indica que más del 90% de los países informantes han creado órganos multisectoriales nacionales para facilitar la coordinación respecto al SIDA entre el gobierno, el sector privado y la sociedad civil. El crecimiento de las comisiones nacionales del SIDA, los foros de asociaciones y grupos de trabajo liderados por el gobierno, los Grupos Temáticos ampliados de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y los Mecanismos de Coordinación de País del Fondo Mundial son testimonio de los esfuerzos sin precedentes para incorporar a diversos participantes en la respuesta nacional.

No obstante, en muchos países, el papel mal definido de los ministerios de salud y de los consejos nacionales del SIDA ha causado confusión y conflictos que han retrasado la aplicación de una estrategia nacional. Los ministerios gubernamentales con frecuencia tienen pocos incentivos para seguir la orientación de los mecanismos de coordinación nacional. Muchos perciben la cooperación como una amenaza porque pueden perder influencia y control presupuestario, lo que en ocasiones ha llevado a declaradas batallas jurisdiccionales entre los consejos nacionales del SIDA y los ministerios de salud. Además, en demasiados países, los representantes de la sociedad civil siguen sin participar en la toma de decisiones del alto nivel.

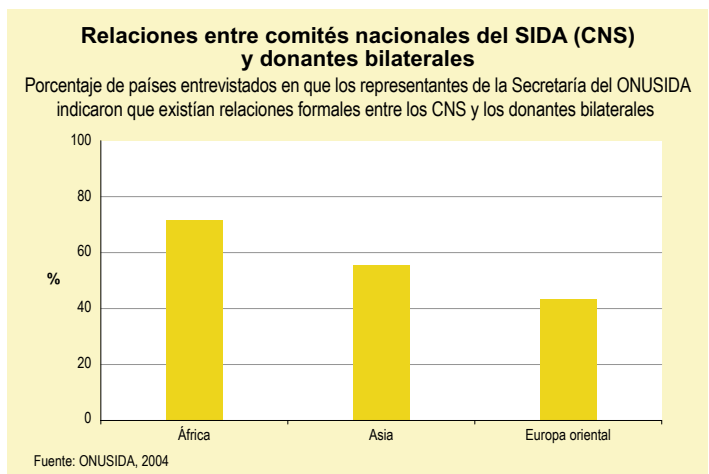
Por ejemplo, el Comité Nacional del SIDA de Bangladesh se formó como un órgano multisectorial, pero está dirigido por el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y no tiene un marco político o de gestión claro. Los otros ministerios lo consideraban una prolongación del Ministerio de Salud y no accedieron a participar en el proceso de coor-

dinación. Sin una influencia real, el Comité no funcionaba eficientemente; se reunió por última vez en 2002.

En Sri Lanka, hay una situación similar. La Comisión Nacional del SIDA está dirigida por el Ministerio de Salud y se centra en la ejecución de cuestiones relacionadas con la salud. La participación de los otros ministerios es baja y esporádica. Las experiencias de Bangladesh y Sri Lanka demuestran la necesidad de que los líderes nacionales del más alto nivel apoyen política y jurídicamente a los consejos del SIDA. Del mismo modo, los donantes bilaterales o multilaterales cuando apoyan a los órganos de coordinación sobre el SIDA, y se comunican con ellos, refuerzan la posición de los mismos en cuanto a líderes de las respuestas multisectoriales.

El apoyo firme de los donantes también aumenta la capacidad de las autoridades del SIDA de crear un sistema nacional de vigilancia y evaluación y de producir información estratégica. El Fondo Global y el Banco Mundial promueven este concepto en su trabajo sobre el SIDA, pero el apoyo bilateral es más irregular. Una encuesta de 2004 de la Secretaría del ONUSIDA encontró que el 71% de las autoridades nacionales del SIDA africanas tenía relaciones formales con iniciativas bilaterales. Pero en Asia, estos vínculos estaban establecidos sólo en el 56% de los países encuestados; y en Europa oriental, solamente en el 43% (véase figura 46).

Figura 46



El apoyo de los donantes bilaterales es esencial para el funcionamiento de auténticos órganos de coordinación nacional. Y éste es un principio especialmente importante puesto que muchos ministerios de salud desempeñarán un papel fundamental en el aumento mundial del tratamiento antirretrovírico. Los ministerios de salud no pueden gestionar solos esta enorme tarea. Para ampliar rápidamente el acceso a los fármacos antirretrovíricos, los consejos nacionales del SIDA deben tener un papel de coordinación sólido y hacer participar a los gobiernos locales y la sociedad civil.

Incorporación del SIDA en todas las actividades institucionales

Lo ideal es que las instituciones se ocupen de las cuestiones relacionadas con el SIDA por medio de su integración, asegurando que cada actividad pertinente que efectúen tenga algún elemento relacionado con el SIDA. Las principales líneas de acción abordan claros vínculos sectoriales de la respuesta al SIDA, al igual que las causas básicas de la propagación de la epidemia. Por ejemplo, los ministerios de educación deben introducir la educación sobre el SIDA en las escuelas. También tienen que asegurar el acceso igualitario de las muchachas a una educación más amplia que las capacite en la sociedad y, por tanto, reduzca su vulnerabilidad a la infección por el VIH.

La integración es una estrategia clave para convertir los compromisos mundiales en programas de desarrollo nacional. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de compromiso de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 han fijado un plan mundial. Para potenciar la ejecución de la integración, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial declararon en 2001 que integrar el SIDA en los marcos de desarrollo principales era prioritario. Sin embargo, a comienzos de 2004, en el 44% de los países africanos encuestados por la Secretaría del ONUSIDA no había participación de las comisiones nacionales del SIDA en los Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza, que es condición indispensable del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para el alivio de la deuda.

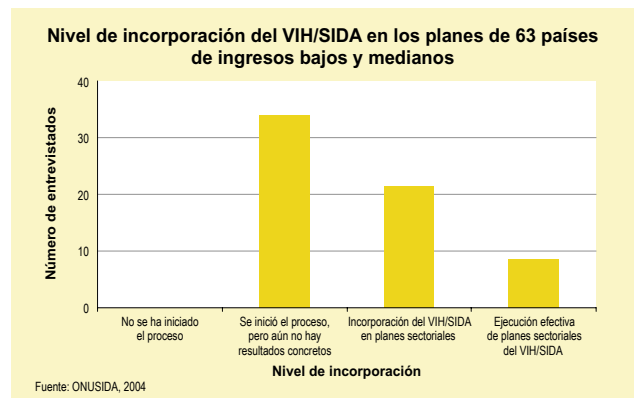


Figura 47

Incluso en los países que informan de un vínculo, éste, como mucho, es débil. Los análisis especiales efectuados por el ONUSIDA indican claramente la necesidad de asegurar que el SIDA sea tenido en cuenta en los Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza. A finales de 2003, en una encuesta del ONUSIDA realizada en 63 países se observó que todos los encuestados daban cuenta de que los sectores clave habían comenzado un proceso de integración, pero sólo un 13% había hecho progresos reales en la aplicación de planes sectoriales (véase figura 47).

Otro problema crónico es la financiación insuficiente del trabajo multisectorial. Los más altos niveles gubernamentales deben proteger los presupuestos para el SIDA, y los ministerios de economía deben asegurar que el dinero esté presupuestado y asignado a los ministerios prioritarios. Burkina Faso, Camerún, Guinea, Malawi, Mozambique, Uganda y Zambia tienen todos componentes del SIDA en sus Documentos de estrategia para la reducción de la pobreza. Pero las iniciativas relacionadas con el SIDA a menudo se abordan de manera superficial. En la encuesta del ONUSIDA, sólo 15 países tenían Documentos de estrategia en los que se incluían indicadores del VIH y el SIDA.

En Zambia, la integración del SIDA en todos los sectores del Gobierno es una prioridad. Por ejemplo, recientemente éste empezó a capacitar al personal del Ministerio de Agricultura y Cooperativas para alentarlos a incorporar en su

trabajo preocupaciones relacionadas con el SIDA. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) también participa contribuyendo a cambiar la percepción de que el SIDA es responsabilidad íntegra del Ministerio de Salud. La capacitación hace hincapié en el papel de la epidemia en la erosión de la seguridad alimentaria y se centra en la forma en que los funcionarios pueden mitigar su impacto con tecnologías y prácticas que ahorren mano de obra. Además, la capacitación muestra al personal la manera de conservar los conocimientos, acrecentar la igualdad entre los sexos, mejorar la alimentación de los trabajadores que viven con el VIH y promover redes de seguridad económica y alimentaria (FAO y Gobierno de Zambia, 2003).

En Ghana, un acuerdo de integración innovador pone los diferentes fondos sectoriales para el SIDA en manos de la Comisión del SIDA de Ghana. Cada ministerio debe contribuir a la integración con el 5% de los costos presupuestarios. La Comisión del SIDA de Ghana no libera el 95% restante hasta que los gestores de los sectores lo hayan acordado. Este arreglo asegura que los ministerios participen en el proceso de integración (Else y Kuntegule, 2003).

Pero la multisectorialidad no es una fórmula idéntica para todos. La naturaleza tan variada de la epidemia hace imposible resolverla por medio de directrices mundiales detalladas. En los países de alta prevalencia, la epidemia afecta a toda la sociedad. Las comisiones nacionales del SIDA y otros órganos coordinadores deben actuar como « consejos de guerra » e implicar directamente a la jefatura del Estado. Los países con prevalencia baja también requieren firmes respuestas multisectoriales de prevención y atención y deben usar las ventajas comparativas de los diferentes ministerios para abordar la epidemia.

En varios países de baja prevalencia de Asia y Europa oriental, los ministerios de salud aún consideran al SIDA su « territorio ». Sin embargo, no tienen la voluntad o la fuerza de catalizar, influir o dirigir la respuesta amplia necesaria. En estas regiones, hay muchos ejemplos de comisiones

interministeriales, pero por lo general sólo tienen una función consultora.

Descentralizar las regiones, comunidades y distritos y darles capacidad de decisión

La descentralización es una de las estrategias principales usadas para mejorar la buena gestión pública y la aplicación de programas de desarrollo. En este proceso, los gobiernos centrales delegan poderes y responsabilidades en instituciones administrativas inferiores. La descentralización apunta a establecer una toma de decisiones más democrática, equitativa y localmente responsable. Como consecuencia, el proceso inspira un sentimiento de « identificación nacional », junto con la participación de la sociedad civil y el sector privado en la planificación de políticas.

Sin embargo, muchas veces la descentralización de la respuesta al SIDA es algo vacilante. Los gobiernos están acostumbrados a trabajar con estructuras jerárquicas estrictas y las ventajas de incluir a las comunidades no siempre están claras. Al mismo tiempo, las comunidades no suelen tener las estructuras representativas o la capacidad administrativa necesarias para participar con eficacia. Quizá sea necesaria una mayor capacitación y facilitación en ambos extremos para que trabajen con eficacia entre sí (Mpanju-Shumbusho, 2003).

A pesar de los problemas, la descentralización relacionada con el SIDA es una realidad en diversos países. Papua Nueva Guinea, Uganda y la República Unida de Tanzania han descentralizado con buenos resultados sus respuestas nacionales en los niveles comunitario y doméstico. De la misma forma, en Marruecos se crearon comités multisectoriales del SIDA regionales y provinciales para desarrollar planes estratégicos locales, coordinar las actividades y efectuar el seguimiento de su puesta en marcha. En Burkina Faso, Etiopía, Kenya y Uganda, el Programa Multinacional sobre el VIH/SIDA del Banco Mundial ha contribuido a que los programas de prevención y atención lleguen a las comunidades y los hogares. En Ghana, el Programa financia la Iniciativa Respuesta por

7

Distrito del país, que descentraliza la respuesta al SIDA en 27 distritos.

El PNUD hace hincapié en la necesidad de descentralizar los esfuerzos relacionados con el SIDA. En Camboya, su Programa de Mejora Comunitaria trabaja con el Ministerio de Asuntos Rurales para alentar a las comunidades (distritos locales) a elaborar planes de desarrollo en lugar de que el Gobierno asigne determinada cantidad de fondos a cada comuna para actividades uniformes. Este programa incluye la capacitación local para recolectar y analizar los datos sobre el SIDA usados para apoyar la planificación y el seguimiento. En un reciente ciclo de planificación, la mayoría de los concejales de la comuna identificó el SIDA como una prioridad local y manifestó su disposición a crear planes de atención y prevención detallados.

Las experiencias de diversos países demuestran que es necesaria la inversión financiera y política para crear órganos de coordinación de distrito y locales eficaces. A nivel local, las diferencias en materia de capacidad plantean desafíos, tal como sucede en gran medida a nivel nacional. Existe ahora la necesidad urgente de desarrollar formas innovadoras de abordar las cuestiones relacionadas con la capacidad en todos los niveles de los sistemas sanitarios, especialmente en las categorías inferiores del personal. Esta situación se hace más urgente a medida que se amplía el acceso a la terapia antirretrovírica.

Armonización y coherencia

Las relaciones entre los donantes y los países receptores, y entre los donantes entre sí, pueden tener un impacto poderoso sobre la forma en que se ejecuta la respuesta nacional. Algunos donantes tienen sus propios planes que no guardan relación con las prioridades nacionales, o con las acciones de otros donantes. Sin embargo, es algo que está cambiando, especialmente cuando los donantes y los países establecen un diálogo constructivo. En febrero de 2003, se llegó a un acuerdo decisivo cuando los altos cargos de unos 50 países y más de 20 instituciones multilaterales y bilaterales de desarrollo hicieron pública la Declaración de Roma sobre Armonización, que reconoce que la ayuda de

los donantes impone altos costos de transacción en los receptores.

Los donantes pueden mitigar este problema coordinando sus estrategias y requisitos de información, y ayudando a los países asociados a dirigir sus propios procesos de desarrollo. La armonización se facilita por medio de la creación de marcos de acción nacional sobre el SIDA que alinean a todos los asociados. Los enfoques sectoriales amplios suelen ser prometedores para desarrollar los sectores de salud, educación y agricultura. Dichos enfoques coordinan las inversiones en torno a un plan estratégico conjunto de desarrollo nacional con un marco financiero-administrativo acordado y un sistema de presentación de informes.

En Malawi, últimamente han mejorado de manera notable los mecanismos de financiación de la lucha contra el SIDA, cuando en junio de 2003 el Gobierno y cuatro donantes internacionales (Canadá, Noruega, el Reino Unido y el Banco Mundial) establecieron un acuerdo de financiación conjunto de US\$ 72 millones para 2003-2008. Este acuerdo funciona con arreglo al sistema tradicional de financiación de donantes para fines específicos. Dentro de él, la Comisión Nacional del SIDA puede destinar partidas a sus áreas de prioridad nacional.

Si es necesario reasignar fondos para adaptarse a cambios de planes imprevistos, los costos de transacción de los donantes pueden reducirse porque todos los participantes funcionan con un plan de trabajo, mecanismos de financiación y formatos de información técnica comunes. Por primera vez, el acuerdo de Malawi ha permitido al Banco Mundial crear un fondo común para el SIDA. Se prevé que el sistema dual de fondo común y fondos reservados de la Comisión Nacional del SIDA ofrezca suficientes frenos y equilibrios que ayuden a crear un mecanismo nacional más eficaz de financiación de actividades relacionadas con el SIDA.

En Myanmar, el Programa Conjunto sobre el VIH/SIDA demuestra que pueden obtenerse, armonizarse y desembolsarse fondos procedentes de múltiples donantes incluso en circunstancias

políticas difíciles. El partido del Gobierno y la oposición consideran el SIDA una emergencia social y han pedido financiación a los donantes. El sistema de las Naciones Unidas, debido a su posición excepcional, encabezó la creación del Programa Conjunto 2003-2005 y, en conexión con él, el Fondo para el VIH/SIDA en Myanmar. En conjunto, los programas están distribuyendo US\$ 24 millones (principalmente de Noruega, Suecia y el Reino Unido) para proyectos relacionados con el SIDA que forman parte de un plan de trabajo integrado, diseñado y puesto en marcha por órganos gubernamentales, la sociedad civil y organismos de las Naciones Unidas.

La gestión del flujo de fondos

Se destinan cada vez más fondos a la respuesta mundial al SIDA, y usarlos con eficacia es cada vez más importante (véase el capítulo «Finanzas»). Esto es parte integral de mejorar la gestión pública, especialmente la transparencia (ver cómo y por qué se toman las decisiones) y de la rendición de cuentas (hacer que los responsables de la toma de decisiones asuman tanto las decisiones como las consecuencias de éstas).

En muchos países, los acuerdos de financiación multisectorial para el SIDA se han topado con serios problemas. Se han visto aquejados de una planificación deficiente así como de falta de papeles y arreglos de trabajo claramente definidos entre los órganos de coordinación nacional sobre el SIDA, los ministerios responsables de aplicar la mayor parte de los programas sobre el VIH (en general, salud y educación) y el Ministerio de Economía, que gestiona el dinero. El resultado es que muchos planes de acción no disponen de una financiación plena y, por tanto, nunca se aplican del todo.

Otro problema son las prácticas rígidas o anticuadas de asignación de fondos, que contribuyen al fenómeno de los « programas configurados por el dinero ». Por ejemplo, en algunos países de la antigua Unión Soviética, las prácticas contables de los gobiernos no han acabado de evolucionar desde la época soviética. En varios países de Asia central, en los hospitales y dispensarios estatales

sólo pueden utilizarse recursos sanitarios del gobierno. Por tanto, los programas periféricos de las ONG no pueden conseguir ni distribuir equipos de prevención del VIH personales, como jeringas o agujas estériles, preservativos, desinfectantes y estuches de pruebas.

En Kazajstán, por ejemplo, buena parte de los fondos para el SIDA de los gobiernos central y locales siguen absorbidos por los programas de pruebas en gran escala. Esto ocurre a pesar de que el Programa Nacional de Respuesta al SIDA 2001-2005 reclamaba un equilibrio entre las actividades de prevención, análisis y tratamiento del VIH. Esta discrepancia tiene lugar porque no hay una partida presupuestaria para la prevención, y, cambiar las cosas, requiere un decreto específico del Gobierno. Por tanto, no pueden ponerse en marcha actividades de prevención financiadas por el Estado. Un problema conexo es la tendencia de muchas organizaciones de servicios sobre el SIDA de centrarse en las pruebas: la única actividad que recibe fondos gubernamentales. Los recientes fondos extrapresupuestarios adicionales, incluida una subvención de dos años de US\$ 6,5 millones del Fondo Mundial que incluye actividades de prevención, han servido de ayuda, pero subsiste el desequilibrio general.

Para que la financiación sea eficaz, tiene que ser continua. En el Paraguay, el Programa Nacional del SIDA suministra actualmente terapia antirretrovírica a 300 personas. Sin embargo, cada año el tratamiento se detiene durante varios meses debido al déficit de financiación (ONUSIDA, 2003d). Asimismo, en el estado indio de Andhra Pradesh, una reciente evaluación puso de manifiesto que las ONG del lugar se enfrentan a serias demoras a la hora de recibir fondos (Lenton *et al.*, 2003).

Los « tres unos »

En abril de 2004, en una reunión celebrada en Washington, DC copresidida por el ONUSIDA, el Reino Unido y los Estados Unidos, se alcanzó un acuerdo histórico entre los donantes y los países de ingresos bajos y medianos para colaborar de forma más eficaz con miras a ampliar las respuestas nacionales al SIDA. Los participantes adoptaron tres

principios básicos, denominados los « tres unos », para la acción concertada a nivel de país:

- un marco acordado de acción sobre el SIDA que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los asociados;
- un órgano de coordinación nacional del SIDA con un mandato multisectorial de base amplia; y
- un sistema acordado de vigilancia y evaluación a nivel nacional.

En esos tres principios se han combinado los conceptos de identificación nacional, multisectorialidad, integración, armonización y coherencia. Su objetivo es aumentar el ritmo de la respuesta al SIDA y promover la utilización más eficaz de los recursos esclareciendo las funciones y relaciones pertinentes. El proyecto comprende un marco acordado de acción sobre el SIDA, que consiste en un plan estratégico concebido a nivel nacional para la coordinación de las asociaciones y los mecanismos de financiación.

El órgano nacional de coordinación sobre el SIDA debe tener validez jurídica, un sólido mandato multisectorial de base amplia y un mecanismo de supervisión democrático para que funcione con eficacia. Es responsable de gestionar las acciones de los asociados dentro del marco. El órgano de coordinación también debe tener un liderazgo político nacional aglutinador para facilitar los acuerdos de asociación que permitan aplicar y revisar el marco de acción. Muchos países sostienen que existen consejos nacionales del SIDA y planes estratégicos nacionales, pero sólo unos pocos cumplen los criterios específicos antes descritos.

Aún más rara es la existencia de un sistema acordado de vigilancia y evaluación que proporcione un mecanismo único de rendición de cuentas de los diversos acuerdos de financiación, que vigile la eficacia del programa del SIDA y que dé la información estratégica necesaria para adaptar el marco de acción (ONUSIDA, 2003a).

Fortalecer las capacidades

La epidemia de SIDA funciona como un círculo vicioso, castigando más duramente a los países con

la capacidad de respuesta más débil. En mucho de ellos, el SIDA está destruyendo la capacidad técnica y administrativa más rápido de lo que ésta puede regenerarse. Esto crea una crisis sin precedentes de los recursos humanos y socava muchos de los logros conseguidos en décadas anteriores en el terreno del desarrollo. En partes de Uganda y Malawi, el Banco Mundial informa de que casi la tercera parte del conjunto de los maestros es VIH-positiva. En la República Centroafricana, el SIDA es responsable del 85% de los 340 fallecimientos de maestros entre 1996 y 1998.

Incluso antes de que surgiera el VIH, los sistemas de servicios públicos de los países de ingresos bajos y medianos tenían dificultades para satisfacer las necesidades de sus ciudadanos. En el sector de la atención de salud, los problemas incluían deficientes estructuras de prestación; recursos humanos insuficientes; servicios, funciones, conocimientos técnicos y protocolos mal definidos; y una gestión y administración inadecuadas. En buena parte de África subsahariana, el SIDA ha convertido estas debilidades en crisis. En Malawi, un estudio reciente del impacto indicó que entre 1990 y 2000 fallecieron 1462 empleados del sector de salud. En una revisión de 2004 de 50 países de ingresos bajos y medianos, representantes del 95% de las oficinas de la Secretaría del ONUSIDA en África dijeron que la falta de personal sanitario dificultaba seriamente la respuesta al SIDA (véase figura 48).

En Asia, el 67% de los representantes informó de dificultades de recursos sanitarios, frente al 47% en América Latina y el Caribe (véase figura 48). Estos países se enfrentan a un aumento significativo de la demanda de servicios de salud. También afrontan una carga de enfermedad mayor con el resurgimiento de otros problemas sanitarios relacionados, como la tuberculosis, la desnutrición, la diarrea y la neumonía. De hecho, algunos países de África subsahariana informan de que los pacientes con SIDA ocupan el 60-70% de las camas hospitalarias. Esto hace muy difícil que los pacientes con otras afecciones reciban el tratamiento y atención necesarios.

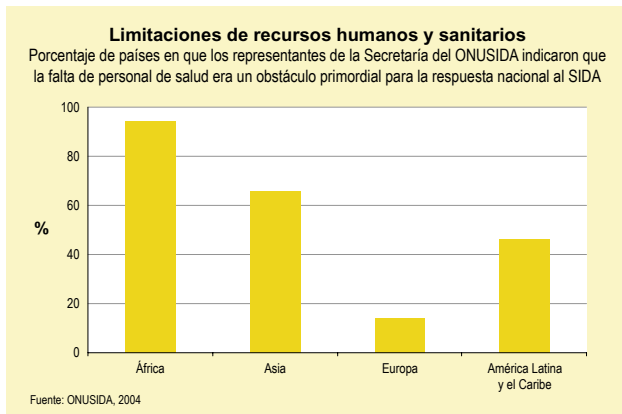


Figura 48

Mantener la capacidad existente y detener la fuga de cerebros

El desarrollo de medios de acción requiere financiación y compromiso político, pero también exige una visión más amplia que combine medidas de emergencia a corto plazo con otras a largo plazo y el fortalecimiento sostenido de las instituciones públicas fundamentales. El requisito más inmediato es preservar la capacidad existente manteniendo a las personas con vida y sanas. En los países africanos más afectados, no hay otra medida para detener más rápida y directamente el declive de la capacidad que la de proporcionar tratamiento y atención (Piot, 2003). Al mismo tiempo, los esfuerzos habrán de centrarse en usar al máximo la capacidad existente mientras se aceleran las iniciativas de tratamiento del VIH. Una amplia variedad de recursos comunitarios sin explotar (en especial las personas que viven con el VIH) tendrán que compensar los déficit en materia de personal calificado formal.

Además, es necesario hacer esfuerzos especiales para reducir la « fuga de cerebros », eso es, la migración de funcionarios capacitados a países más desarrollados. Este fenómeno es más evidente en sectores de la salud de África meridional, donde los médicos y enfermeros emigran a Australia, Europa, los países del Golfo, Japón y los Estados Unidos. Esos países ofrecen a este tipo de trabajadores una alternativa atractiva a las pobres condiciones y los bajos salarios que caracterizan a sus respectivos sistemas de atención de salud.

Sudáfrica es un país especialmente castigado por el éxodo de médicos y enfermeros que se van a otros trabajos mejor pagados en el extranjero (Thomson, 2003; OIM, 2003). La Asociación de Médicos Sudafricanos calcula que hasta 5000 profesionales han abandonado el país en los últimos años. La Organización Democrática de Enfermería de Sudáfrica sostiene que cada mes se marchan 300 enfermeros capacitados. Zambia es otro país muy castigado; tiene sólo 400 médicos en activo. En otra época, tenía 1600 (Lauring, 2002).

Algunos países, como el Reino Unido, han establecido códigos de conducta para impedir estos « fichajes » Mejorar las condiciones de trabajo y los salarios en los países afectados también puede hacer que los profesionales sanos no se marchen al extranjero. Un programa de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), denominado « Migración para el Desarrollo en África », ayuda a los países africanos a alentar a sus emigrantes calificados para que regresen y a retener a los profesionales que, de lo contrario, tendrían la tentación de irse. El programa funciona en Benin, Cabo Verde, Ghana, Kenya, Rwanda y Uganda (OIM, 2003b).

Reconstituir y mejorar los medios de acción

La capacitación deficiente de nuevos profesionales de la salud es otra cuestión de importancia. En algunos casos, el sistema de capacitación previo al ejercicio profesional en los países más castigados se ha desmoronado completamente. Por ejemplo, en Malawi, la escuela de enfermería estatal cerró en 2003 debido a la falta de fondos, y la facultad de medicina se enfrenta a una crisis de presupuesto similar. La Iniciativa para la Capacidad de África Meridional, del PNUD, está examinando formas de desarrollar una capacidad sostenible entre sectores. Las tecnologías de la información también contribuyen a que los sistemas sanitarios hagan más con menos personal capacitado. El PNUD también promueve enfoques no tradicionales para contener la pérdida de trabajadores en todos los sectores. Como ejemplos se pueden mencionar la concesión de la prestación de servicios públicos a

7

organizaciones de la sociedad civil u ONG internacionales para lograr mejor calidad y mayor motivación. De igual modo, se puede contratar al sector privado para prestar servicios públicos.

En Botswana, diversas estrategias apoyan el programa de tratamiento antirretrovírico *Masa*. El país no tiene suficientes profesionales capacitados para atender los servicios en expansión. Se han contratado profesionales extranjeros para dispensar la atención y el tratamiento tan necesitados y para desarrollar la capacidad local a través de un programa de formación ejecutado en colaboración con la Asociación Instituto Harvard-Botswana para el SIDA. El Ministerio de Salud de Botswana tiene además un programa de capacitación llamado *Kitso* (« conocimiento » en setswana). A mediados de 2003, más de 700 personas de todos los niveles (aproximadamente un 10% de la fuerza de trabajo del sector público sanitario) habían recibido capacitación específica sobre el SIDA. También se ha capacitado a los médicos privados y al personal de salud de los hospitales gestionados por las grandes compañías mineras. Además, un programa de « mentores » invita a expertos en VIH de instituciones internacionales punteras para asesorar al personal nacional (ONUSIDA, 2003e).

La OMS trabaja con el Organismo Alemán de Cooperación Técnica para ayudar a instituciones africanas y europeas a convertirse en « centros de conocimientos » sobre tratamiento del SIDA y prevención del VIH para la transferencia de conocimientos especializados y la capacitación a nivel regional. En Uganda, se ha creado un centro de conocimientos con el Centro Mixto de Investigación Clínica y otros proveedores de capacitación destacados. Hasta ahora, ha brindado capacitación práctica a los trabajadores de la salud ugandeses y últimamente ha comenzado a ofrecer oportunidades de desarrollo de capacidades a otros países de la región. En Europa oriental y África occidental se han creado centros de conocimientos similares.

Información estratégica para la formulación de políticas y la programación basadas en datos

La información estratégica es toda información que pueda guiar de manera útil las decisiones de política y programación. Los responsables de formular las políticas que se enfrentan a decisiones y disyuntivas difíciles planteadas por el SIDA

Cooperación Sur-Sur: el Brasil, a la vanguardia

La cooperación entre países de ingresos bajos y medianos (la cooperación « Sur-Sur ») puede dar un apoyo decisivo a las respuestas nacionales, especialmente al desarrollo de medios de acción. El Brasil destaca en este tipo de cooperación, sobre todo entre los países de habla portuguesa de África y entre las naciones de América central y del Sur. En 2001, el Organismo Brasileño de Cooperación creó una asociación con las Naciones Unidas para transmitir la experiencia brasileña en salud reproductiva y en prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual a otros países de ingresos bajos y medianos (SELA, 2003).

Uno de los ejemplos es un proyecto de tres años con Mozambique para mejorar la calidad de la información sobre SIDA y salud reproductiva destinada a los jóvenes, especialmente a través de asociaciones de jóvenes e instituciones que trabajan con éstos. El proyecto recibe el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y cuenta con muchas ONG y asociados bilaterales.

El Brasil también colabora con Bolivia, Colombia, la República Dominicana, el Salvador y el Paraguay y los ha ayudado a conseguir fármacos antirretrovíricos por valor de US\$ 1 millón para apoyar proyectos piloto dirigidos a tratar a las personas que viven con el VIH. En junio de 2003, funcionarios y expertos rusos visitaron el Brasil con el propósito de aprender de su experiencia en el suministro de tratamiento y de la cooperación del Gobierno y la sociedad civil en los programas escolares de prevención del VIH para jóvenes.

Información estratégica

La inversión de los países y la comunidad mundial para crear y usar información estratégica es fundamental para hacer retroceder el curso de la epidemia. Los responsables de formular las políticas y los planificadores de programas, las comunidades y los países deben basarse en los datos para tomar decisiones informadas sobre las mejores líneas de acción.

- Los sistemas de vigilancia fortalecidos respaldan los esfuerzos para situar claramente el SIDA en los planes de desarrollo de los países, y pueden señalar dónde debe mejorarse la programación y centrarse en hacer lo más útil.
- El trabajo explícito de investigación de operaciones detecta los puntos fuertes y las debilidades para mejorar la prestación de programas para lograr el máximo impacto.
- La vigilancia y la evaluación ayudan a los países y la comunidad mundial a evaluar los progresos realizados en la consecución de las metas y objetivos de la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. También contribuyen a que los países avancen en el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener e invertir el curso de la epidemia de VIH para 2015.
- Los grupos focales, las entrevistas de informantes clave, la elaboración de mapas sobre posibles lugares de intervención, las encuestas, las revisiones de la bibliografía científica, los estudios de caso y la recopilación de pruebas empíricas de los programas pueden ser fuentes importantes de información para la adopción de decisiones.

necesitan orientación política informada y basada en datos. Por ejemplo, las decisiones sobre la introducción de estrategias adecuadas de reducción del daño o diferentes combinaciones de prevención de la transmisión sexual deben estar informadas y basarse en datos claros de lo que da resultado.

Por ejemplo, si bien se ha demostrado que el intercambio de agujas reduce la transmisión del VIH y ayuda a que los consumidores de drogas intravenosas entren en contacto con los servicios sanitarios y sociales, aún es demasiado pronto para evaluar la eficacia de los centros de inyección supervisados, resueltos a reducir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas que corren mayor riesgo de exponerse al VIH. En otros casos, las decisiones sobre la forma de promover la abstinencia sexual, el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, la reducción del número de parejas sexuales y el fomento del uso del preservativo tienen que tomarse en función de pruebas científicas sobre la eficacia de cada estrategia en diferentes contextos y las perspectivas de los jóvenes y los adultos sobre lo que podría dar mejor resultado.

Para que las políticas y programas se hagan eco de la realidad de la epidemia, los países deben tener la capacidad de seguirla de cerca y analizar sus tendencias, comprender los patrones de comportamiento, medir el impacto económico y social, efectuar el seguimiento de los indicadores de programa, evaluar los progresos realizados y llevar a cabo la investigación de las operaciones para perfeccionar los programas. La eficacia de las respuestas nacionales a corto y a largo plazo dependen por igual de saber qué datos se necesitan y cómo recopilarlos, analizarlos y traducirlos en información estratégica para avanzar en los planes de política y asegurar una programación más eficaz. En muchas partes del mundo debe fortalecerse esta capacidad de tomar « decisiones informadas y basadas en datos ».

Durante 2003, el ONUSIDA colaboró con asociados como la OMS, los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos, Family Health International, East-West Center y The Futures Group International con miras a desarrollar y aumentar la capacidad nacional para elaborar modelos y estimaciones de la epidemia. Se capacitó a más de 300

representantes de programas nacionales del SIDA e instituciones de investigación de 130 países en la adquisición de conocimientos prácticos para obtener, validar e interpretar datos relacionados con el VIH y en la utilización de metodología de elaboración de modelos para mejorar las estimaciones del VIH y el SIDA.

Mejorar la vigilancia

La vigilancia tradicional se ocupa de recopilar información sobre la prevalencia del VIH, los casos de SIDA y la mortalidad por esa enfermedad. La vigilancia de segunda generación recoge información sobre los comportamientos de riesgo. Ambas ayudan a los países a evaluar el curso de sus epidemias y a decidir las respuestas estratégicas. Como ejemplos se pueden mencionar la encuesta nacional en gran escala de comportamientos de la India, de 2001-2002, y el Proyecto de Vigilancia de Segunda Generación del ONUSIDA, financiado por la Comunidad Europea y ejecutado en asociación con la OMS y ocho países de África, Asia, y América Latina y el Caribe.

Incluir a las ONG en las actividades de vigilancia contribuye a proporcionar acceso a las poblaciones difíciles de alcanzar. En Viet Nam y México, las ONG facilitaron el acceso a los consumidores de drogas intravenosas a efectos de investigación comportamental. En la República Dominicana, la asociación de profesionales del sexo MODEMU y la organización de varones gay Amigos Siempre Amigos ofrecieron entrevistadores inter pares (OMS/ONUSIDA, 2003).

Recientemente, Indonesia efectuó un estudio de vigilancia comportamental que cubría casi la mitad de las provincias y todas sus poblaciones clave de alto riesgo: varones que compran relaciones sexuales, profesionales del sexo (mujeres, varones y transexuales), consumidores de drogas intravenosas, varones que tienen relaciones sexuales con varones y jóvenes de alto riesgo. Se elaboraron estimaciones provinciales sólidas sobre el número de personas en riesgo de infectarse por el VIH y ya infectadas. Esto permitió a los responsables de formular las políticas, los grupos de la comunidad, las ONG y las

comisiones locales de control del SIDA adaptar la programación existente a las condiciones reales. Por ejemplo, los programas de reducción del daño ahora se centran en el riesgo de las relaciones sexuales y el consumo de drogas intravenosas, puesto que se comprobó que muchos varones consumidores de drogas intravenosas —hasta un 70% en una ciudad importante— tenían relaciones sexuales no protegidas con profesionales del sexo. Además, los programas de promoción del preservativo ponen un renovado énfasis en llegar a los posibles clientes de los profesionales del sexo.

Investigación de operaciones

La investigación de operaciones recopila y analiza información a medida que se aplican y se amplían los programas. Utiliza un enfoque sistemático de aprendizaje práctico y recoge información de forma que ayude a los gestores y diseñadores de los programas a sacar el máximo provecho de ella.

Las cuestiones clave para la ampliación del tratamiento son: cuál es la mejor manera de evitar que se agoten las existencias de fármacos; los elementos más útiles de los programas de educación de la comunidad sobre tratamiento; cómo mantener la observancia del tratamiento; las tareas que pueden efectuar los proveedores de atención y las necesidades de capacitación; cómo mantener bajos los costos; qué seguimiento de laboratorio es esencial; y cómo medir los efectos clínicos del tratamiento y el retorno a la función normal. Por ejemplo, el Senegal vigiló la observancia del tratamiento antirretrovírico en relación con los costos originados directamente por los pacientes. Cuanto más pagaban en proporción a sus ingresos, menos observaban el tratamiento los pacientes. Estas conclusiones llevaron al Senegal a tomar la decisión de introducir un programa antirretrovírico de acceso universal y gratuito.

La investigación de operaciones preventivas puede centrarse en muchos aspectos diferentes de la programación, como comparar los resultados de diversos métodos de ofrecer pruebas del VIH y evaluar los efectos de la programación de la prevención en el estigma. La integración de la prevención

y el tratamiento puede influir en la eficacia de los mismos. Por ejemplo, los programas de tratamiento antirretrovírico de Khayelitsha (Sudáfrica), Masaka (Uganda) y Cange (Haití) han contribuido a apoyar las actividades de prevención dejando constancia de que los miembros de la comunidad estaban más dispuestos a hacerse la prueba del VIH (véase el capítulo «Prevención»).

Vigilancia y evaluación de las respuestas nacionales y locales

Las prioridades más importantes del ONUSIDA son informar sobre el impacto de la respuesta mundial y desarrollar la capacidad del país para efectuar una vigilancia y evaluación creíbles. El ONUSIDA, para llevar adelante este plan, proporciona vínculos innovadores entre vigilancia, investigación de evaluación y seguimiento financiero.

La vigilancia y evaluación son esenciales para determinar si los programas llegan a las poblaciones destinatarias y cumplen sus objetivos. Esta información es necesaria para reunir más recursos demostrando por medio de datos que el dinero se emplea bien. También ayuda a perfeccionar nuestras intervenciones para que éstas logren el máximo impacto, a seguir el aumento del acceso a los servicios y a apoyar las necesidades de información de los nuevos asociados, como el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Sin embargo, la falta de capacidad técnica y recursos dificulta la acción en esta esfera fundamental.

En septiembre de 2003, el ONUSIDA publicó su primer *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA*. En él se decía que el 75% de los 103 países entrevistados consideraba la insuficiencia de capacidad un serio obstáculo para informar de manera fiable sobre indicadores nacionales tales como las políticas sobre el VIH en el lugar de trabajo, la cobertura del tratamiento antirretrovírico y el acceso a los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil. Solamente un 43% de los países informantes tenía un plan nacional de vigilancia y evaluación, y sólo el 24% un presupuesto nacional dedicado a estas actividades (ONUSIDA, 2003d).

Iniciativas mundiales

Cuando se preparó el borrador de la Declaración de compromiso de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001, se encomendó al ONUSIDA la evaluación de los progresos realizados en la consecución de las metas y objetivos definidos. En estrecha colaboración con sus asociados en el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Vigilancia y Evaluación, se concretaron indicadores « básicos » para que los países los utilizaran para medir los progresos. Por primera vez, podían compararse entre países datos sistematizados de muchas áreas fundamentales: niveles de sensibilización con respecto al SIDA, disponibilidad de servicios de prevención y tratamiento, reducción de los comportamientos de riesgo, niveles de inversiones financieras e impacto de las nuevas infecciones.

Se han hecho progresos en cuanto a compromiso político y entornos de política mejorados, pero ha habido carencias en lo concerniente a derechos humanos y recursos humanos. La cobertura de los servicios de prevención y tratamiento también sigue siendo sumamente baja. El segundo informe sobre los avances realizados aparecerá en 2005 y medirá los progresos efectuados en una lista ampliada de objetivos de prestación de servicios, incluida la iniciativa « tres millones para 2005 » de la OMS/ONUSIDA.

Alentadas por el ONUSIDA, durante los últimos tres años las diversas partes interesadas han llegado a un consenso sobre los indicadores mundiales de las distintas intervenciones de respuesta integrales. Pero esto es sólo el comienzo. Es hora de centrarse en la capacidad del país de medir estos indicadores y de usar esta información para mejorar los programas con el fin de que funcionen eficazmente.

Desarrollar la capacidad de los países

Para desarrollar la capacidad de los países es necesario un enfoque integral que incluya la formación, la asistencia técnica, el acceso a directrices y medios mejorados y la colaboración con los países para que recluten personal nacional experto en actividades de vigilancia y evaluación. El ONUSIDA y

El Sistema de información de la respuesta nacional (CRIS): apoyo a la gestión de la información nacional sobre el SIDA

El ONUSIDA ha encabezado los esfuerzos para dotar a los países de un medio de gestión de bases de datos fácil de usar, diseñado para fortalecer la gestión de la información estratégica y su análisis a nivel nacional. Este instrumento almacena bases de datos de indicadores, de búsqueda de proyectos y recursos, y de investigaciones a nivel nacional. La base de datos está alojada en las comisiones nacionales del SIDA (o equivalentes). Desde octubre de 2002 a abril de 2004, un ambicioso programa de capacitación con 18 talleres y más de 100 países participantes presentó el CRIS como un nuevo instrumento dentro de los marcos de vigilancia y evaluación de los países.

Su criterio por módulos permite que se almacenen indicadores nacionales y subnacionales, así como información sobre programas. El primer módulo indicador está en inglés, francés, español, ruso y chino y fue lanzado en junio de 2003. A finales de 2003 y principios de 2004, se ensayó el módulo de búsqueda de recursos en Indonesia, Kenya y Uganda. El módulo de búsqueda de investigaciones, apoyado económicamente por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, fue ensayado en Bangladesh y Uganda. El lanzamiento de estos módulos está programado para mediados de 2004 con el fin de completar la herramienta de bases de datos integradas.

A final de 2003, en 25 países ya se usaba el CRIS para almacenar y analizar datos. La información procedente de los informes nacionales se verá reflejada en el informe de 2005 sobre los progresos realizados en la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas.

El ONUSIDA, en asociación con otros organismos de las Naciones Unidas y otros asociados estratégicos, ha hecho grandes esfuerzos para facilitar la transferencia de datos entre los medios existentes y los nuevos. Un formato común de transmisión de indicadores —un sistema de transferencia XML— asegurará la transferencia de datos fácil entre el Sistema del CRIS, DevInfo del UNICEF y HealthMapper de la OMS.

otros asociados, como el Gobierno de los Estados Unidos, han llevado a cabo sesiones de capacitación regional a nivel mundial. Esas sesiones utilizan un plan de estudios sistematizado para crear expertos en el terreno de la vigilancia, enseñar el uso de bases de datos informatizadas y formas de presentar datos complejos a diferentes públicos.

El Equipo Mundial de Vigilancia y Evaluación del SIDA (GAMET), con sede en el Banco Mundial, se centra en ayudar a los países a buscar y contratar personal local de vigilancia y evaluación y a desarrollar las oficinas de vigilancia y evaluación en funcionamiento. Para asesorar y ayudar en estos esfuerzos, el ONUSIDA y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos están enviando grupos de expertos a países clave. Allí aprovecharán las iniciativas existentes y se ocuparán de las deficiencias fundamentales de información sobre vigilancia y evaluación.

Un buen ejemplo de la ampliación de la capacidad nacional es el Sistema de Información de la Respuesta por Distritos de Zimbabwe, con sede en las Oficinas del Comité de Acción contra el SIDA por Distritos. Está vinculado a las oficinas de los subdistritos de la comunidad y a los organismos de ejecución (organizaciones no gubernamentales, hospitales de misiones y ministerios pertinentes), así como a la sede central y las oficinas provinciales de la Comisión Nacional del SIDA. En el terreno, los trabajadores de primera línea y los comités de aldea de acción contra el SIDA recopilan datos que se validan en reuniones mensuales de todos los trabajadores de primera línea de las aldeas. La Comisión Nacional del SIDA trabaja con el ONUSIDA, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y la Universidad de Zimbabwe para definir una serie de indicadores nacionales normalizados. El Sistema aportará datos

de indicadores al Sistema de información de la respuesta nacional (véase el recuadro p. 173).

Desafíos del nuevo plan de acción


Solamente se logrará una respuesta eficaz si los países encabezan y ejecutan su propia respuesta dentro de los límites de sus fronteras. La asistencia internacional (de las organizaciones de las Naciones Unidas, donantes, proveedores de fondos bilaterales, fundaciones y otros) es importante. Pero ésta solamente tendrá eficacia si se incorpora dentro de una respuesta nacional. Las piedras angulares de las respuestas nacionales quedan perfectamente compendiadas en el concepto de los « tres unos ».

La clave del éxito es un liderazgo nacional fundamentado en procesos que incluyen y dan poder de decisión a todos los niveles de la sociedad civil, particularmente las mujeres. Una y otra vez, los ejemplos de éxito nacionales son una clara muestra de este proceso de inclusión y participación. Además, las respuestas sólo se tornan verdaderamente eficaces si *todas* las actividades se distribuyen armónicamente entre *todos* los participantes clave. Con demasiada frecuencia ocurre exactamente lo contrario. Las respuestas a nivel internacional y nacional son fragmentadas, puntuales o incluso desordenadas.

Por último, en los sistemas internacional y nacional se producen importantes atascos, lo cual dificulta la transferencia de fondos y otros recursos a las partes interesadas clave que mejor pueden utilizarlos. A menudo, ciertos factores burocráticos mantienen bloqueados los fondos a nivel nacional. En otros casos, los intentos para conseguir la participación de miembros de la comunidad son un mero escaparate, porque tales participantes quizá no tengan fácilmente las oportunidades o conocimientos para intervenir en la respuesta, y frecuentemente no tienen el poder de decisión necesario para participar efectivamente en los procesos de adopción

de decisiones que los afectan. En última instancia, esto significa que la energía y compromiso de las personas que están en la primera línea de la respuesta no están bien encauzados.

Entre los desafíos del futuro figuran los siguientes:

- fortalecer y sostener el liderazgo nacional en la lucha contra el SIDA;
- armonizar las respuestas multisectoriales, las actividades de los donantes y la vigilancia y evaluación para que los países puedan tener unas respuestas nacionales exitosas;
- producir datos científicos e información estratégica para guiar la respuesta;
- aumentar la capacidad de los países para utilizar los fondos –nacionales e internacionales– asignados para el SIDA;
- establecer mecanismos de rendición de cuentas para seguir los recursos y demostrar que se utilizan al máximo de su potencial;
- crear mecanismos para que la sociedad civil y el mundo empresarial contribuyan a la respuesta al SIDA de forma coherente, a través de asociaciones público-privadas;
- examinar y, si es necesario, revisar los instrumentos y políticas de desarrollo (cierto número de instrumentos acordados internacionalmente se han aplicado de forma imperfecta e incoherente –alivio de la deuda, eliminación de aranceles, Documentos estratégicos para la reducción de la pobreza, etc.– y tienen el potencial de mejorar las políticas de salud, la gestión pública y las instituciones en relación con el SIDA); y
- asegurar que la descentralización sea una piedra angular de las respuestas nacionales al SIDA (hay que transferir la responsabilización y la capacidad del nivel nacional a los niveles regional, de distrito y comunitario). 

Foco de atención

El VIH y los conflictos: un problema mundial creciente

En muchas regiones del mundo se producen graves conflictos armados periódicamente. En 2003, se identificó a más de 72 países como inestables, y como resultado de diversos conflictos en todo el mundo hubo más de 42 millones de refugiados y personas desplazadas internamente (IASC, 2003).

Por lo general, las poblaciones que huyen de emergencias complejas tales como conflictos armados afrontan la miseria y escasez de alimentos. Su situación empeora porque a menudo no tienen acceso a atención de salud, sea porque los sistemas han quedado colapsados o simplemente porque en las zonas que acogen a los refugiados no existe ningún tipo de asistencia. Por ejemplo, en la guerra de 1998-2001 en la República Democrática del Congo, el 80% del « exceso de muertes », estimado en 2,5 millones, fue consecuencia de la malnutrición, las enfermedades transmisibles y otros factores agravados por el conflicto violento (IRC, 2001).

Estos conflictos también pueden crear condiciones que aumentan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como el SIDA, y pueden asimismo favorecer su propagación. Esto puede ocurrir tanto durante el propio conflicto como después de su fin. En algunos casos, los conflictos armados contribuyen a aumentar los niveles de VIH o alteran las tendencias de distribución del virus.

En otras circunstancias, los conflictos parecen haber actuado como un freno para la epidemia. Esto ha llevado a considerar que es muy posible que la mayor vulnerabilidad se produzca durante el periodo posterior al conflicto, normalmente frágil. El estudio de distintas situaciones pone de manifiesto que las relaciones entre el VIH y los conflictos son mucho más complejas y variadas de lo que se pensaba anteriormente, y que son claramente específicas del contexto.

Sea como fuere, los países que se encuentran en un proceso de recuperación tras un conflicto armado necesitan integrar la respuesta al SIDA en sus programas de recuperación: particularmente las actividades de prevención del VIH. Sin esto, y sin un aumento significativo del apoyo internacional, la infección por el VIH puede ganar rápidamente terreno y hacer peligrar los esfuerzos nacionales de recuperación tras una guerra y el desplazamiento de población que ésta provoca. Del mismo modo, las actividades relacionadas con el SIDA deberían integrarse en los programas de asistencia a los refugiados y otros programas humanitarios.

Factores en los conflictos que pueden favorecer la propagación del VIH

Los datos de que disponemos indican que los niveles de VIH entre ciertas poblaciones y regiones dentro de un país a veces pueden aumentar durante un conflicto armado, juntamente con las emergencias complejas que éste crea. Se cree que el genocidio de 1994 en Rwanda contribuyó a la expansión de la epidemia a las zonas rurales, que con anterioridad al conflicto estaban menos afectadas. Esto se produjo porque las poblaciones urbanas y rurales se mezclaron en los campos de refugiados de los países vecinos.

Los conflictos armados pueden aumentar la posibilidad de exposición a la infección por el VIH de las diversas maneras siguientes:

- Desplazamiento de población: con frecuencia los conflictos hacen que una población muy numerosa huya de la zona en guerra, lo que la desarraiga de su lugar de residencia habitual. Cuando las personas se desplazan de un entorno de prevalencia del VIH baja a otro de prevalencia elevada, es inevitable que

afronten un mayor riesgo de exposición al VIH. Además, los movimientos de población rápidos perturban el funcionamiento de las redes sociales y de las instituciones que generalmente la protegen y apoyan. Igualmente, el desplazamiento suele situar a las personas en circunstancias caóticas en las que el acceso a los preservativos y otros medios de prevención puede ser limitado

- Desmoronamiento de las normas sexuales tradicionales: las condiciones caóticas asociadas a los conflictos suelen conducir a la desintegración de los valores y normas tradicionales con respecto al comportamiento sexual, lo que contribuye a un aumento general del riesgo de exposición al VIH (Hankins et al., 2002).
- Mujeres y niñas: los conflictos armados pueden crear unas condiciones de privación tan acentuada que las mujeres y las niñas, en particular, se vean obligadas a cambiar relaciones sexuales por dinero, alimentos o protección. Con frecuencia la presencia de muchos varones de uniforme armados equivale al nacimiento de una industria del sexo floreciente, con el consiguiente aumento del riesgo de VIH para los profesionales del sexo y el personal de los servicios uniformados (véase el capítulo «Prevención»).
- La violación como « arma de guerra »: en diversos conflictos recientes –incluidos Bosnia y Herzegovina, la República Democrática del Congo, Liberia y Rwanda– los combatientes han utilizado la violación como un arma de guerra. En un estudio realizado en Rwanda se puso de manifiesto que el 17% de las mujeres que habían sido violadas dieron resultado positivo en la prueba del VIH, en comparación con el 11% de las mujeres que no habían sufrido violación (ONUSIDA/ACNUR, 2003). En algunos conflictos, los muchachos jóvenes y los niños también han sido víctimas de violación.
- Colapso de los sistemas de salud: cuando los conflictos armados provocan el mal funcionamiento y el colapso de los sistemas de salud, la seguridad de los suministros nacionales de sangre resulta amenazada y los programas de prevención y atención del VIH pueden desintegrarse.

Situaciones de conflicto: prevención entre los servicios uniformados y el personal de mantenimiento de la paz

En todo el mundo hay más de 25 millones de personas que sirven en las fuerzas armadas, aunque si se tiene en cuenta a los miembros de la protección civil y las fuerzas paramilitares esa cifra podría aproximarse a los 50 millones. La mayor parte del personal de las fuerzas armadas son varones y mujeres jóvenes de 20 a 30 años de edad, y como tales constituyen uno de los grupos profesionales más afectados por el SIDA.

Generalmente, el personal de los servicios uniformados tiene una actitud característica de adopción de riesgos que puede exponerlos a un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH. Los soldados y el personal de mantenimiento de la paz habitualmente están destinados lejos de sus familias y comunidades durante largos periodos de tiempo, de modo que se los aparta de la disciplina social que normalmente prevalecería en sus comunidades de origen. Durante los conflictos, los encuentros sexuales de común acuerdo y no consensuados suelen aumentar, mientras que la observancia de las medidas de prevención generalmente decae.

Los datos disponibles sobre los casos de SIDA entre los servicios uniformados son escasos. No obstante, generalmente las estimaciones indican que las infecciones de transmisión sexual entre el personal de los servicios uniformados podrían ser por lo menos el doble de las que presenta la población general. En algunos países donde el VIH está presente desde hace más de 10 años, las fuerzas armadas comunican tasas de infección del 50-60%. Incluso en la pacífica Botswana, uno de cada tres miembros del personal militar da resultado positivo en la prueba del VIH. En 1995, la prevalencia del VIH en el ejército de Camboya era del 5,9%, mientras que en 1997 aumentó al 7%. Estos niveles de prevalencia están produciendo pérdidas significativas en la continuidad

del nivel de mando, reduciendo la capacidad de preparación militar, repercutiendo en elevados costos de reclutamiento y adiestramiento, y por último debilitando algunos servicios uniformados nacionales.

Los países responden

Afortunadamente, los soldados también son un « público cautivo » acostumbrado a adquirir nuevos conocimientos especializados, a seguir órdenes y a tomar la iniciativa. Esto los convierte en unos excelentes agentes potenciales para el cambio y en ejemplos de conducta para otros jóvenes. Mundialmente, los militares y otros servicios uniformados han empezado a responder al SIDA dentro de sus filas. Un número creciente de países, incluidos Botswana, Chile, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia, Ucrania y Zambia, han establecido medidas preventivas dentro de sus fuerzas armadas. Esas medidas van desde la educación sobre prevención hasta la distribución de preservativos. El Brasil, la República Dominicana, Mozambique, el Perú y el Uruguay se han comprometido a llevar a cabo actividades similares tras la firma de acuerdos de asociación de sus respectivos ministerios de defensa, interior y salud con el ONUSIDA.

Se han utilizado con éxito diversos enfoques. Por ejemplo, las Fuerzas de Defensa Popular de Uganda han instaurado « Clubes posteriores a la prueba » para aumentar la sensibilización sobre el VIH y reducir el estigma asociado al virus. Esos clubes de pruebas están abiertos a todos los que se han sometido a la prueba del VIH, independientemente del resultado, y su objetivo es infundir esperanza por medio del apoyo a las personas que viven con el VIH y sus familias. La prevalencia del VIH en el ejército ugandés se redujo de más del 10% en 1990 a menos del 7% en 2003. En Camboya, una marca de preservativos comercializados desde 1997 específicamente entre el personal militar ha ayudado a reducir los encuentros sexuales sin protección entre los soldados camboyanos y los profesionales del sexo, pasando del 70% al 54%.

Se han iniciado proyectos parecidos entre el personal no militar. En Myanmar, por ejemplo, el ONUSIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Care International y el Ministerio de Asuntos Internos están colaborando en un programa de prevención orientado al personal de la policía y sus familias. Lituania está ejecutando actividades semejantes entre sus fuerzas policiales y guardias fronterizos.

Durante 2002-2003, el ONUSIDA promovió y apoyó activamente otras iniciativas similares en más de 40 países. Mientras tanto, la Oficina del ONUSIDA sobre SIDA, Seguridad y Respuesta Humanitaria ha desarrollado un conjunto de medidas integrales para la programación, capacitación y fomento de la sensibilización. La capacitación se centra en impulsar la sensibilización sobre el VIH, estimular la prevención, eliminar la violencia sexual y fomentar la igualdad entre los sexos, los derechos humanos, la distribución de preservativos y los servicios de atención y apoyo para el personal VIH-positivo.

Prevención entre el personal de mantenimiento de la paz

En 2004, el Departamento de las Naciones Unidas de Operaciones para el Mantenimiento de la Paz estaba participando en 15 misiones en todo el mundo, con un personal compuesto por más de 45 000 miembros procedentes de más de 89 países. El ONUSIDA y el mencionado departamento de las Naciones Unidas están poniendo a punto una respuesta al SIDA en todas las principales operaciones de mantenimiento de la paz. Su finalidad es prevenir el VIH entre el personal de mantenimiento de la paz y ayudar a sus miembros a actuar como impulsores de la sensibilización sobre el VIH en todos los lugares adonde se los destine. La Tarjeta de Sensibilización sobre el VIH/SIDA para Operaciones de Mantenimiento de la Paz forma parte integral de la estrategia desarrollada por el ONUSIDA y el departamento de las Naciones Unidas, y ha sido traducida a 11 idiomas. Contiene mensajes básicos sobre el VIH, así como códigos de comportamiento pertinentes para el personal civil y militar de mantenimiento de la paz.

Sin embargo, siguen encontrándose diversas dificultades en la aplicación de las estrategias sobre el SIDA en los entornos de las operaciones de mantenimiento de la paz. En primer lugar, la capacitación sobre el VIH necesita adaptarse a las múltiples culturas representadas por el personal de dichas operaciones. En segundo lugar, la capacitación la imparten oficiales, pero no existe ningún mecanismo para asegurar que esa información llegue a los rangos inferiores.

En 2004 se establecieron cinco nuevas misiones de mantenimiento de la paz, y el ONUSIDA y el departamento de las Naciones Unidas están colaborando para velar por que el SIDA sea abordado en las misiones y en cada uno de los países que contribuyen con tropas antes de su despliegue.

- Aumento en el uso de sustancias: para superar el caos causado por los conflictos, algunas personas –incluidos los niños– pueden buscar alivio en un mayor consumo de alcohol, o bien decantarse por tomar otras sustancias psicoactivas, incluidas la cola y drogas ilícitas. La inyección de drogas es un fenómeno que es especialmente probable que aparezca cuando los conflictos desarticulan las vías de suministro de drogas que generalmente se ingieren, se inhalan o se fuman. Esto puede hacer que se introduzcan drogas más probable de inyectarse (Smith, 2002; Strathdee et al., 2002; Hankins et al., 2002).

El VIH y los conflictos: una relación compleja

Mayor vulnerabilidad durante conflictos

Los expertos que estudian la propagación del VIH en las situaciones de conflicto a menudo han creído que existe una correlación directa entre conflicto y riesgo de VIH. No obstante, este mayor riesgo no necesariamente se plasma en un aumento de la infección. A pesar de ello, durante la guerra civil de 10 años de Sierra Leona, muchos de estos indicadores indirectos apuntaban que el aumento del riesgo se traducían efectivamente en un aumento de las infecciones por el VIH.

- Indicios de niveles de VIH elevados: El Gobierno de Sierra Leona estima que la prevalencia del VIH entre profesionales del sexo fue del 27% en 1995 y del 71% en 1997 (Kaiser *et al.*, 2003). Mientras tanto, en el mismo periodo, la vigilancia efectuada en los dispensarios prenatales del país puso de manifiesto un aumento en la prevalencia del VIH del 4% al 7%. Estos hallazgos se hacían eco de otros estudios que indicaban que el 11% del personal de mantenimiento de la paz que regresaba a Nigeria desde Sierra Leona era VIH-positivo: más del doble de la prevalencia del VIH que presentaba Nigeria por aquel entonces (Smith, 2002).
- Poca concienciación sobre el VIH: Entre el personal de mantenimiento de la paz y los soldados del ejército nacional encuestados, solamente el 23% podía mencionar al menos tres vías de transmisión del VIH; el 38% declaró no estar preocupado por el SIDA; y tan sólo el 39% dijo haber utilizado un preservativo en su último encuentro sexual (McGinn *et al.*, 2001).
- Niveles de violencia sexual elevados: En un estudio efectuado en 2001 se encontró que el 9% de las mujeres desplazadas por conflictos armados habían sido agredidas sexualmente (ONUSIDA/ACNUR, 2003). Otros informes señalaron que los miembros de las milicias rebeldes violaban sistemáticamente a las muchachas y mujeres (Salama *et al.*, 1999).

¿Pueden actuar a veces los conflictos como frenos para contener la epidemia?

Recientemente, se ha llevado a cabo una investigación más rigurosa sobre las relaciones entre los conflictos y el riesgo de infección por el VIH. En unos pocos casos, los resultados dan a entender que, en algunas condiciones de conflicto, la transmisión del VIH puede ciertamente reducirse. En Sierra Leona, una vez terminaron las hostilidades, el Gobierno creó una asociación con el Banco Mundial y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos para efectuar una encuesta nacional sobre la prevalencia del VIH y el comportamiento de riesgo. El estudio de 2002 confirmó niveles bajos de conocimientos relacionados con el VIH y niveles altos de violencia sexual.

Pero contrariamente a los indicadores indirectos que insinúan un aumento en la infección por el VIH, el estudio también encontró unas tasas de infección por el VIH mucho más bajas (1-4%) que las observadas anteriormente durante el conflicto. Una explicación parcial de este fenómeno la tendríamos en el hecho de que, durante la guerra, los movimientos dentro del país, la migración y el

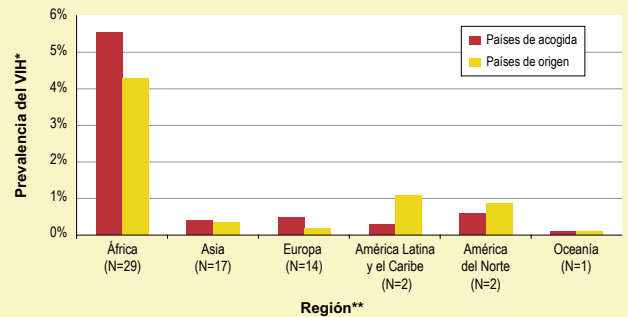
comercio transfronterizo se volvieron sumamente difíciles. Esto ayudó a « aislar » Sierra Leona de la creciente epidemia de VIH en África occidental. En la encuesta de 2002, alrededor del 90% de la población se quedó en el país como personas desplazadas internamente; solamente el 10% huyó a los países vecinos. Por consiguiente, en este caso, el aumento en el riesgo de infección por el VIH que se había traducido en una prevalencia del VIH elevada entre los profesionales del sexo no se tradujo realmente en un aumento sostenido de la infección entre la población general.

La experiencia de otros países ha aportado hallazgos similares. Por ejemplo, Bosnia y Herzegovina fue una zona en guerra desde 1992 hasta 1995, y a pesar de ello continuó presentando una prevalencia del VIH muy baja (el 0,0003% de la población en 2001). Esto fue así pese a que la guerra desplazó a muchas personas y hubo niveles muy altos de violencia sexual (Cavaljuga, 2002). Si el VIH ya no es prevalente en un país en conflicto, el virus no puede aprovecharse de las condiciones conducentes a su propagación. Además, los conflictos pueden hacer que una población sea menos móvil, y por tanto existen menos posibilidades de toparse con el VIH que en tiempos de paz.

Los refugiados y el VIH

Millones de personas huyen de los conflictos armados para buscar refugio en grandes campos de refugiados. Desafortunadamente, muchos de ellos,

Prevalencia del VIH por país de acogida y país de origen, por región, 2003



*Medias ponderadas: país de acogida por tamaño de la población, país de origen por tamaño de la población refugiada
**N = países de acogida con $\geq 10\,000$ refugiados
Fuente: ACNUR, 2004

Figura 49

particularmente mujeres y niñas, sufren pobreza, falta de poder, inestabilidad social y abuso sexual (Lubbers, 2003). Como los refugiados son vulnerables desde el punto de vista socioeconómico y cultural, se da por sentado desde hace mucho tiempo que hacen frente a un mayor riesgo de exposición al VIH. Sin embargo, como ocurre en algunas situaciones de conflicto prolongado, datos recientes indican que es posible que no desarrollen niveles más altos de infección por el VIH.

Entre 2001 y 2003, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y sus asociados midieron la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que se encontraban en más de 20 campos con aproximadamente un total de 800 000 refugiados en Kenya, Rwanda, Sudán y Tanzania. Entre los resultados hallados, destaca que en tres de los cuatro países, las pobla-

Obtención de estimaciones de la prevalencia del VIH en situaciones de conflicto

En los países con epidemias generalizadas, la mayoría de las estimaciones nacionales de la prevalencia del VIH se basan en datos de la vigilancia que determinan la prevalencia a lo largo del tiempo entre las mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales centinela seleccionados. Si el funcionamiento de esos dispensarios resulta perjudicado durante las situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, pueden utilizarse encuestas basadas en la población. Si la participación es demasiado baja, esas encuestas pueden subestimar los niveles de infección. Sin embargo, pueden llegar mucho mejor a las poblaciones rurales, que por lo general presentan niveles de VIH inferiores que las poblaciones urbanas. Estas encuestas también incluyen a varones y mujeres que no están embarazadas. La encuesta de Sierra Leona (mencionada más arriba) estuvo basada en la población, lo que en parte puede explicar por qué la prevalencia del VIH era más baja después del conflicto que en anteriores encuestas de vigilancia centinela (Spiegel, 2003).



Figura 50

ciones refugiadas presentaban una prevalencia del VIH significativamente más baja que la de las comunidades vecinas. En el noroeste de Kenya, por ejemplo, el 5% de las mujeres refugiadas eran VIH-positivas, en comparación con una prevalencia del VIH del 18% en la población circundante del país receptor. En el cuarto país, el Sudán, los campos de refugiados y la comunidad anfitriona tenían tasas de infección parecidas (Lubbers, 2003).

Algunas discrepancias en la prevalencia del VIH entre los refugiados y las poblaciones de los países receptores obedecen a diversas razones. Históricamente, los países de origen africanos y asiáticos de la mayor parte de los refugiados han presentado por lo general una prevalencia del VIH menor que la de los países de acogida (véase figura 49). Los refugiados suelen vivir en campos situados en zonas rurales remotas y tienen poca libertad de movimiento, lo que puede reducir su contacto con la población del país receptor, en particular en las zonas rurales con elevada prevalencia. Además, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales han puesto a punto programas de prevención del VIH orientados a las poblaciones de refugiados. Esto reduce potencialmente el riesgo de exposición al VIH a través de la actividad sexual, el equipo de inyección contaminado y los suministros de sangre sin analizar.

Angola es un caso especial. Cuando terminó el conflicto angoleño, en abril de 2002, el país tenía una prevalencia del VIH notablemente inferior

(5-10% en Luanda y 1-3% en las zonas rurales) que otros países de África austral. Una vez más, si se hace la comparación con los países circundantes, un conflicto prolongado puede haber actuado como freno para contener la propagación del VIH en Angola. A medida que los refugiados eran repatriados desde Namibia y Zambia, entre la población angoleña surgieron falsos rumores de que hasta el 70% de los recién llegados eran VIH-positivos. Esos rumores produjeron una gran

ansiedad pública justificada por el miedo de que los refugiados repatriados podían propagar el VIH y poner en peligro la recuperación del país.

De hecho, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) utilizó indicadores indirectos de la prevalencia del VIH para demostrar que esa tasa entre los refugiados repatriados era mucho más baja que la de las poblaciones receptoras circundantes en Namibia y Zambia. Los programas activos de prevención del VIH instaurados en los campos de refugiados hicieron que los refugiados repatriados en realidad tuvieran un mejor conocimiento del VIH que el promedio de angoleños. Efectivamente, la capacitación en materia de prevención impartida en los campos de refugiados pudo contribuir realmente a que los refugiados repatriados pasasen a ser un importante recurso para la prevención del VIH en Angola (Spiegel y de Jong, 2003).

La vigilancia del VIH y las emergencias

La experiencia acumulada en Angola y Sierra Leona pone de manifiesto que en las situaciones de emergencia se necesitan una investigación, supervisión y vigilancia del comportamiento más intensas y mejores. La creciente comprensión de las complejas relaciones entre el VIH y los conflictos explica que algunos factores que reducen el riesgo relacionado con el VIH (por ej., una movilidad reducida y una prevención orientada mejorada)

puedan entrar en competencia con factores que aumentan el riesgo. Entre los factores clave del equilibrio entre estas fuerzas en pugna figuran el grado de interacción entre los refugiados y las poblaciones del país receptor; el tipo de interacción, incluido el alcance de la violencia sexual; y la respectiva prevalencia del VIH de estos grupos (véase figura 50). Por consiguiente, se requiere una vigilancia cuidadosa para proporcionar orientación sobre las respuestas programáticas y de política apropiadas en distintos contextos.

Mejorar la vigilancia del VIH en las situaciones de emergencia es una tarea difícil, pero los organismos que trabajan en esas situaciones necesitan convertirlo en una prioridad. Una vigilancia eficaz requiere conocer la prevalencia del VIH en las zonas en las que las poblaciones afectadas vivían antes del desplazamiento. También necesita disponer de información comportamental y biológica posterior al desplazamiento sobre las infecciones por el VIH entre las personas desplazadas y las comunidades receptoras circundantes. Por último, es necesario que tenga un enfoque subregional con una coordinación e intercambio de información mejorados; asimismo, debe tener en cuenta el ciclo completo del desplazamiento, incluida la repatriación.

La vigilancia biológica y comportamental ayuda a los organismos a comprender mejor los factores que aceleran y reducen la transmisión del VIH, y facilita unas respuestas programáticas más eficaces. La vigilancia del VIH no es fácil de llevar a cabo durante la fase aguda de una emergencia. Sin embargo, es posible obtener estimaciones indirectas de la prevalencia del VIH a partir del análisis de las donaciones de sangre, y desglosar los resultados por edad y sexo. En situaciones posteriores a conflictos, la vigilancia centinela proporciona una información que responde mejor a la población general en conjunto (Spiegel, 2003).

Emprender una acción eficaz

Hasta hace poco, los organismos que intervienen en situaciones de conflicto dedicaban poca atención a la prevención, atención y vigilancia del VIH en casos de emergencia. No obstante, la crisis

de Rwanda de 1994 les ayudó a comprender que tanto las personas no desplazadas como las desplazadas que se ven afectadas por conflictos necesitan intervenciones relacionadas con el VIH. Para poner de relieve este punto, en 2002 el ACNUR empezó a aplicar su Plan Estratégico 2002-2004 sobre VIH y Refugiados. Concretamente, el Plan insistía en la importancia de poner en marcha servicios básicos de salud sexual y reproductiva, incluidas la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH en una etapa muy temprana de una crisis de refugiados.


En 2003, diversas organizaciones de las Naciones Unidas y ONG reorganizaron un Grupo de Referencia del Comité Permanente Interinstitucional sobre el VIH en Situaciones de Emergencia para coordinar la acción en situaciones de emergencia. Se elaboraron unas directrices que destacaban la importancia de la acción multisectorial. Las organizaciones de las Naciones Unidas también han apoyado actividades integrales de prevención del VIH en las misiones de mantenimiento de la paz en países tales como la República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía y Sierra Leona.

En Liberia, la Cruz Roja Liberiana y el Fondo de Población de las Naciones Unidas colaboraron con muchas ONG locales para establecer programas de prevención y educación sobre el VIH en los campos que acogían a personas desplazadas internamente. Entre las medidas adoptadas figuraba la creación de espacios de reunión « respetuosos con los adolescentes » donde se impulsaba la discusión abierta de las preocupaciones de los jóvenes acerca del VIH. Se establecieron equipos de jóvenes para movilizar y sensibilizar respecto al VIH a las personas desplazadas internamente y a sus comunidades receptoras. Además, se realizaron esfuerzos concertados para mantener la distribución de preservativos para los desplazados.

Recientemente, las ONG que trabajan en campos de refugiados también han empezado a ejecutar programas más integrales sobre el VIH, ofreciendo servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y de prevención de la transmisión materno-infantil.

Por ejemplo, en Tanzania, el organismo Ayuda Popular Noruega inició un programa piloto para refugiados en los campos de Lukole y Kitali, así como para la población de los alrededores. Durante los tres primeros meses, el programa prestó asesoramiento a cerca de 3000 mujeres embarazadas, más del 80% de las cuales aceptó someterse a la prueba del VIH (Norwegian People's Aid, 2002).

En Angola, ahora que ha vuelto la paz, las organizaciones de las Naciones Unidas están trabajando para mantener a niveles bajos la prevalencia del VIH. Las Naciones Unidas han anticipado que 240 000 refugiados serán repatriados de los campos de la República Democrática del Congo, Namibia y Zambia, y han puesto en marcha

un plan de acción que ha recibido el apoyo del Gobierno angoleño. Mientras sigan en los campos de refugiados, las personas desplazadas recibirán formación sobre prevención del VIH y tendrán acceso a los preservativos. A su regreso a Angola, los centros de acogida les proporcionarán educación, preservativos e intervenciones basadas en sus pares. El plan de acción también insta a establecer programas integrales sobre el VIH para todos los angoleños que viven en las zonas de regreso. Estos planes de emergencia ilustran un reconocimiento creciente de la necesidad de enfoques subregionales e integrados para poner en práctica intervenciones relacionadas con el VIH en las situaciones posteriores a conflictos y de repatriación. 

Foco de atención

El papel crucial de las personas que viven con el SIDA

En todas las partes del mundo donde se propaga el VIH, las personas que viven con el virus suelen establecer rápidamente redes de autoayuda, apoyo y capacitación.

En junio de 1983, en el Segundo Foro Nacional sobre el SIDA celebrado en Denver (Estados Unidos de América) emergió un movimiento de personas que vivían con el VIH. Los « Principios de Denver » adoptados en el Foro abogan por que las personas que viven con el VIH reciban apoyo cuando son víctimas de estigma y discriminación relacionados con el SIDA. Los Principios también establecen que las personas que viven con el VIH deberían « intervenir en todos los niveles de la adopción de decisiones [...], desempeñar funciones en las juntas directivas de las organizaciones proveedoras de servicios, y participar en todas las reuniones sobre el SIDA con [la misma] credibilidad que otros participantes para compartir sus propias experiencias y conocimientos » (Senterfitt, 1998). En 1988, la publicación *AIDS Treatment News* enumeraba más de 20 asociaciones de personas que viven con el VIH en los Estados Unidos, el Canadá y el Reino Unido.

Nacen grupos nacionales y mundiales

En Uganda, la Organización de Ayuda a las Personas con SIDA (TASO) fue la precursora. TASO fue fundada en 1987 en Kampala por un grupo de 16 voluntarios, 12 de los cuales vivían con el VIH. Estos colectivos suelen formarse alrededor de un grupo de personas que cuidan de un ser querido. Por ejemplo, la asociación Apoyo para el SIDA de Jamaica empezó su andadura de forma oficiosa en 1991 como resultado de la experiencia de un grupo de varones que ayudaron

a un amigo moribundo de SIDA. En otros casos, una persona valiente ha recibido preparación para vivir abiertamente su condición de seropositividad y ha inspirado a otras personas a adoptar una actitud positiva. En 1990, Joe Muriithi, de Kenya, fue uno de los primeros africanos en revelar públicamente su estado seropositivo, y juntamente con su esposa, Jane Muriithi, puso en marcha la Sociedad para Conocer el SIDA. En 1992, Auxillia Chimusoro, una de las fundadoras de la Comunidad Internacional de Mujeres con el VIH/SIDA, fue una de las primeras personas de Zimbabwe en hacer público su estado seropositivo y creó el grupo de apoyo Batanayi.

En el Brasil, el Grupo por la Vida Rio de Janeiro fue fundado en 1989 por el escritor y activista pro derechos humanos Herbert Daniel. La Declaración de Derechos de las Personas que Viven con el VIH/SIDA propuesta por este grupo fue adoptada unánimemente por más de 50 organizaciones en la Segunda Reunión Nacional de ONG sobre el VIH/SIDA en Porto Alegre (Brasil), aquel mismo año. En la India, en un seminario nacional celebrado en 1997, alrededor de 35 personas VIH-positivas crearon la Red India de Personas Positivas. Ashok Pillai fue elegido secretario general de la Red y asumió un papel público y destacado en representación de las personas que viven con el VIH. En la actualidad, la Red tiene más de 1000 miembros de 14 estados, y ha puesto en marcha una red de mujeres positivas. Lamentablemente, como ha ocurrido con muchos otros precursores del movimiento contra el SIDA, Ashok Pillai ya ha fallecido.

A nivel mundial, en 1986 se creó inicialmente una red internacional de personas que viven con el VIH que más tarde pasó a denominarse Red

Mundial de Personas que Viven con el VIH/SIDA. En julio de 1992, la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/SIDA fue establecida por un grupo de mujeres VIH-positivas pertenecientes a 30 países distintos que asistían a la Octava Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Amsterdam (Países Bajos). La Comunidad se fundamentó en el creciente movimiento de mujeres VIH-positivas en África, que condujo a una nueva clase de activismo que iba más allá de las preocupaciones inmediatas de crear grupos de autoayuda y apoyo.

El principio de la MPPVS

El principio de la Mayor Participación de Personas que Viven con el VIH/SIDA (MPPVS) fue oficialmente reconocido en la Cumbre sobre el SIDA de París en 1994, cuando 42 países acordaron dar apoyo a una iniciativa para « fortalecer la capacidad y coordinación de las redes de personas que viven con el VIH/SIDA y las organizaciones de base comunitaria ». Esos mismos países añadieron que, « al asegurar su plena participación en nuestra respuesta común a la pandemia a todos los niveles –nacional, regional y mundial- esta iniciativa estimulará particularmente la creación de entornos políticos, jurídicos y sociales de apoyo ».

La Declaración de París también expresó « determinación para movilizar a toda la sociedad –los sectores público y privado, las organizaciones de base comunitaria y las personas que viven con el VIH/SIDA- en un espíritu de verdadera asociación », así como para « implicar plenamente a las personas que viven con el VIH/SIDA en la formulación y ejecución de políticas públicas [y] velar por la protección jurídica en igualdad de condiciones de las personas que viven con el VIH/SIDA ».

En 2001, la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA dio su apoyo al principio de la MPPVS, que más tarde recibió el respaldo de los principios rectores de la iniciativa pro tratamiento « tres millones para 2005 », desarrollados por la Organización Mundial de la Salud. Esos principios rectores establecen que « la iniciativa sitúa claramente las necesidades y la participa-

ción de las personas que viven con el VIH/SIDA en el centro de toda su programación » (OMS, 2003). El ONUSIDA ha promovido la MPPVS desde el comienzo del Programa incorporando en todos los niveles, incluida su Junta Coordinadora, a personas que viven con el VIH.

Papeles de las personas que viven con el VIH: liderazgo nacional

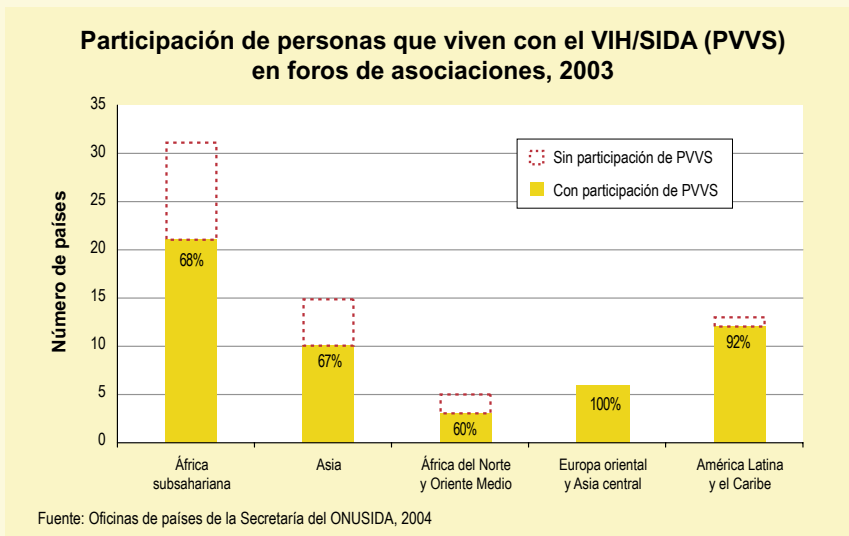
A pesar de los diversos apoyos mencionados, la intervención activa de las personas que viven con el VIH en la adopción de decisiones está aún lejos de ser universal. Además, en la mayor parte de los países del mundo la participación de las mujeres, jóvenes y niños VIH-positivos va muy a la zaga de la de los varones. Una limitación es el hecho de que, en el ámbito mundial, tan sólo alrededor del 10% de los que viven con el VIH son conocedores de su estado seropositivo. Otros no están dispuestos a revelar públicamente su estado porque temen resultar víctimas de la discriminación y el estigma. Sin embargo, se han hecho ciertos progresos.

En Europa oriental y Asia central, la epidemia es aún relativamente reciente, si bien hay pocas personas que conozcan su seropositividad. Son todavía menos los que están dispuestos a hacer público su estado, y hay muy poca tradición de participación de la sociedad civil. Pero en años recientes, el movimiento de personas que viven con el VIH se ha vuelto más fuerte e influyente. Por ejemplo, en Ucrania, la Red Ucrania de Personas que Viven con el VIH/SIDA ha ayudado a dar forma al Programa Nacional de Prevención del SIDA y está cada vez más implicada en el suministro de servicios de asistencia relacionados con el VIH (PNUD, 2003).

La Red Camboyana de Personas que Viven con el VIH/SIDA ha participado activamente en el desarrollo de políticas. Como miembro del Mecanismo de Coordinación de País, ayudó a formular la propuesta de financiación de Camboya presentada con éxito al Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Análogamente, en muchos países se han establecido foros de asociación en los que se reúnen personas que viven con

el VIH y otros asociados gubernamentales y no gubernamentales para orientar las respuestas al SIDA (véase figura 51). En otras partes, la Red de Asia y el Pacífico de Personas que Viven con el VIH/SIDA ha congregado a personas de más de 20 países asiáticos alrededor del programa « Leadership for Results », del PNUD. Esta red regional ha dado impulso al desarrollo de organizaciones nacionales de personas que viven con el VIH. Una de ellas es Spiritia, en Indonesia, que también ha recibido apoyo del ONUSIDA. En los casos de epidemias incipientes más recientes, los Grupos Temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA han estimulado y apoyado grupos de activistas sobre el SIDA que están dando sus primeros pasos.

Figura 51



Facilitar servicios y fomentar la participación local

En otros casos, las personas que viven con el VIH hace tiempo que participan en la adopción de decisiones a nivel nacional. Las personas VIH-positivas intervienen cada vez más activamente en los procesos de adopción de decisiones locales y en el suministro de servicios a otras personas seropositivas. A menudo, se encuentran en la primera línea de la asistencia y el apoyo. Por ejemplo, en Camboya, a través de las unidades « Friend Help

Friend » (« un amigo ayuda a otro amigo ») de los centros de salud de distrito, voluntarios que viven con el VIH ofrecen apoyo e información sobre el SIDA y ayudan a las personas a seguir el tratamiento.

El nexo entre prestar servicios y fomentar la sensibilización nacional ha entrado en juego con su máxima expresión en la ampliación del acceso al tratamiento, una de las principales prioridades del activismo contra el SIDA. Por ejemplo, en Tailandia, la Red Tailandesa de Personas que Viven con el VIH/SIDA y la Coalición de ONG Tailandesas sobre el SIDA instaron al Gobierno a suministrar fármacos antirretrovíricos dentro de su plan nacional de seguro médico. En diciembre de 2001, el Gobierno tailandés anunció que ampliaría la asistencia sanitaria para incluir esos medicamentos y estableció un cuadro de expertos con representantes de la Red para supervisar la ejecución.

En Kazajstán, el 30% de las personas VIH-positivas del país viven en la ciudad de Temirtau, donde desde 1998 la ONG Shapagat les proporciona una voz. El gobierno municipal local facilita despachos a Shapagat, y la ONG trabaja con su centro local del SIDA, con organizaciones de las Naciones Unidas y con la Fundación Sociedad Abierta. Shapagat interviene periódicamente ante el parlamento local y la autoridad ejecutiva del Gobierno.

Diversas personas VIH-positivas de Temirtau han formado parte de la Comisión Nacional del SIDA y también han participado en el Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial para Kazajstán.

Cuestiones relativas al empleo y el lugar de trabajo

La presencia de personas que viven abiertamente con el VIH en los lugares de trabajo pone de manifiesto que es posible seguir viviendo y trabajando

normalmente, un primer paso crítico para abordar con éxito la discriminación relacionada con el trabajo. El programa Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU) ha respaldado la iniciativa de MPPVS en Sudáfrica colocando a personas que viven con el VIH en empresas mineras, organizaciones paraestatales y organismos de las Naciones Unidas, entre otras instancias. Los miembros de VNU llevan a cabo programas de sensibilización y educación y ayudan activamente a desarrollar planes de acción sobre el SIDA en el lugar de trabajo. Igualmente, en el Caribe, desde 2000 cerca de 50 miembros VIH-positivos de VNU han trabajado para contrarrestar la discriminación relacionada con el SIDA en siete países de la región.

Es raro el caso en que una persona VIH-positiva reciba una remuneración por cuidar y prestar apoyo a otras personas que viven con el virus. Una excepción es Botswana, donde una mujer miembro de la Red de Personas que Viven con el VIH/SIDA de ese país trabaja como oficial de enlace de la comunidad con el dispensario de enfermedades infecciosas en la capital, Gabarone. Sus experiencias personales en el proceso de vivir con el VIH han resultado particularmente útiles para ayudar a los pacientes (en especial los que llegan de aldeas distantes) a hablar acerca de las dificultades que tienen para seguir fielmente su plan terapéutico, o sobre las presiones que los parientes ejercen sobre las madres seropositivas para que alimenten al pecho a sus hijos recién nacidos (ONUSIDA, 2003).

En muchas partes se presta apoyo empresarial, sindical y gubernamental a los programas del SIDA en el lugar de trabajo (véanse los capítulos «Impacto» y «Prevención»), pero el sector del trabajo informal sigue planteando un desafío importante. La India es un ejemplo concreto de ello. Alrededor del 92% de la población india trabaja en la economía informal. La Organización Internacional del Trabajo, junto con las organizaciones de empleadores y trabajadores, ha apoyado el trabajo de la Red de Personas Positivas de Delhi en el sector informal. Los miembros de la Red imparten formación y proporcionan asistencia laboral, atención y apoyo a los trabajadores VIH-

positivos y a las familias de los que han fallecido por causa del SIDA.

El compromiso y coraje necesitan apoyo

Obtener la participación de las personas que viven con el VIH en las respuestas nacionales al SIDA ha demostrado ser muy útil. Sin embargo, para hacerlo con eficacia es preciso reconocer una serie de necesidades. Muchos programas dependen del compromiso y coraje de personas VIH-positivas. El diagnóstico del VIH ya es por sí solo un acontecimiento que cambia la vida causando conmoción, dolor y sentimiento de pérdida de control sobre la propia vida. Revelar el estado seropositivo de uno mismo puede ser traumático aun en las mejores circunstancias. Hacerlo público –tal como hacen muchos activistas VIH-positivos- no es nunca fácil, aun cuando se haga con el apoyo de las organizaciones en las que se trabaja. Muchas iniciativas de las Naciones Unidas, los gobiernos y ONG de todo el mundo alientan a revelar públicamente este estado con miras a prevenir la propagación ulterior del virus, pero a menudo no logran ayudar a las personas seropositivas a prepararse para ello y no proporcionan el apoyo adecuado al trabajo en curso que llevan a cabo los activistas.

El financiamiento es fundamental. Las personas que viven con el VIH necesitan tener acceso a fármacos antirretrovíricos y otras medidas de atención básicas, y percibir un salario u otro tipo de remuneración económica por su dedicación y contribución. De lo contrario, su capacidad de participar en la respuesta al SIDA resulta seriamente menoscabada. Uganda nos ofrece un ejemplo de esfuerzo innovador para subsanar esta deficiencia. En ese país, el Fondo para el Tratamiento del VIH/SIDA, subvencionado por la Asociación Rotaria Internacional y sus filiales belga y ugandesa, dispone actualmente de seis sensibilizadores que facilitan tratamiento antirretrovírico (Uganda AIDS Commission/ ONUSIDA, 2003). El Fondo está codirigido por el Foro de Personas que Viven con el VIH/SIDA, que reúne todas las redes y asociaciones ugandesas que trabajan en este campo.

Las mujeres VIH-positivas africanas que desempeñan papeles activistas han encontrado enormes dificultades. Se sienten muy frustradas por las presiones a que se ven sometidas para revelar su estado como parte de las campañas de prevención, mientras que sus necesidades financieras, médicas y psicológicas se pasan por alto. El compromiso y voluntarismo de las personas que viven con el VIH han sido explotados por los programas gubernamentales y de ONG que utilizan esta mano de obra barata o gratuita en lugar de los servicios de atención de salud (Manchester, 2003).

En un estudio de 17 ONG que proporcionan servicios relacionados con el VIH y el SIDA en cuatro países (Burkina Faso, el Ecuador, la India y Zambia) se puso de manifiesto que la falta de satisfacción de las necesidades de las personas VIH-positivas reducía la eficacia de dichos servicios. La participación de las personas que viven con el VIH en la enseñanza continua antes de que reciban la formación y el apoyo constante necesarios puede tener un impacto negativo en la calidad de los servicios, y también puede perjudicar a las propias personas (Horizons Program, 2002). Dicha participación a nivel internacional puede resultar entorpecida por las dificultades de obtener un seguro de viaje para cubrir cualquier enfermedad relacionada con el VIH o las restricciones de viajar que muchos países imponen a las personas que viven con el VIH.

Los entornos de apoyo favorecen una mayor participación

No existen respuestas simples para estos problemas. Dentro de las organizaciones que tratan de obtener una participación real y no simbólica, crear un entorno de apoyo y favorable requiere mucha reflexión y mucho compromiso. Las personas VIH-positivas necesitan capacitación y apoyo para poder participar más activamente, y es preciso que las instituciones logren que sus procedimientos sean más participativos y accesibles a personas que posiblemente no estén familiarizadas con las formalidades habituales de las reuniones y con otros requisitos institucionales. Esto es particularmente necesario si se quiere que un mayor número

de mujeres y jóvenes VIH-positivos –tradicionalmente excluidos de los procesos de adopción de decisiones- sean capacitados para contribuir de una forma provechosa.

Todo esto significa que es más esencial que nunca destinar más fondos para el desarrollo de medios de acción, para la compensación económica por el trabajo realizado y para el apoyo psicológico y el tratamiento de las personas VIH-positivas implicadas en ese trabajo. No obstante, una participación más formal de las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH (a diferencia de la implicación personal formal) también ayudaría a poner en práctica los principios de MPPVS de una forma sostenida. En muchos países se ha producido la transición de los grupos de autoayuda a las organizaciones representativas, creando necesidades adicionales para desarrollar capacidades organizativas, de gestión, fomento de la sensibilización y liderazgo.

El tema de la Conferencia Internacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA de septiembre de 2003 -El amanecer de un nuevo liderazgo positivo- reconoce estos nuevos papeles. En la Declaración de la Conferencia se señalaba que «Nuestras comunidades y organizaciones carecen aún de los recursos que necesitan para desarrollar eficazmente su potencial y desempeñar el papel que se nos exige». La Declaración reclamaba «el apoyo necesario en nuestros esfuerzos para desarrollar la capacidad de contribuir eficazmente a la respuesta como asociados en igualdad de condiciones».


Conclusiones

La experiencia ha puesto de manifiesto que la participación provechosa de las personas que viven con el VIH es un elemento central de una respuesta eficaz a la epidemia. Para reforzar y sostener esta función se requiere:

- i) **que las personas conozcan su estado respecto al VIH** (para lo que, a su vez, se necesita un acceso mucho mayor a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias);
- ii) **mantener con vida a las personas** por medio de terapia antirretrovírica para que puedan seguir activas en sus campos de trabajo; y

- iii) **crear un espacio práctico y político para las personas que viven con el VIH con la finalidad de ampliar su función y contribución** abordando el estigma y la discriminación relacionados con el VIH; fomentando entornos jurídicos y normativos apropiados; y apoyando la participación con recursos, incluido el desarrollo estructural.

En la actualidad, las instituciones que se ocupan del SIDA ya presentan muchas formas distintas, desde los organismos que prestan apoyo y servicios hasta las organizaciones de fomento de la sensibilización y de representación. Frente a una epidemia

de larga duración y en constante evolución, todas estas instituciones necesitan ampliar aun más sus actividades. Particularmente, a medida que crece el número de personas que conocen su estado seropositivo, esto significa ir más allá de las redes sobre el SIDA reconocidas y llegar a los entornos no específicos de atención de salud: por ejemplo, los lugares de trabajo, los centros de culto, las escuelas y otras instituciones. Las redes de personas que viven con el VIH están poniendo de manifiesto su compromiso para crear nuevas asociaciones; ahora necesitan ayuda para poder mejorar su capacidad de gestión y afrontar estos nuevos desafíos. 

Cuadro comparativo de las estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA por países, final de 2003 y de 2001

La vigilancia mundial del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es una iniciativa mixta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El Grupo de Trabajo ONUSIDA/OMS sobre Vigilancia Mundial del VIH/SIDA y de las ITS, establecido en 1996, es el mecanismo principal de coordinación y ejecución por medio del cual el ONUSIDA y la OMS reúnen la mejor información disponible y ayudan a mejorar la calidad de los datos necesarios para la adopción de decisiones bien informada y para la planificación a los niveles nacional, regional y mundial. Las estimaciones que aparecen en este cuadro fueron obtenidas por el Grupo de Trabajo, en estrecha colaboración con los programas nacionales del SIDA y muchos otros asociados.

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

| País | Adultos y niños, final de 2003 | | Adultos y niños, final de 2001 | | Adultos (15-49), final de 2003 | |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Total mundial | 37 800 000 | [34 600 000 - 42 300 000] | 34 900 000 | [32 000 000 - 39 000 000] | 35 700 000 | [32 700 000 - 39 800 000] |
| África subsahariana | 25 000 000 | [23 100 000 - 27 900 000] | 23 800 000 | [22 000 000 - 26 600 000] | 23 100 000 | [21 400 000 - 25 700 000] |
| Angola | 240 000 | [97 000 - 600 000] | 220 000 | [86 000 - 550 000] | 220 000 | [88 000 - 540 000] |
| Benin | 68 000 | [38 000 - 120 000] | 65 000 | [36 000 - 110 000] | 62 000 | [35 000 - 110 000] |
| Botswana * | 350 000 | [330 000 - 380 000] | 350 000 | [330 000 - 380 000] | 330 000 | [310 000 - 340 000] |
| Burkina Faso * | 300 000 | [190 000 - 470 000] | 280 000 | [180 000 - 440 000] | 270 000 | [170 000 - 420 000] |
| Burundi | 250 000 | [170 000 - 370 000] | 240 000 | [160 000 - 360 000] | 220 000 | [150 000 - 320 000] |
| Camerún * | 560 000 | [390 000 - 810 000] | 530 000 | [370 000 - 770 000] | 520 000 | [360 000 - 740 000] |
| Rep. Centroafricana | 260 000 | [160 000 - 410 000] | 250 000 | [150 000 - 400 000] | 240 000 | [150 000 - 380 000] |
| Chad | 200 000 | [130 000 - 300 000] | 190 000 | [120 000 - 290 000] | 180 000 | [120 000 - 270 000] |
| Comoras | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Congo | 90 000 | [39 000 - 200 000] | 90 000 | [39 000 - 200 000] | 80 000 | [34 000 - 180 000] |
| Rep. Dem. del Congo ** | 1 100 000 | [450 000 - 2 600 000] | 1 100 000 | [430 000 - 2 500 000] | 1 000 000 | [410 000 - 2 400 000] |
| Côte d'Ivoire | 570 000 | [390 000 - 820 000] | 510 000 | [350 000 - 740 000] | 530 000 | [370 000 - 750 000] |
| Djibouti | 9 100 | [2 300 - 24 000] | 8 100 | [2 400 - 23 000] | 8 400 | [2 100 - 21 000] |
| Eritrea | 60 000 | [21 000 - 170 000] | 61 000 | [22 000 - 160 000] | 55 000 | [19 000 - 150 000] |
| Etiopía | 1 500 000 | [950 000 - 2 300 000] | 1 300 000 | [820 000 - 2 000 000] | 1 400 000 | [890 000 - 2 100 000] |
| Gabón | 48 000 | [24 000 - 91 000] | 39 000 | [19 000 - 78 000] | 45 000 | [23 000 - 86 000] |
| Gambia | 6 800 | [1 800 - 24 000] | 6 700 | [1 800 - 24 000] | 6 300 | [1 700 - 23 000] |
| Ghana * | 350 000 | [210 000 - 560 000] | 330 000 | [200 000 - 540 000] | 320 000 | [200 000 - 520 000] |
| Guinea * | 140 000 | [51 000 - 360 000] | 110 000 | [40 000 - 310 000] | 130 000 | [48 000 - 330 000] |
| Guinea-Bissau | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guinea Ecuatorial | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kenya | 1 200 000 | [820 000 - 1 700 000] | 1 300 000 | [890 000 - 1 800 000] | 1 100 000 | [760 000 - 1 600 000] |
| Lesotho * | 320 000 | [290 000 - 360 000] | 320 000 | [290 000 - 360 000] | 300 000 | [270 000 - 330 000] |
| Liberia | 100 000 | [47 000 - 220 000] | 86 000 | [37 000 - 190 000] | 96 000 | [44 000 - 200 000] |
| Madagascar | 140 000 | [68 000 - 250 000] | 100 000 | [50 000 - 180 000] | 130 000 | [66 000 - 220 000] |
| Malawi * | 900 000 | [700 000 - 1 100 000] | 850 000 | [660 000 - 1 100 000] | 810 000 | [650 000 - 1 000 000] |
| Malí | 140 000 | [44 000 - 420 000] | 130 000 | [40 000 - 390 000] | 120 000 | [40 000 - 380 000] |
| Mauricio | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritania | 9 500 | [4 500 - 17 000] | 6 300 | [3 000 - 11 000] | 8 900 | [4 400 - 15 000] |
| Mozambique | 1 300 000 | [980 000 - 1 700 000] | 1 200 000 | [930 000 - 1 600 000] | 1 200 000 | [910 000 - 1 500 000] |
| Namibia | 210 000 | [180 000 - 250 000] | 200 000 | [170 000 - 230 000] | 200 000 | [170 000 - 230 000] |
| Níger | 70 000 | [36 000 - 130 000] | 56 000 | [28 000 - 110 000] | 64 000 | [34 000 - 120 000] |
| Nigeria | 3 600 000 | [2 400 000 - 5 400 000] | 3 400 000 | [2 200 000 - 5 000 000] | 3 300 000 | [2 200 000 - 4 900 000] |
| Rwanda * | 250 000 | [170 000 - 380 000] | 240 000 | [160 000 - 360 000] | 230 000 | [150 000 - 350 000] |
| Senegal * | 44 000 | [22 000 - 89 000] | 40 000 | [20 000 - 81 000] | 41 000 | [21 000 - 83 000] |
| Sierra Leona | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Somalia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudáfrica * | 5 300 000 | [4 500 000 - 6 200 000] | 5 000 000 | [4 200 000 - 5 900 000] | 5 100 000 | [4 300 000 - 5 900 000] |
| Swazilandia ** | 220 000 | [210 000 - 230 000] | 210 000 | [190 000 - 220 000] | 200 000 | [190 000 - 210 000] |
| Rep. Unida de Tanzania * | 1 600 000 | [1 200 000 - 2 300 000] | 1 600 000 | [1 100 000 - 2 200 000] | 1 500 000 | [1 100 000 - 2 000 000] |
| Togo | 110 000 | [67 000 - 170 000] | 100 000 | [65 000 - 160 000] | 96 000 | [61 000 - 150 000] |
| Uganda * | 530 000 | [350 000 - 880 000] | 620 000 | [420 000 - 980 000] | 450 000 | [300 000 - 730 000] |
| Zambia | 920 000 | [730 000 - 1 100 000] | 890 000 | [710 000 - 1 100 000] | 830 000 | [680 000 - 1 000 000] |
| Zimbabwe | 1 800 000 | [1 500 000 - 2 000 000] | 1 700 000 | [1 500 000 - 2 000 000] | 1 600 000 | [1 400 000 - 1 900 000] |
| Asia oriental | 900 000 | [450 000 - 1 500 000] | 680 000 | [340 000 - 1 100 000] | 900 000 | [450 000 - 1 500 000] |
| China | 840 000 | [430 000 - 1 500 000] | 660 000 | [320 000 - 1 100 000] | 830 000 | [430 000 - 1 400 000] |
| Rep. de Corea | 8 300 | [2 700 - 16 000] | 5 600 | [1 800 - 11 000] | 8 300 | [2 700 - 16 000] |
| Rep. Pop. Dem. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.E. | 2 600 | [1 300 - 4 400] | 2 700 | [1 300 - 4 400] | 2 600 | [1 300 - 4 300] |
| Japón | 12 000 | [5 700 - 19 000] | 12 000 | [5 800 - 20 000] | 12 000 | [5 700 - 19 000] |
| Mongolia | <500 | [<1 000] | <200 | [<400] | <500 | [<1 000] |
| Oceania | 32 000 | [21 000 - 46 000] | 24 000 | [16 000 - 35 000] | 31 000 | [21 000 - 45 000] |
| Australia | 14 000 | [6 800 - 22 000] | 12 000 | [6 000 - 20 000] | 14 000 | [6 600 - 22 000] |
| Fiji | 600 | [200 - 1 300] | <500 | [<1 000] | 600 | [200 - 1 200] |
| Nueva Zelanda | 1 400 | [480 - 2 800] | 1 200 | [420 - 2 400] | 1 400 | [500 - 2 800] |
| Papua Nueva Guinea | 16 000 | [7 800 - 28 000] | 10 000 | [4 900 - 17 000] | 16 000 | [7 700 - 26 000] |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Adultos (15-49), final de 2001 | | Prevalencia en adultos (15-49), final de 2003 (%) | | Prevalencia en adultos (15-49), final de 2001 (%) | | Mujeres (15-49), final de 2003 | |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Total mundial | 32 900 000 | [30 200 000 - 36 700 000] | 1,1 | [1,0 - 1,2] | 1,0 | [0,9 - 1,1] | 17 000 000 | [15 800 000 - 18 800 000] |
| África subsahariana | 22 000 000 | [20 400 000 - 24 500 000] | 7,5 | [6,9 - 8,3] | 7,6 | [7,0 - 8,5] | 13 100 000 | [12 200 000 - 14 600 000] |
| Angola | 200 000 | [78 000 - 490 000] | 3,9 | [1,6 - 9,4] | 3,7 | [1,5 - 9,1] | 130 000 | [50 000 - 300 000] |
| Benin | 59 000 | [34 000 - 100 000] | 1,9 | [1,1 - 3,3] | 1,9 | [1,1 - 3,4] | 35 000 | [20 000 - 62 000] |
| Botswana * | 330 000 | [320 000 - 340 000] | 37,3 | [35,5 - 39,1] | 38,0 | [36,3 - 39,7] | 190 000 | [180 000 - 190 000] |
| Burkina Faso * | 250 000 | [160 000 - 390 000] | 4,2 | [2,7 - 6,5] | 4,2 | [2,7 - 6,5] | 150 000 | [98 000 - 240 000] |
| Burundi | 220 000 | [150 000 - 310 000] | 6,0 | [4,1 - 8,8] | 6,2 | [4,3 - 9,0] | 130 000 | [85 000 - 180 000] |
| Camerún * | 500 000 | [350 000 - 700 000] | 6,9 | [4,8 - 9,8] | 7,0 | [4,9 - 9,9] | 290 000 | [200 000 - 420 000] |
| Rep. Centroafricana | 230 000 | [140 000 - 360 000] | 13,5 | [8,3 - 21,2] | 13,5 | [8,3 - 21,2] | 130 000 | [83 000 - 210 000] |
| Chad | 170 000 | [110 000 - 260 000] | 4,8 | [3,1 - 7,2] | 4,9 | [3,2 - 7,4] | 100 000 | [66 000 - 150 000] |
| Comoras | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Congo | 80 000 | [35 000 - 170 000] | 4,9 | [2,1 - 11,0] | 5,3 | [2,3 - 11,5] | 45 000 | [19 000 - 100 000] |
| Rep. Dem. del Congo ** | 950 000 | [390 000 - 2 200 000] | 4,2 | [1,7 - 9,9] | 4,2 | [1,7 - 10,0] | 570 000 | [230 000 - 1 300 000] |
| Côte d'Ivoire | 480 000 | [330 000 - 680 000] | 7,0 | [4,9 - 10,0] | 6,7 | [4,7 - 9,6] | 300 000 | [210 000 - 420 000] |
| Djibouti | 7 500 | [2 200 - 21 000] | 2,9 | [0,7 - 7,5] | 2,8 | [0,8 - 7,9] | 4 700 | [1 200 - 12 000] |
| Eritrea | 55 000 | [20 000 - 150 000] | 2,7 | [0,9 - 7,3] | 2,8 | [1,0 - 7,6] | 31 000 | [11 000 - 85 000] |
| Etiopía | 1 200 000 | [760 000 - 1 900 000] | 4,4 | [2,8 - 6,7] | 4,1 | [2,6 - 6,3] | 770 000 | [500 000 - 1 200 000] |
| Gabón | 37 000 | [18 000 - 73 000] | 8,1 | [4,1 - 15,3] | 6,9 | [3,3 - 13,7] | 26 000 | [13 000 - 48 000] |
| Gambia | 6 300 | [1 700 - 22 000] | 1,2 | [0,3 - 4,2] | 1,2 | [0,3 - 4,3] | 3 600 | [970 - 13 000] |
| Ghana * | 310 000 | [190 000 - 500 000] | 3,1 | [1,9 - 5,0] | 3,1 | [1,9 - 5,1] | 180 000 | [110 000 - 300 000] |
| Guinea * | 100 000 | [37 000 - 280 000] | 3,2 | [1,2 - 8,2] | 2,8 | [1,0 - 7,5] | 72 000 | [27 000 - 190 000] |
| Guinea-Bissau | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guinea Ecuatorial | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kenya | 1 200 000 | [830 000 - 1 600 000] | 6,7 | [4,7 - 9,6] | 8,0 | [5,8 - 11,1] | 720 000 | [500 000 - 1 000 000] |
| Lesotho * | 300 000 | [270 000 - 330 000] | 28,9 | [26,3 - 31,7] | 29,6 | [27,0 - 32,3] | 170 000 | [150 000 - 190 000] |
| Liberia | 80 000 | [35 000 - 180 000] | 5,9 | [2,7 - 12,4] | 5,1 | [2,2 - 11,3] | 54 000 | [25 000 - 110 000] |
| Madagascar | 98 000 | [48 000 - 160 000] | 1,7 | [0,8 - 2,7] | 1,3 | [0,6 - 2,1] | 76 000 | [37 000 - 120 000] |
| Malawi * | 770 000 | [610 000 - 960 000] | 14,2 | [11,3 - 17,7] | 14,3 | [11,4 - 17,9] | 460 000 | [370 000 - 570 000] |
| Malí | 120 000 | [37 000 - 350 000] | 1,9 | [0,6 - 5,9] | 1,9 | [0,6 - 5,8] | 71 000 | [23 000 - 210 000] |
| Mauricio | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritania | 5 900 | [2 900 - 9 700] | 0,6 | [0,3 - 1,1] | 0,5 | [0,2 - 0,7] | 5 100 | [2 500 - 8 300] |
| Mozambique | 1 100 000 | [870 000 - 1 500 000] | 12,2 | [9,4 - 15,7] | 12,1 | [9,4 - 15,6] | 670 000 | [520 000 - 860 000] |
| Namibia | 190 000 | [160 000 - 220 000] | 21,3 | [18,2 - 24,7] | 21,3 | [18,2 - 24,7] | 110 000 | [94 000 - 130 000] |
| Níger | 51 000 | [26 000 - 98 000] | 1,2 | [0,7 - 2,3] | 1,1 | [0,5 - 2,0] | 36 000 | [19 000 - 68 000] |
| Nígeria | 3 100 000 | [2 100 000 - 4 600 000] | 5,4 | [3,6 - 8,0] | 5,5 | [3,7 - 8,1] | 1 900 000 | [1 200 000 - 2 700 000] |
| Rwanda * | 220 000 | [140 000 - 320 000] | 5,1 | [3,4 - 7,6] | 5,1 | [3,4 - 7,6] | 130 000 | [86 000 - 200 000] |
| Senegal * | 38 000 | [19 000 - 76 000] | 0,8 | [0,4 - 1,7] | 0,8 | [0,4 - 1,6] | 23 000 | [12 000 - 47 000] |
| Sierra Leona | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Somalia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudáfrica * | 4 800 000 | [4 100 000 - 5 600 000] | 21,5 | [18,5 - 24,9] | 20,9 | [17,8 - 24,3] | 2 900 000 | [2 500 000 - 3 300 000] |
| Swazilandia ** | 190 000 | [180 000 - 200 000] | 38,8 | [37,2 - 40,4] | 38,2 | [36,5 - 39,8] | 110 000 | [110 000 - 120 000] |
| Rep. Unida de Tanzania * | 1 400 000 | [1 100 000 - 2 000 000] | 8,8 | [6,4 - 11,9] | 9,0 | [6,6 - 12,2] | 840 000 | [610 000 - 1 100 000] |
| Togo | 94 000 | [61 000 - 140 000] | 4,1 | [2,7 - 6,4] | 4,3 | [2,8 - 6,6] | 54 000 | [35 000 - 84 000] |
| Uganda * | 520 000 | [370 000 - 810 000] | 4,1 | [2,8 - 6,6] | 5,1 | [3,5 - 7,9] | 270 000 | [170 000 - 410 000] |
| Zambia | 800 000 | [660 000 - 970 000] | 16,5 | [13,5 - 20,0] | 16,7 | [13,6 - 20,2] | 470 000 | [380 000 - 570 000] |
| Zimbabwe | 1 600 000 | [1 400 000 - 1 800 000] | 24,6 | [21,7 - 27,8] | 24,9 | [22,0 - 28,1] | 930 000 | [820 000 - 1 000 000] |
| Asia oriental | 670 000 | [340 000 - 1 100 000] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 200 000 | [100 000 - 320 000] |
| China | 650 000 | [320 000 - 1 100 000] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 190 000 | [95 000 - 320 000] |
| Rep. de Corea | 5 600 | [1 800 - 11 000] | <0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | 900 | [300 - 1 800] |
| Rep. Pop. Dem. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.E. | 2 600 | [1 300 - 4 300] | 0,1 | [<0,2] | 0,1 | [<0,2] | 900 | [400 - 1 400] |
| Japón | 12 000 | [5 800 - 19 000] | <0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | 2 900 | [1 400 - 4 800] |
| Mongolia | <200 | [<400] | <0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | <200 | [<400] |
| Oceania | 24 000 | [16 000 - 34 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 6 100 | [3 600 - 9 200] |
| Australia | 12 000 | [5 900 - 20 000] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 1 000 | [500 - 1 600] |
| Fiji | 500 | [200 - 900] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | <200 | [<400] |
| Nueva Zelandia | 1 200 | [400 - 2 400] | 0,1 | [<0,2] | 0,1 | [<0,2] | <200 | [<400] |
| Papua Nueva Guinea | 10 000 | [4 900 - 16 000] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 0,4 | [0,2 - 0,7] | 4 800 | [2 400 - 7 900] |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Mujeres (15-49), final de 2001 | | Niños (0-14), final de 2003 | | Niños (0-14), final de 2001 | |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Total mundial | 15 700 000 | [14 600 000 - 17 400 000] | 2 100 000 | [1 900 000 - 2 500 000] | 2 000 000 | [1 800 000 - 2 300 000] |
| África subsahariana | 12 500 000 | [11 600 000 - 13 900 000] | 1 900 000 | [1 700 000 - 2 200 000] | 1 800 000 | [1 600 000 - 2 100 000] |
| Angola | 110 000 | [44 000 - 280 000] | 23 000 | [8 600 - 61 000] | 20 000 | [7 500 - 54 000] |
| Benin | 34 000 | [19 000 - 59 000] | 5 700 | [2 900 - 11 000] | 5 100 | [2 600 - 10 000] |
| Botswana * | 190 000 | [180 000 - 190 000] | 25 000 | [17 000 - 36 000] | 22 000 | [15 000 - 33 000] |
| Burkina Faso * | 140 000 | [91 000 - 220 000] | 31 000 | [18 000 - 56 000] | 31 000 | [18 000 - 56 000] |
| Burundi | 120 000 | [84 000 - 180 000] | 27 000 | [16 000 - 45 000] | 26 000 | [15 000 - 44 000] |
| Camerún * | 280 000 | [200 000 - 400 000] | 43 000 | [26 000 - 72 000] | 39 000 | [23 000 - 64 000] |
| Rep. Centroafricana | 130 000 | [80 000 - 200 000] | 21 000 | [11 000 - 38 000] | 19 000 | [10 000 - 35 000] |
| Chad | 97 000 | [64 000 - 150 000] | 18 000 | [10 000 - 32 000] | 16 000 | [9 400 - 29 000] |
| Comoras | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Congo | 45 000 | [20 000 - 99 000] | 10 000 | [4 200 - 26 000] | 11 000 | [4 400 - 26 000] |
| Rep. Dem. del Congo ** | 540 000 | [220 000 - 1 300 000] | 110 000 | [42 000 - 280 000] | 100 000 | [40 000 - 270 000] |
| Côte d'Ivoire | 270 000 | [190 000 - 380 000] | 40 000 | [24 000 - 67 000] | 38 000 | [23 000 - 64 000] |
| Djibouti | 4 200 | [1 200 - 12 000] | 680 | [210 - 2 400] | 570 | [200 - 2 300] |
| Eritrea | 31 000 | [11 000 - 84 000] | 5 600 | [1 900 - 17 000] | 5 400 | [1 800 - 16 000] |
| Etiopía | 670 000 | [430 000 - 1 000 000] | 120 000 | [69 000 - 220 000] | 110 000 | [60 000 - 190 000] |
| Gabón | 21 000 | [10 000 - 41 000] | 2 500 | [1 200 - 5 300] | 2 000 | [900 - 4 400] |
| Gambia | 3 500 | [1 000 - 12 000] | 500 | [100 - 1 900] | <500 | [<1 600] |
| Ghana * | 170 000 | [110 000 - 280 000] | 24 000 | [9 600 - 36 000] | 22 000 | [12 000 - 41 000] |
| Guinea * | 59 000 | [21 000 - 160 000] | 9 200 | [3 300 - 26 000] | 7 300 | [2 500 - 22 000] |
| Guinea-Bissau | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guinea Ecuatorial | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kenya | 750 000 | [540 000 - 1 000 000] | 100 000 | [61 000 - 170 000] | 100 000 | [63 000 - 170 000] |
| Lesotho * | 170 000 | [150 000 - 180 000] | 22 000 | [15 000 - 32 000] | 20 000 | [13 000 - 29 000] |
| Liberia | 45 000 | [20 000 - 99 000] | 8 000 | [3 400 - 19 000] | 6 400 | [2 600 - 16 000] |
| Madagascar | 55 000 | [27 000 - 91 000] | 8 600 | [2 500 - 30 000] | 6 000 | [1 600 - 22 000] |
| Malawi * | 440 000 | [350 000 - 540 000] | 83 000 | [54 000 - 130 000] | 77 000 | [50 000 - 120 000] |
| Mali | 65 000 | [21 000 - 200 000] | 13 000 | [3 900 - 42 000] | 12 000 | [3 500 - 38 000] |
| Mauricio | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritania | 3 300 | [1 600 - 5 500] | ... | ... | ... | ... |
| Mozambique | 640 000 | [490 000 - 820 000] | 99 000 | [63 000 - 160 000] | 87 000 | [55 000 - 140 000] |
| Namibia | 100 000 | [90 000 - 120 000] | 15 000 | [10 000 - 22 000] | 12 000 | [8 200 - 18 000] |
| Níger | 29 000 | [15 000 - 56 000] | 5 900 | [2 800 - 12 000] | 4 500 | [2 100 - 9 700] |
| Nigeria | 1 800 000 | [1 200 000 - 2 600 000] | 290 000 | [170 000 - 500 000] | 260 000 | [150 000 - 450 000] |
| Rwanda * | 120 000 | [81 000 - 180 000] | 22 000 | [12 000 - 37 000] | 20 000 | [12 000 - 35 000] |
| Senegal * | 21 000 | [10 000 - 43 000] | 3 100 | [1 400 - 6 800] | 2 700 | [1 200 - 5 900] |
| Sierra Leona | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Somalia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudáfrica * | 2 700 000 | [2 300 000 - 3 200 000] | 230 000 | [150 000 - 340 000] | 190 000 | [130 000 - 280 000] |
| Swazilandia ** | 110 000 | [100 000 - 110 000] | 16 000 | [11 000 - 23 000] | 14 000 | [9 400 - 20 000] |
| Rep. Unida de Tanzania * | 820 000 | [600 000 - 1 100 000] | 140 000 | [85 000 - 230 000] | 130 000 | [83 000 - 220 000] |
| Togo | 53 000 | [34 000 - 82 000] | 9 300 | [5 200 - 17 000] | 8 700 | [4 900 - 15 000] |
| Uganda * | 310 000 | [210 000 - 460 000] | 84 000 | [46 000 - 150 000] | 97 000 | [54 000 - 160 000] |
| Zambia | 450 000 | [370 000 - 550 000] | 85 000 | [56 000 - 130 000] | 84 000 | [55 000 - 130 000] |
| Zimbabwe | 900 000 | [790 000 - 1 000 000] | 120 000 | [84 000 - 180 000] | 120 000 | [83 000 - 180 000] |
| Asia oriental | 140 000 | [69 000 - 220 000] | 7 700 | [2 700 - 22 000] | 5 300 | [1 800 - 16 000] |
| China | 130 000 | [65 000 - 220 000] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Corea | 600 | [200 - 1 100] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Pop. Dem. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.E. | 800 | [400 - 1 300] | ... | ... | ... | ... |
| Japón | 2 700 | [1 300 - 4 500] | ... | ... | ... | ... |
| Mongolia | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Oceania | 4 000 | [2 400 - 5 900] | 600 | [<2 000] | 400 | [<1 200] |
| Australia | 800 | [400 - 1 300] | ... | ... | ... | ... |
| Fiji | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Nueva Zelandia | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Papua Nueva Guinea | 2 900 | [1 400 - 4 800] | ... | ... | ... | ... |

| País | 2. Mortalidad por SIDA | | | | 3. Huérfanos por el SIDA | | | |
|----------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| | Mortalidad de adultos y niños, final de 2003 | | Mortalidad de adultos y niños, final de 2001 | | Huérfanos (0-17) con vida, 2003 | | Huérfanos (0-17) con vida, 2001 | |
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Total mundial | 2 900 000 | [2 600 000 - 3 300 000] | 2 500 000 | [2 300 000 - 2 800 000] | 15 000 000 | [13 000 000 - 18 000 000] | 11 500 000 | [10 000 000 - 14 000 000] |
| África subsahariana | 2 200 000 | [2 000 000 - 2 500 000] | 1 900 000 | [1 700 000 - 2 200 000] | 12 100 000 | [11 000 000 - 13 400 000] | 9 600 000 | [8 800 000 - 10 700 000] |
| Angola | 21 000 | [9 600 - 45 000] | 18 000 | [8 500 - 40 000] | 110 000 | [74 000 - 160 000] | 87 000 | [58 000 - 120 000] |
| Benin | 5 800 | [3 400 - 10 000] | 4 900 | [2 800 - 8 600] | 34 000 | [23 000 - 48 000] | 25 000 | [17 000 - 36 000] |
| Botswana * | 33 000 | [25 000 - 43 000] | 28 000 | [21 000 - 37 000] | 120 000 | [84 000 - 180 000] | 95 000 | [63 000 - 140 000] |
| Burkina Faso * | 29 000 | [18 000 - 47 000] | 30 000 | [19 000 - 48 000] | 260 000 | [180 000 - 370 000] | 240 000 | [160 000 - 340 000] |
| Burundi | 25 000 | [16 000 - 39 000] | 25 000 | [16 000 - 38 000] | 200 000 | [130 000 - 280 000] | 170 000 | [120 000 - 250 000] |
| Camerún * | 49 000 | [32 000 - 74 000] | 41 000 | [26 000 - 63 000] | 240 000 | [160 000 - 340 000] | 170 000 | [110 000 - 240 000] |
| Rep. Centroafricana | 23 000 | [13 000 - 40 000] | 20 000 | [12 000 - 35 000] | 110 000 | [77 000 - 160 000] | 90 000 | [60 000 - 130 000] |
| Chad | 18 000 | [11 000 - 28 000] | 16 000 | [9 900 - 25 000] | 96 000 | [64 000 - 140 000] | 73 000 | [49 000 - 100 000] |
| Comoras | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Congo | 9 700 | [4 900 - 20 000] | 10 000 | [5 100 - 20 000] | 97 000 | [65 000 - 140 000] | 87 000 | [59 000 - 120 000] |
| Rep. Dem. del Congo ** | 100 000 | [50 000 - 220 000] | 100 000 | [48 000 - 210 000] | 770 000 | [520 000 - 1 100 000] | 680 000 | [450 000 - 970 000] |
| Côte d'Ivoire | 47 000 | [30 000 - 72 000] | 43 000 | [28 000 - 66 000] | 310 000 | [200 000 - 440 000] | 270 000 | [180 000 - 390 000] |
| Djibouti | 690 | [320 - 1 900] | 550 | [300 - 1 800] | 5 000 | [3 400 - 7 200] | 4 100 | [2 700 - 5 800] |
| Eritrea | 6 300 | [2 900 - 14 000] | 5 800 | [2 700 - 13 000] | 39 000 | [26 000 - 55 000] | 28 000 | [19 000 - 41 000] |
| Etiopía | 120 000 | [74 000 - 190 000] | 100 000 | [58 000 - 180 000] | 720 000 | [480 000 - 1 000 000] | 560 000 | [370 000 - 790 000] |
| Gabón | 3 000 | [1 500 - 5 700] | 2 200 | [1 100 - 4 500] | 14 000 | [9 300 - 20 000] | 10 000 | [6 900 - 15 000] |
| Gambia | 600 | [200 - 1 500] | <500 | [<1 200] | 2 000 | [1 500 - 3 200] | 1 500 | [990 - 2 100] |
| Ghana * | 30 000 | [18 000 - 49 000] | 26 000 | [16 000 - 42 000] | 170 000 | [120 000 - 250 000] | 140 000 | [91 000 - 190 000] |
| Guinea * | 9 000 | [4 000 - 20 000] | 6 900 | [3 000 - 16 000] | 35 000 | [23 000 - 50 000] | 25 000 | [17 000 - 35 000] |
| Guinea-Bissau | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guinea Ecuatorial | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kenya | 150 000 | [89 000 - 200 000] | 140 000 | [87 000 - 190 000] | 650 000 | [430 000 - 930 000] | 500 000 | [340 000 - 720 000] |
| Lesotho * | 29 000 | [22 000 - 39 000] | 24 000 | [18 000 - 33 000] | 100 000 | [68 000 - 150 000] | 68 000 | [46 000 - 97 000] |
| Liberia | 7 200 | [3 500 - 15 000] | 5 900 | [2 800 - 12 000] | 36 000 | [24 000 - 52 000] | 28 000 | [19 000 - 40 000] |
| Madagascar | 7 500 | [3 200 - 16 000] | 4 900 | [2 100 - 11 000] | 30 000 | [20 000 - 42 000] | 18 000 | [12 000 - 25 000] |
| Malawi * | 84 000 | [58 000 - 120 000] | 75 000 | [52 000 - 110 000] | 500 000 | [330 000 - 710 000] | 390 000 | [260 000 - 560 000] |
| Mali | 12 000 | [5 100 - 29 000] | 11 000 | [4 500 - 26 000] | 75 000 | [50 000 - 110 000] | 59 000 | [40 000 - 85 000] |
| Mauricio | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritania | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | 2 000 | [1 100 - 2 300] | 1 000 | [700 - 1 400] |
| Mozambique | 110 000 | [74 000 - 160 000] | 89 000 | [60 000 - 130 000] | 470 000 | [310 000 - 670 000] | 330 000 | [220 000 - 470 000] |
| Namibia | 16 000 | [11 000 - 22 000] | 11 000 | [7 900 - 16 000] | 57 000 | [38 000 - 81 000] | 33 000 | [22 000 - 48 000] |
| Niger | 4 800 | [2 300 - 9 800] | 3 600 | [1 700 - 7 600] | 24 000 | [16 000 - 35 000] | 16 000 | [11 000 - 23 000] |
| Nigeria | 310 000 | [200 000 - 490 000] | 260 000 | [160 000 - 410 000] | 1 800 000 | [1 200 000 - 2 600 000] | 1 300 000 | [890 000 - 1 900 000] |
| Rwanda * | 22 000 | [14 000 - 36 000] | 21 000 | [14 000 - 34 000] | 160 000 | [110 000 - 240 000] | 160 000 | [110 000 - 230 000] |
| Senegal * | 3 500 | [1 900 - 6 500] | 2 800 | [1 500 - 5 300] | 17 000 | [12 000 - 25 000] | 12 000 | [8 200 - 18 000] |
| Sierra Leona | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Somalia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudáfrica * | 370 000 | [270 000 - 520 000] | 270 000 | [190 000 - 390 000] | 1 100 000 | [710 000 - 1 500 000] | 660 000 | [440 000 - 940 000] |
| Swazilandia ** | 17 000 | [13 000 - 23 000] | 13 000 | [9 900 - 18 000] | 65 000 | [43 000 - 93 000] | 44 000 | [30 000 - 63 000] |
| Rep. Unida de Tanzania * | 160 000 | [110 000 - 230 000] | 150 000 | [98 000 - 220 000] | 980 000 | [660 000 - 1 400 000] | 790 000 | [530 000 - 1 100 000] |
| Togo | 10 000 | [6 400 - 16 000] | 8 900 | [5 600 - 14 000] | 54 000 | [36 000 - 77 000] | 37 000 | [25 000 - 53 000] |
| Uganda * | 78 000 | [54 000 - 120 000] | 94 000 | [66 000 - 140 000] | 940 000 | [630 000 - 1 400 000] | 910 000 | [610 000 - 1 300 000] |
| Zambia | 89 000 | [63 000 - 130 000] | 88 000 | [62 000 - 120 000] | 630 000 | [420 000 - 910 000] | 570 000 | [380 000 - 810 000] |
| Zimbabwe | 170 000 | [130 000 - 230 000] | 160 000 | [120 000 - 220 000] | 980 000 | [660 000 - 1 400 000] | 830 000 | [560 000 - 1 200 000] |
| Asia oriental | 44 000 | [22 000 - 75 000] | 31 000 | [15 000 - 52 000] | ... | ... | ... | ... |
| China | 44 000 | [21 000 - 75 000] | 30 000 | [15 000 - 51 000] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Corea | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Pop. Dem. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.E. | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Japón | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Mongolia | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Oceania | 700 | [<1 300] | 400 | [<800] | ... | ... | ... | ... |
| Australia | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Fiji | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Nueva Zelanda | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Papua Nueva Guinea | 600 | [200 - 1 200] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |

| País | 4. Prevalencia del VIH (%) en mujeres jóvenes embarazadas (15-24) en la capital | | 5. Prevalencia del VIH (%) en los grupos de alto riesgo, en la capital | | | | 6. Nivel de conocimiento y del comportamiento | | | |
|----------------------------|---|---------|--|---------|------------------------|---------|--|---------|--|-------|
| | Año | Mediana | Consumidores de drogas intravenosas | | Profesionales del sexo | | Varones que tienen relaciones sexuales con varones | | Saben que una persona de aspecto sano puede estar infectada por el VIH (%) (15-24) | |
| | | | Año | Mediana | Año | Mediana | Año | Mediana | Mujer | Varón |
| Total mundial | | | | | | | | | | |
| África subsahariana | | | | | | | | | | |
| Angola | ... | ... | ... | ... | 2002 | 33,3 | ... | ... | ... | ... |
| Benin | 2002 | 2,3 | ... | ... | 2001 | 60,5 | ... | ... | 56 | 69 |
| Botswana * | 2003 | 32,9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 81 | 76 |
| Burkina Faso * | 2002 | 2,3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 42 v | 64 v |
| Burundi | 2002 | 13,6 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 66 | ... |
| Camerún * | 2002 | 7,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 57 | 63 |
| Rep. Centroafricana | 2002 | 14,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 46 | ... |
| Chad | 2003 | 4,8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 28 | ... |
| Comoras | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 55 | ... |
| Congo | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Dem. del Congo ** | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Côte d'Ivoire | 2002 | 5,2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 64 | 67 |
| Djibouti | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eritrea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 79 | ... |
| Etiopía | 2003 | 11,7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 39 | 54 |
| Gabón | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 72 | 81 |
| Gambia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 53 | ... |
| Ghana * | 2003 | 3,9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 71 | 77 |
| Guinea * | ... | ... | ... | ... | 2001 | 39,7 | ... | ... | 60 | 56 |
| Guinea-Bissau | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 31 | ... |
| Guinea Ecuatorial | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 46 | ... |
| Kenya | ... | ... | ... | ... | 2000 | 25,5 | ... | ... | 74 | 80 |
| Lesotho * | 2003 | 27,8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 46 | ... |
| Liberia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Madagascar | ... | ... | ... | ... | 2001 | 0,2 | ... | ... | 27 | ... |
| Malawi * | 2003 | 18,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 84 | 89 |
| Mali | 2003 | 2,2 | ... | ... | 2000 | 21,0 | ... | ... | 46 | 59 |
| Mauricio | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 30 | 39 |
| Mozambique | 2002 | 14,7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 62 | 71 |
| Namibia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 82 | 87 |
| Níger | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 37 | 41 |
| Nigeria | 2003 | 4,2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 45 | 51 |
| Rwanda * | 2002 | 11,6 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 64 | 69 |
| Senegal * | 2002 | 1,1 | ... | ... | 2002 | 14,2 | ... | ... | 46 | ... |
| Sierra Leona | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 35 | ... |
| Somalia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 13 | ... |
| Sudáfrica * | 2002 | 24,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 54 | ... |
| Swazilandia ** | 2002 | 39,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 81 | ... |
| Rep. Unida de Tanzania * | 2002 | 7,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 65 | 68 |
| Togo | 2003 | 9,1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 66 | 73 |
| Uganda * | 2001 | 10,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 76 | 83 |
| Zambia | 2002 | 22,1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 74 | 73 |
| Zimbabwe | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 74 | 83 |
| Asia oriental | | | | | | | | | | |
| China | ... | ... | 2000 | 0,0 | 2000 | 0,2 | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Pop. Dem. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.E. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Japón | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 | 2,9 | ... | ... |
| Mongolia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 57 | ... |
| Oceania | | | | | | | | | | |
| Australia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Fiji | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nueva Zelanda | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Papua Nueva Guinea | ... | ... | ... | ... | 2000 | 16,0 | ... | ... | ... | ... |

| 6. Indicadores del nivel de conocimiento y del comportamiento | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---|-------|---|-------|--|-------|--------|
| País | Pueden identificar dos métodos de prevención y rechazar tres ideas erróneas (%) (15-24) | | Han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (%) (15-19) | | Relaciones sexuales de alto riesgo comunicadas en el último año (%) (15-24) | | Uso de un preservativo en la última relación sexual de alto riesgo, entre quienes comunicaron tales prácticas en el último año (%) (15-24) | | Año |
| | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | |
| Total mundial | | | | | | | | | |
| África subsahariana | | | | | | | | | |
| Angola | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Benin | 8 | 14 | 16 | 24 | 36 | 90 | 19 | 34 | 2001 d |
| Botswana * | 40 | 33 | ... | ... | ... | ... | 75 x | 88 x | 2001 b |
| Burkina Faso * | ... | ... | 12 | 8 | 19 | 82 | 41 | 55 | 1999 d |
| Burundi | 24 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Camerún * | 16 c x | ... | 26 | 18 | 41 | 86 | 16 | 31 | 1998 d |
| Rep. Centrafricana | 5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Chad | 5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Comoras | 10 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Congo | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Dem. del Congo ** | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Côte d'Ivoire | 16 c x | ... | 22 | 14 | 51 | 91 | 25 | 56 | 1998 d |
| Djibouti | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eritrea | ... | ... | 9 | ... | ... | ... | ... | ... | 2002 d |
| Etiopía | ... | ... | 14 | 5 | 7 | 64 | 17 | 30 | 2000 d |
| Gabón | 24 | 22 | 24 | 48 | 53 | 75 | 33 | 48 | 2000 d |
| Gambia | 15 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Ghana * | ... | ... | 7 | 4 | ... | ... | ... | ... | 1998 d |
| Guinea * | ... | ... | 27 | 20 | 23 | 92 | 17 | 32 | 1999 d |
| Guinea-Bissau | 8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Guinea Ecuatorial | 4 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Kenya | 26 c x | ... | 15 | 32 | 39 | 92 | 14 | 43 | 1998 d |
| Lesotho * | 18 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Liberia | ... | ... | 32 | 12 | ... | ... | ... | ... | 1999 d |
| Madagascar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Malawi * | 34 | 41 | 17 | 29 | 17 | 71 | 32 | 38 | 2000 d |
| Mali | 9 | 15 | 26 | 11 | 18 | 85 | 14 | 30 | 2001 d |
| Mauricio | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mauritania | ... | ... | 13 | 2 | ... | ... | ... | ... | 2000 d |
| Mozambique | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2001 e |
| Namibia | 31 | 41 | 10 | 31 | 80 | 85 | 48 | 69 | 2000 d |
| Níger | 5 c x | ... | 28 | 10 | 4 | 56 | 7 | 30 | 1998 d |
| Nigeria | ... | ... | 16 | 8 | ... | ... | ... | ... | 1999 d |
| Rwanda * | 23 | 20 | 3 | ... | 10 | 42 | 23 | 55 | 2000 d |
| Senegal * | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Sierra Leona | 16 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Somalia | 0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Sudáfrica * | 20 | ... | 9 | ... | ... | ... | 20 | ... | 1998 d |
| Swazilandia ** | 27 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Rep. Unida de Tanzania * | 26 | 29 | 15 | 24 | 40 | 87 | 21 | 31 | 1999 d |
| Togo | 20 c x | ... | 20 | ... | 51 | 89 | 22 | 41 | 1998 d |
| Uganda * | 28 | 40 | 14 | 16 | 22 | 59 | 44 | 62 | 2000 d |
| Zambia | 31 | 33 | 18 | 27 | 19 | 50 | 33 | 42 | 2001 d |
| Zimbabwe | ... | ... | 3 | 6 | 20 | 82 | 42 | 69 | 1999 d |
| Asia oriental | | | | | | | | | |
| China | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Pop. Dem. de Corea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hong Kong R.A.E. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Japón | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mongolia | 32 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Oceania | | | | | | | | | |
| Australia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Fiji | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nueva Zelanda | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Papua Nueva Guinea | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH

| País | Adultos y niños, final de 2003 | | Adultos y niños, final de 2001 | | Adultos (15-49), final de 2003 | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Asia meridional/sudoriental | 6 500 000 | [4 100 000 - 9 600 000] | 5 900 000 | [3 700 000 - 8 700 000] | 6 300 000 | [4 000 000 - 9 300 000] |
| Afganistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh ** | ... | [2 500 - 15 000] | ... | [2 200 - 13 000] | ... | [2 400 - 15 000] |
| Bhután | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | <200 | [<400] | <200 | [<400] | <200 | [<400] |
| Cambodia | 170 000 | [100 000 - 290 000] | 170 000 | [100 000 - 270 000] | 170 000 | [99 000 - 280 000] |
| Filipinas | 9 000 | [3 000 - 18 000] | 4 400 | [1 400 - 8 700] | 8 900 | [2 900 - 18 000] |
| India | 5 100 000 | [2 500 000 - 8 500 000] | 3 970 000 | [2 100 000 - 7 100 000] | 5 000 000 | [2 500 000 - 8 200 000] |
| Indonesia | 110 000 | [53 000 - 180 000] | 58 000 | [28 000 - 95 000] | 110 000 | [53 000 - 180 000] |
| Irán (Rep. Islámica del) | 31 000 | [10 000 - 61 000] | 18 000 | [6 000 - 36 000] | 31 000 | [10 000 - 60 000] |
| Rep. Dem. Popular Lao | 1 700 | [600 - 3 600] | 800 | [300 - 1 600] | 1 700 | [550 - 3 300] |
| Malasia | 52 000 | [25 000 - 86 000] | 42 000 | [20 000 - 70 000] | 51 000 | [25 000 - 84 000] |
| Maldivas | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar ** | 330 000 | [170 000 - 620 000] | 280 000 | [150 000 - 510 000] | 320 000 | [170 000 - 610 000] |
| Nepal | 61 000 | [29 000 - 110 000] | 45 000 | [22 000 - 78 000] | 60 000 | [29 000 - 98 000] |
| Pakistán | 74 000 | [24 000 - 150 000] | 63 000 | [21 000 - 130 000] | 73 000 | [24 000 - 140 000] |
| Singapur | 4 100 | [1 300 - 8 000] | 3 400 | [1 100 - 6 700] | 4 100 | [1 300 - 8 000] |
| Sri Lanka | 3 500 | [1 200 - 6 900] | 2 200 | [700 - 4 300] | 3 500 | [1 100 - 6 800] |
| Tailandia | 570 000 | [310 000 - 1 000 000] | 630 000 | [360 000 - 1 100 000] | 560 000 | [310 000 - 1 000 000] |
| Viet Nam | 220 000 | [110 000 - 360 000] | 150 000 | [75 000 - 250 000] | 200 000 | [100 000 - 350 000] |
| Europa oriental/Asia central | 1 300 000 | [860 000 - 1 900 000] | 890 000 | [570 000 - 1 300 000] | 1 300 000 | [850 000 - 1 900 000] |
| Armenia | 2 600 | [1 200 - 4 300] | 2 000 | [990 - 3 400] | 2 500 | [1 200 - 4 100] |
| Azerbaiyán | 1 400 | [500 - 2 800] | ... | ... | 1 400 | [500 - 2 800] |
| Belarús | ... | [12 000 - 42 000] | ... | [10 000 - 39 000] | ... | [12 000 - 40 000] |
| Bosnia y Herzegovina | 900 | [300 - 1 800] | ... | ... | 900 | [300 - 1 800] |
| Bulgaria | <500 | [<1 000] | ... | ... | <500 | [<1 000] |
| Rep. Checa | 2 500 | [800 - 4 900] | 2 100 | [750 - 4 700] | 2 500 | [820 - 4 900] |
| Croacia | <200 | [<400] | ... | ... | <200 | [<400] |
| Eslovaquia | <200 | [<400] | ... | ... | <200 | [<400] |
| Estonia | 7 800 | [2 600 - 15 000] | 5 100 | [1 700 - 10 000] | 7 700 | [2 500 - 15 000] |
| Georgia | 3 000 | [2 000 - 12 000] | 1 500 | [660 - 4 000] | 3 000 | [2 000 - 12 000] |
| Hungría | 2 800 | [900 - 5 500] | ... | ... | 2 800 | [900 - 5 500] |
| Kazajstán | 16 500 | [5 800 - 35 000] | 10 400 | [5 000 - 30 000] | 16 400 | [5 700 - 34 000] |
| Kirguistán | 3 900 | [1 500 - 8 000] | 1 500 | [700 - 4 000] | 3 900 | [1 500 - 8 000] |
| Letonia | 7 600 | [3 700 - 12 000] | 6 000 | [2 900 - 9 800] | 7 500 | [3 700 - 12 000] |
| Lituania | 1 300 | [400 - 2 600] | 1 100 | [400 - 2 200] | 1 300 | [400 - 2 600] |
| Rep. de Moldova | 5 500 | [2 700 - 9 000] | ... | ... | 5 500 | [2 700 - 9 000] |
| Polonia | 14 000 | [6 900 - 23 000] | ... | ... | 14 000 | [6 900 - 23 000] |
| Rumania | 6 500 | [4 800 - 8 900] | 4 000 | [4 000 - 4 000] | 2 500 | [800 - 4 900] |
| Federación de Rusia | 860 000 | [420 000 - 1 400 000] | 530 000 | [260 000 - 870 000] | 860 000 | [420 000 - 1 400 000] |
| Tayikistán | <200 | [<400] | ... | ... | <200 | [<400] |
| Turkmenistán | <200 | [<400] | ... | ... | <200 | [<400] |
| Ucrania | 360 000 | [180 000 - 590 000] | 300 000 | [150 000 - 490 000] | 360 000 | [170 000 - 580 000] |
| Uzbekistán | 11 000 | [4 900 - 30 000] | 3 000 | [1 900 - 12 000] | 11 000 | [4 900 - 29 000] |
| Europa occidental | 580 000 | [460 000 - 730 000] | 540 000 | [430 000 - 690 000] | 570 000 | [450 000 - 720 000] |
| Albania | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Alemania | 43 000 | [21 000 - 71 000] | 41 000 | [20 000 - 68 000] | 43 000 | [21 000 - 71 000] |
| Austria | 10 000 | [5 000 - 16 000] | 10 000 | [4 900 - 16 000] | 10 000 | [4 900 - 16 000] |
| Bélgica | 10 000 | [5 300 - 17 000] | 8 400 | [4 300 - 14 000] | 10 000 | [4 900 - 16 000] |
| Dinamarca | 5 000 | [2 500 - 8 200] | 4 600 | [2 300 - 7 600] | 5 000 | [2 500 - 8 200] |
| Eslovenia | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] |
| España | 140 000 | [67 000 - 220 000] | 130 000 | [65 000 - 210 000] | 130 000 | [66 000 - 220 000] |
| Finlandia | 1 500 | [500 - 3 000] | 1 200 | [400 - 2 400] | 1 500 | [500 - 3 000] |
| Francia | 120 000 | [60 000 - 200 000] | 110 000 | [56 000 - 190 000] | 120 000 | [59 000 - 200 000] |
| Grecia | 9 100 | [4 500 - 15 000] | 8 900 | [4 400 - 14 000] | 9 000 | [4 400 - 15 000] |
| Irlanda | 2 800 | [1 100 - 5 300] | 2 400 | [800 - 4 900] | 2 600 | [900 - 5 100] |
| Islandia | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | <200 | [<400] |
| Italia | 140 000 | [67 000 - 220 000] | 130 000 | [65 000 - 210 000] | 140 000 | [66 000 - 220 000] |
| Luxemburgo | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] |
| Ex Rep. Y. de Macedonia | <200 | [<400] | <200 | [<400] | <200 | [<400] |
| Malta | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Adultos (15-49), final de 2001 | | Prevalencia en adultos (15-49), final de 2003 (%) | | Prevalencia en adultos (15-49), final de 2001 (%) | | Mujeres (15-49), final de 2003 | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Asia meridional/sudoriental | 5 800 000 | [3 700 000 - 8 400 000] | 0,6 | [0,4 - 0,9] | 0,6 | [0,4 - 0,9] | 1 800 000 | [1 200 000 - 2 700 000] |
| Afganistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh ** | ... | [2 200 - 13 000] | ... | <0,2] | ... | <0,2] | ... | [400 - 2 500] |
| Bhután | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | <200 | [<400] | <0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | <200 | [<400] |
| Camboya | 160 000 | [100 000 - 260 000] | 2,6 | [1,5 - 4,4] | 2,7 | [1,7 - 4,3] | 51 000 | [31 000 - 86 000] |
| Filipinas | 4 300 | [1 400 - 8 500] | <0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | 2 000 | [700 - 4 000] |
| India | 3 800 000 | [2 100 000 - 6 900 000] | 0,9 | [0,5 - 1,5] | 0,8 | [0,4 - 1,3] | 1 900 000 | [710 000 - 2 400 000] |
| Indonesia | 57 000 | [28 000 - 94 000] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | <0,2] | 15 000 | [7 100 - 24 000] |
| Irán (Rep. Islámica del) | 18 000 | [6 000 - 36 000] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | <0,2] | 3 800 | [1 200 - 7 400] |
| Rep. Dem. Popular Lao | 800 | [300 - 1 500] | 0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | <500 | [<1 000] |
| Malasia | 41 000 | [20 000 - 68 000] | 0,4 | [0,2 - 0,7] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 8 500 | [4 100 - 14 000] |
| Maldivas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar ** | 270 000 | [140 000 - 500 000] | 1,2 | [0,6 - 2,2] | 1,0 | [0,6 - 1,9] | 97 000 | [51 000 - 180 000] |
| Nepal | 44 000 | [22 000 - 72 000] | 0,5 | [0,3 - 0,9] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 16 000 | [7 200 - 24 000] |
| Pakistán | 62 000 | [20 000 - 120 000] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 8 900 | [3 000 - 18 000] |
| Singapur | 3 400 | [1 100 - 6 600] | 0,2 | [0,1 - 0,5] | 0,2 | [0,1 - 0,4] | 1 000 | [300 - 2 000] |
| Sri Lanka | 2 200 | [700 - 4 300] | <0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | 600 | [200 - 1 200] |
| Tailandia | 620 000 | [360 000 - 1 100 000] | 1,5 | [0,8 - 2,8] | 1,7 | [1,0 - 2,9] | 200 000 | [110 000 - 370 000] |
| Viet Nam | 150 000 | [75 000 - 250 000] | 0,4 | [0,2 - 0,8] | 0,3 | [0,2 - 0,6] | 65 000 | [31 000 - 110 000] |
| Europa oriental/Asia central | 880 000 | [570 000 - 1 300 000] | 0,6 | [0,4 - 0,9] | 0,4 | [0,3 - 0,6] | 440 000 | [280 000 - 650 000] |
| Armenia | 2 000 | [1 000 - 3 300] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 900 | [400 - 1 400] |
| Azerbaiyán | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Belarús | ... | [10 000 - 38 000] | ... | [0,2 - 0,8] | ... | [0,2 - 0,7] | ... | [3 100 - 14 000] |
| Bosnia y Herzegovina | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Bulgaria | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Checa | 2 100 | [750 - 4 700] | 0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | 800 | [300 - 1 700] |
| Croacia | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Eslovaquia | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Estonia | 5 000 | [1 700 - 9 900] | 1,1 | [0,4 - 2,1] | 0,7 | [0,2 - 1,3] | 2 600 | [900 - 5 200] |
| Georgia | 1 500 | [700 - 3 900] | 0,1 | [0,1 - 0,4] | <0,1 | <0,2] | 1 000 | [700 - 4 000] |
| Hungría | ... | ... | 0,1 | [0,0 - 0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Kazajstán | 10 300 | [5 000 - 30 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,1 | <0,2] | 5 500 | [2 000 - 12 000] |
| Kirguistán | 1 500 | [700 - 4 000] | 0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | <800 | [<1 500] |
| Letonia | 5 900 | [2 900 - 9 700] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 0,5 | [0,2 - 0,8] | 2 500 | [1 200 - 4 100] |
| Lituania | 1 100 | [400 - 2 200] | 0,1 | <0,2] | 0,1 | <0,2] | <500 | [<1 000] |
| Rep. de Moldova | ... | ... | 0,2 | [0,1 - 0,3] | ... | ... | ... | ... |
| Polonia | ... | ... | 0,1 | [0,1 - 0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Rumania | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Federación de Rusia | 530 000 | [260 000 - 870 000] | 1,1 | [0,6 - 1,9] | 0,7 | [0,3 - 1,2] | 290 000 | [140 000 - 480 000] |
| Tayikistán | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Turkmenistán | ... | ... | <0,1 | <0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Ucrania | 300 000 | [150 000 - 490 000] | 1,4 | [0,7 - 2,3] | 1,2 | [0,6 - 1,9] | 120 000 | [59 000 - 200 000] |
| Uzbekistán | 3 000 | [1 900 - 11 000] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | <0,1 | <0,2] | 3 700 | [1 700 - 9 900] |
| Europa occidental | 540 000 | [420 000 - 680 000] | 0,3 | [0,2 - 0,4] | 0,3 | [0,2 - 0,4] | 150 000 | [110 000 - 190 000] |
| Albania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Alemania | 41 000 | [20 000 - 67 000] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 0,1 | [0,1 - 0,2] | 9 500 | [4 700 - 16 000] |
| Austria | 9 900 | [4 900 - 16 000] | 0,3 | [0,1 - 0,4] | 0,2 | [0,1 - 0,4] | 2 200 | [1 100 - 3 600] |
| Bélgica | 8 100 | [4 000 - 13 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 3 500 | [1 700 - 5 700] |
| Dinamarca | 4 600 | [2 300 - 7 500] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 900 | [400 - 1 500] |
| Eslovenia | <500 | [<1 000] | <0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | ... | ... |
| España | 130 000 | [64 000 - 210 000] | 0,7 | [0,3 - 1,1] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 27 000 | [13 000 - 44 000] |
| Finlandia | 1 200 | [400 - 2 400] | 0,1 | <0,2] | 0,1 | <0,2] | <500 | [<1 000] |
| Francia | 110 000 | [55 000 - 180 000] | 0,4 | [0,2 - 0,7] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 32 000 | [16 000 - 52 000] |
| Grecia | 8 800 | [4 300 - 14 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 1 800 | [900 - 3 000] |
| Irlanda | 2 200 | [700 - 4 300] | 0,1 | [0,0 - 0,3] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 800 | [300 - 1 500] |
| Islandia | <200 | [<400] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | <200 | [<400] |
| Italia | 130 000 | [64 000 - 210 000] | 0,5 | [0,2 - 0,8] | 0,5 | [0,2 - 0,8] | 45 000 | [22 000 - 74 000] |
| Luxemburgo | <500 | [<1 000] | 0,2 | [0,1 - 0,4] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | ... | ... |
| Ex Rep. Y. de Macedonia | <200 | [<400] | <0,1 | <0,2] | <0,1 | <0,2] | ... | ... |
| Malta | <500 | [<1 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | ... | ... |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Mujeres (15-49), final de 2001 | | Niños (0-14), final de 2003 | | Niños (0-14), final de 2001 | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Asia meridional/sudoriental | 1 600 000 | [1 000 000 - 2 300 000] | 160 000 | [91 000 - 300 000] | 130 000 | [77 000 - 260 000] |
| Afganistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh ** | ... | [300 - 2 100] | ... | ... | ... | ... |
| Bhután | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Camboya | 48 000 | [30 000 - 77 000] | 7 300 | [3 800 - 14 000] | 6 400 | [3 500 - 12 000] |
| Filipinas | 900 | [300 - 1 800] | ... | ... | ... | ... |
| India | 1 500 000 | [570 000 - 1 900 000] | 120 000 | [55 000 - 260 000] | 100 000 | [45 000 - 220 000] |
| Indonesia | 6 900 | [3 400 - 11 000] | ... | ... | ... | ... |
| Irán (Rep. Islámica del) | 1 900 | [600 - 3 800] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Dem. Popular Lao | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Malasia | 6 300 | [3 100 - 10 000] | ... | ... | ... | ... |
| Maldivas | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar ** | 78 000 | [42 000 - 140 000] | 7 600 | [3 600 - 16 000] | 5 700 | [2 800 - 12 000] |
| Nepal | 9 100 | [4 500 - 15 000] | ... | ... | ... | ... |
| Pakistán | 4 300 | [1 400 - 8 500] | ... | ... | ... | ... |
| Singapur | 800 | [300 - 1 500] | ... | ... | ... | ... |
| Sri Lanka | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Tailandia | 200 000 | [110 000 - 340 000] | 12 000 | [5 700 - 24 000] | 12 000 | [6 200 - 23 000] |
| Viet Nam | 41 000 | [21 000 - 69 000] | ... | ... | ... | ... |
| Europa oriental/Asia central | 280 000 | [180 000 - 410 000] | 8 100 | [6 600 - 12 000] | 7 000 | [5 800 - 9 700] |
| Armenia | 700 | [300 - 1 100] | ... | ... | ... | ... |
| Azerbaiyán | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Belarús | ... | [2 800 - 12 000] | ... | ... | ... | ... |
| Bosnia y Herzegovina | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bulgaria | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Checa | 700 | [300 - 1 600] | ... | ... | ... | ... |
| Croacia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eslovaquia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estonia | 1 600 | [500 - 3 200] | ... | ... | ... | ... |
| Georgia | <600 | [200 - 1 300] | ... | ... | ... | ... |
| Hungría | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kazajstán | 3 500 | [1 000 - 7 000] | ... | ... | ... | ... |
| Kirguistán | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Letonia | 1 900 | [900 - 3 100] | ... | ... | ... | ... |
| Lituania | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Moldova | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Polonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rumania | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Federación de Rusia | 170 000 | [85 000 - 280 000] | ... | ... | ... | ... |
| Tayikistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turkmenistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ucrania | 96 000 | [47 000 - 160 000] | ... | ... | ... | ... |
| Uzbekistán | 1 000 | [600 - 3 600] | ... | ... | ... | ... |
| Europa occidental | 130 000 | [100 000 - 170 000] | 6 200 | [4 900 - 7 900] | 5 800 | [4 600 - 7 400] |
| Albania | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Alemania | 8 100 | [4 000 - 13 000] | ... | ... | ... | ... |
| Austria | 2 200 | [1 100 - 3 600] | ... | ... | ... | ... |
| Bélgica | 2 900 | [1 400 - 4 800] | ... | ... | ... | ... |
| Dinamarca | 800 | [400 - 1 300] | ... | ... | ... | ... |
| Eslovenia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| España | 26 000 | [13 000 - 43 000] | ... | ... | ... | ... |
| Finlandia | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Francia | 30 000 | [15 000 - 49 000] | ... | ... | ... | ... |
| Grecia | 1 800 | [900 - 3 000] | ... | ... | ... | ... |
| Irlanda | 700 | [200 - 1 300] | ... | ... | ... | ... |
| Islandia | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Italia | 42 000 | [21 000 - 69 000] | ... | ... | ... | ... |
| Luxemburgo | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ex Rep. Y. de Macedonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malta | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| País | 2. Mortalidad por SIDA | | | | 3. Huérfanos por el SIDA | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| | Mortalidad de adultos y niños, final de 2003 | | Mortalidad de adultos y niños, final de 2001 | | Huérfanos (0-17) con vida, 2003 | | Huérfanos (0-17) con vida, 2001 | |
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Asia meridional/sudoriental | 460 000 | [290 000 - 700 000] | 390 000 | [240 000 - 590 000] | | | | |
| Afganistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh ** | ... | [<400] | ... | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Bhután | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Camboya | 15 000 | [9 100 - 25 000] | 13 000 | [7 800 - 21 000] | ... | ... | ... | ... |
| Filipinas | <500 | [<1 000] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| India | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Indonesia | 2 400 | [1 100 - 4 100] | 600 | [300 - 1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Irán (Rep. Islámica del) | 800 | [300 - 1 600] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Malasia | 2 000 | [1 000 - 3 600] | 1 500 | [700 - 2 900] | ... | ... | ... | ... |
| Maldivas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar ** | 20 000 | [11 000 - 35 000] | 14 000 | [7 800 - 26 000] | ... | ... | ... | ... |
| Nepal | 3 100 | [1 000 - 6 400] | 2 000 | [900 - 4 200] | ... | ... | ... | ... |
| Pakistán | 4 900 | [1 600 - 11 000] | 3 900 | [1 300 - 8 500] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Dem. Popular Lao | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Singapur | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Sri Lanka | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Tailandia | 58 000 | [34 000 - 97 000] | 58 000 | [34 000 - 96 000] | ... | ... | ... | ... |
| Viet Nam | 9 000 | [4 500 - 16 000] | 5 000 | [3 000 - 9 100] | ... | ... | ... | ... |
| Europa oriental/Asia central | 49 000 | [32 000 - 71 000] | 31 000 | [21 000 - 45 000] | | | | |
| Armenia | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Azerbaiyán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Belarús | ... | [900 - 3 300] | ... | [800 - 3 000] | ... | ... | ... | ... |
| Bosnia y Herzegovina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bulgaria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Checa | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Croacia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eslovaquia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estonia | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Georgia | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Hungría | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kazajstán | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Kirguistán | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Letonia | <500 | [<1 000] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Lituania | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Moldova | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Polonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rumania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Federación de Rusia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tayikistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turkmenistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ucrania | 20 000 | [9 600 - 33 000] | 14 000 | [7 000 - 24 000] | ... | ... | ... | ... |
| Uzbekistán | <500 | [<1 000] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Europa occidental | 6 000 | [<8000] | 6 000 | [<8000] | | | | |
| Albania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Alemania | <1 000 | [<2 000] | <1 000 | [<2 000] | ... | ... | ... | ... |
| Austria | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Bélgica | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Dinamarca | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Eslovenia | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| España | <1000 | [<2 000] | <1000 | [<2 000] | ... | ... | ... | ... |
| Finlandia | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Francia | <1 000 | [<2 000] | <1 000 | [<2 000] | ... | ... | ... | ... |
| Grecia | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Irlanda | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Islandia | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Italia | <1000 | [<2 000] | <1000 | [<2 000] | ... | ... | ... | ... |
| Luxemburgo | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Ex Rep. Y. de Macedonia | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Malta | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |

| País | 4. Prevalencia del VIH (%) en mujeres jóvenes embarazadas (15-24) en la capital | | 5. Prevalencia del VIH (%) en los grupos de alto riesgo, en la capital | | | | 6. Nivel de conocimiento y del comportamiento | | Saben que una persona de aspecto sano puede estar infectada por el VIH (%) (15-24) | |
|-------------------------------------|---|---------|--|---------|------|---------|---|---------|--|-------|
| | Año | Mediana | Año | Mediana | Año | Mediana | Año | Mediana | Mujer | Varón |
| Asia meridional/sudoriental | | | | | | | | | | |
| Afganistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh ** | ... | ... | 1999 | 2,5 | 2000 | 20,0 | 1999 | 0,3 | ... | ... |
| Bhután | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Camboya | ... | ... | ... | ... | 2002 | 18,5 | ... | ... | 62 | ... |
| Filipinas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 67 | ... |
| India | ... | ... | 2002 | 7,2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Indonesia | ... | ... | ... | ... | 2001 | 0,0 | ... | ... | 32 | ... |
| Irán (Rep. Islamica del) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Dem. Popular Lao | ... | ... | ... | ... | 2001 | 1,1 | ... | ... | ... | ... |
| Malasia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maldivas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar ** | ... | ... | 2000 | 37,1 | 2000 | 26,0 | ... | ... | ... | ... |
| Nepal | ... | ... | 2000 | 50,0 | 2002 | 17,0 | ... | ... | ... | ... |
| Pakistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Singapur | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sri Lanka | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tailandia | ... | ... | 2002 | 53,7 | 2002 | 2,6 | ... | ... | ... | ... |
| Viet Nam | ... | ... | 2001 | 22,3 | 2001 | 11,5 | ... | ... | 63 | ... |
| Europa oriental/Asia central | | | | | | | | | | |
| Armenia | ... | ... | ... | ... | 1999 | 7,5 | ... | ... | 53 | 48 |
| Azerbaiyán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 35 | ... |
| Belarús | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bosnia y Herzegovina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 74 | ... |
| Bulgaria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Checa | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Croacia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eslovaquia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Georgia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Hungría | ... | ... | 2000 | 2,2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kazajstán | ... | ... | 2002 | 0,0 | ... | ... | ... | ... | 63 x | 73 x |
| Kirguistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Letonia | ... | ... | 2002 | 17,3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Lituania | ... | ... | ... | ... | 2001 | 0,5 | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Moldova | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 79 | ... |
| Polonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rumania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 70 | 77 |
| Federación de Rusia | ... | ... | ... | ... | 2002 | 3,0 | ... | ... | ... | ... |
| Tayikistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 8 | ... |
| Turkmenistan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 42 | ... |
| Ucrania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 78 | ... |
| Uzbekistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 41 | ... |
| Europa occidental | | | | | | | | | | |
| Albania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 40 | ... |
| Alemania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Austria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bélgica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Dinamarca | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eslovenia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1999 | 1,7 | ... | ... |
| España | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Finlandia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Francia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Grecia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Irlanda | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islandia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Italia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Luxemburgo | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ex Rep. Y. de Macedonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malta | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

| 6. Indicadores del nivel de conocimiento y del comportamiento | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---|-------|---|-------|--|-------|--------|
| País | Pueden identificar dos métodos de prevención y rechazar tres ideas erróneas (%) (15-24) | | Han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (%) (15-19) | | Relaciones sexuales de alto riesgo comunicadas en el último año (%) (15-24) | | Uso de un preservativo en la última relación sexual de alto riesgo, entre quienes comunicaron tales prácticas en el último año (%) (15-24) | | Año |
| | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | |
| Asia meridional/sudoriental | | | | | | | | | |
| Afganistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bangladesh ** | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bhután | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Brunei Darussalam | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Camboya | 37 | ... | 1 | ... | 1 | ... | ... | ... | 2000 d |
| Filipinas | ... | ... | 1 d v | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| India | 21 x | 17 x | ... | ... | 2 | 12 | 51 | 59 | 2001 a |
| Indonesia | 7 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Irán (Rep. Islámica del) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Dem. Popular Lao | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malasia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maldivas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Myanmar ** | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nepal | ... | ... | 9 | 20 | ... | ... | ... | ... | 2001 d |
| Pakistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Singapur | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sri Lanka | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tailandia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Viet Nam | 25 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Europa oriental/Asia central | | | | | | | | | |
| Armenia | 7 | 8 | 1 | 1 | 0 | 69 | 0 | 44 | 2000 d |
| Azerbaiyán | 2 | ... | 1 f y | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Belarús | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bosnia y Herzegovina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Bulgaria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. Checa | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Croacia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eslovaquia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Georgia | ... | ... | 3 | ... | ... | ... | ... | ... | 1999 f |
| Hungría | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kazajistán | ... | ... | 1 | 6 | 27 | 78 | 32 | 65 | 1999 d |
| Kirguistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Letonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Lituania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rep. de Moldova | 19 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Polonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rumania | ... | ... | 3 | 12 | ... | ... | ... | ... | 1999 f |
| Federación de Rusia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tayikistán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Turkmenistán | ... | ... | 0 | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 d |
| Ucrania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Uzbekistán | 3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Europa occidental | | | | | | | | | |
| Albania | 0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Alemania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Austria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bélgica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Dinamarca | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Eslovenia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| España | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Finlandia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Francia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Grecia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Irlanda | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islandia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Italia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Luxemburgo | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ex Rep. Y. de Macedonia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Malta | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Adultos y niños, final de 2003 | | Adultos y niños, final de 2001 | | Adultos (15-49), final de 2003 | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Noruega | 2 100 | [700 - 4 000] | 1 900 | [600 - 3 600] | 2 000 | [700 - 3 900] |
| Países Bajos | 19 000 | [9 500 - 31 000] | 17 000 | [8 500 - 28 000] | 19 000 | [9 300 - 31 000] |
| Portugal | 22 000 | [11 000 - 36 000] | 21 000 | [11 000 - 35 000] | 22 000 | [11 000 - 35 000] |
| Reino Unido | 51 000 | [25 000 - 82 000] | 43 000 | [21 000 - 69 000] | 47 000 | [24 000 - 81 000] |
| Serbia y Montenegro | 10 000 | [3 400 - 20 000] | 10 000 | [3 400 - 20 000] | 10 000 | [3 300 - 20 000] |
| Suecia | 3 600 | [1 200 - 6 900] | 3 400 | [1 100 - 6 600] | 3 500 | [1 200 - 6 900] |
| Suiza | 13 000 | [6 500 - 21 000] | 12 000 | [6 000 - 20 000] | 13 000 | [6 400 - 21 000] |
| África Norte/Oriente Medio | 480 000 | [200 000 - 1 400 000] | 340 000 | [130 000 - 910 000] | 460 000 | [190 000 - 1 300 000] |
| Arabia Saudita | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argelia | 9 100 | [3 000 - 18 000] | 6 800 | [2 200 - 14 000] | 9 000 | [3 000 - 18 000] |
| Bahrain | <600 | [200 - 1 100] | <500 | [<1 000] | <600 | [200 - 1 100] |
| Chipre | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egipto | 12 000 | [5 000 - 31 000] | 11 000 | [3 600 - 22 000] | 12 000 | [5 000 - 30 000] |
| Emiratos Árabes Unidos | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | <500 | [<1 000] | ... | ... | <500 | [<1 000] |
| Israel | 3 000 | [1 500 - 4 900] | ... | ... | 3 000 | [1 500 - 4 900] |
| Jamahiriya Árabe Libia | 10 000 | [3 300 - 20 000] | ... | ... | 10 000 | [3 300 - 20 000] |
| Jordania | 600 | [<1 000] | 600 | [<1 000] | <500 | [<1 000] |
| Kuwait | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Libano | 2 800 | [700 - 4 100] | 2 000 | [400 - 2 500] | 2 800 | [700 - 4 000] |
| Marruecos | 15 000 | [5 000 - 30 000] | ... | ... | 15 000 | [5 000 - 30 000] |
| Omán | 1 300 | [500 - 3 000] | 1 000 | [300 - 2 100] | 1 300 | [500 - 2 900] |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Árabe Siria | <500 | [300 - 2 100] | ... | ... | <500 | [300 - 2 100] |
| Sudán | 400 000 | [120 000 - 1 300 000] | 320 000 | [110 000 - 890 000] | 380 000 | [120 000 - 1 200 000] |
| Túnez | 1 000 | [400 - 2 400] | 600 | [200 - 1 200] | 1 000 | [400 - 2 300] |
| Turquía | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yemen | 12 000 | [4 000 - 24 000] | ... | ... | 12 000 | [4 000 - 24 000] |
| América del Norte | 1 000 000 | [520 000 - 1 600 000] | 950 000 | [490 000 - 1 500 000] | 990 000 | [510 000 - 1 600 000] |
| Canadá | 56 000 | [26 000 - 86 000] | 49 000 | [24 000 - 79 000] | 55 000 | [25 000 - 85 000] |
| Estados Unidos de América | 950 000 | [470 000 - 1 600 000] | 900 000 | [450 000 - 1 500 000] | 940 000 | [460 000 - 1 500 000] |
| Caribe | 430 000 | [270 000 - 760 000] | 400 000 | [270 000 - 650 000] | 410 000 | [260 000 - 720 000] |
| Bahamas | 5 600 | [3 200 - 8 700] | 5 200 | [3 300 - 8 300] | 5 200 | [3 100 - 8 400] |
| Barbados | 2 500 | [700 - 9 200] | 2 500 | [800 - 7 300] | 2 500 | [700 - 9 100] |
| Cuba | 3 300 | [1 100 - 6 600] | 3 200 | [1 100 - 6 500] | 3 300 | [1 100 - 6 400] |
| Haiti | 280 000 | [120 000 - 600 000] | 260 000 | [130 000 - 500 000] | 260 000 | [120 000 - 560 000] |
| Jamaica | 22 000 | [11 000 - 41 000] | 15 000 | [7 700 - 28 000] | 21 000 | [11 000 - 40 000] |
| República Dominicana | 88 000 | [48 000 - 160 000] | 90 000 | [52 000 - 150 000] | 85 000 | [47 000 - 150 000] |
| Trinidad y Tabago | 29 000 | [11 000 - 74 000] | 26 000 | [11 000 - 59 000] | 28 000 | [10 000 - 72 000] |
| América Latina | 1 600 000 | [1 200 000 - 2 100 000] | 1 400 000 | [1 100 000 - 1 800 000] | 1 600 000 | [1 200 000 - 2 000 000] |
| Argentina | 130 000 | [61 000 - 210 000] | 120 000 | [59 000 - 200 000] | 120 000 | [61 000 - 200 000] |
| Belize | 3 600 | [1 200 - 10 000] | 2 900 | [1 100 - 7 200] | 3 500 | [1 200 - 9 800] |
| Bolivia | 4 900 | [1 600 - 11 000] | 4 200 | [1 300 - 9 000] | 4 800 | [1 600 - 9 400] |
| Brasil | 660 000 | [320 000 - 1 100 000] | 630 000 | [310 000 - 1 000 000] | 650 000 | [320 000 - 1 100 000] |
| Chile | 26 000 | [13 000 - 44 000] | 25 000 | [12 000 - 42 000] | 26 000 | [13 000 - 43 000] |
| Colombia | 190 000 | [90 000 - 310 000] | 130 000 | [61 000 - 210 000] | 180 000 | [90 000 - 300 000] |
| Costa Rica | 12 000 | [6 000 - 21 000] | 11 000 | [5 500 - 19 000] | 12 000 | [6 000 - 20 000] |
| Ecuador | 21 000 | [10 000 - 38 000] | 20 000 | [9 700 - 36 000] | 20 000 | [10 000 - 34 000] |
| El Salvador | 29 000 | [14 000 - 50 000] | 24 000 | [12 000 - 43 000] | 28 000 | [14 000 - 46 000] |
| Guatemala | 78 000 | [38 000 - 130 000] | 69 000 | [34 000 - 110 000] | 74 000 | [36 000 - 120 000] |
| Guyana * | 11 000 | [3 500 - 35 000] | 11 000 | [4 300 - 30 000] | 11 000 | [3 300 - 33 000] |
| Honduras | 63 000 | [35 000 - 110 000] | 51 000 | [29 000 - 90 000] | 59 000 | [33 000 - 100 000] |
| México | 160 000 | [78 000 - 260 000] | 150 000 | [74 000 - 250 000] | 160 000 | [78 000 - 260 000] |
| Nicaragua | 6 400 | [3 100 - 12 000] | 5 800 | [2 700 - 10 000] | 6 200 | [3 000 - 10 000] |
| Panamá | 16 000 | [7 700 - 26 000] | 11 000 | [5 500 - 19 000] | 15 000 | [7 500 - 25 000] |
| Paraguay | 15 000 | [7 300 - 25 000] | 10 000 | [5 000 - 17 000] | 15 000 | [7 300 - 24 000] |
| Perú | 82 000 | [40 000 - 140 000] | 53 000 | [26 000 - 88 000] | 80 000 | [39 000 - 130 000] |
| Suriname | 5 200 | [1 400 - 18 000] | 4 100 | [1 300 - 13 000] | 5 000 | [1 400 - 18 000] |
| Uruguay | 6 000 | [2 800 - 9 700] | 5 600 | [2 700 - 9 500] | 5 800 | [2 800 - 9 400] |
| Venezuela | 110 000 | [47 000 - 170 000] | 73 000 | [35 000 - 120 000] | 100 000 | [47 000 - 160 000] |
| Total mundial | 37 800 000 | [34 600 000 - 42 300 000] | 34 900 000 | [32 000 000 - 39 000 000] | 35 700 000 | [32 700 000 - 39 800 000] |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Adultos (15-49), final de 2001 | | Prevalencia en adultos (15-49), final de 2003 (%) | | Prevalencia en adultos (15-49), final de 2001 (%) | | Mujeres (15-49), final de 2003 | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja - estimación alta] | Estimación | [estimación baja - estimación alta] | Estimación | [estimación baja - estimación alta] | Estimación | [estimación baja - estimación alta] |
| Noruega | 1 800 | [600 - 3 500] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | <500 | [<1 000] |
| Países Bajos | 17 000 | [8 300 - 28 000] | 0,2 | [0,1 - 0,4] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 3 800 | [1 900 - 6 200] |
| Portugal | 21 000 | [10 000 - 34 000] | 0,4 | [0,2 - 0,7] | 0,4 | [0,2 - 0,7] | 4 300 | [2 100 - 7 100] |
| Reino Unido | 39 000 | [20 000 - 68 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 14 000 | [7 100 - 24 000] |
| Serbia y Montenegro | 10 000 | [3 300 - 20 000] | 0,2 | [0,1 - 0,4] | 0,2 | [0,1 - 0,4] | 2 000 | [700 - 3 900] |
| Suecia | 3 300 | [1 100 - 6 500] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 900 | [300 - 1 800] |
| Suiza | 12 000 | [5 900 - 20 000] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 3 900 | [1 900 - 6 400] |
| África Norte/Oriente Medio | 320 000 | [130 000 - 860 000] | 0,2 | [0,1 - 0,6] | 0,2 | [0,1 - 0,5] | 220 000 | [70 000 - 690 000] |
| Arabia Saudita | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argelia | 6 800 | [2 200 - 13 000] | 0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | 1 400 | [500 - 2 700] |
| Bahrain | <500 | [<1 000] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | <500 | [<1 000] |
| Chipre | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egipto | 11 000 | [3 600 - 21 000] | <0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | 1 600 | [500 - 3 200] |
| Emiratos Árabes Unidos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | <0,1 | [<0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Israel | ... | ... | 0,1 | [0,1 - 0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriyá Árabe Libia | ... | ... | 0,3 | [0,1 - 0,6] | ... | ... | ... | ... |
| Jordania | <500 | [<1 000] | <0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | ... | ... |
| Kuwait | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Libano | 2 000 | [400 - 2 400] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [<0,2] | <500 | [<1 000] |
| Marruecos | ... | ... | 0,1 | [0,0 - 0,2] | ... | ... | ... | ... |
| Omán | 1 000 | [300 - 2 000] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | <500 | [<1 000] |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Árabe Siria | ... | ... | <0,1 | [<0,2] | ... | ... | <200 | [<1 000] |
| Sudán | 300 000 | [100 000 - 840 000] | 2,3 | [0,7 - 7,2] | 1,9 | [0,7 - 5,2] | 220 000 | [66 000 - 690 000] |
| Túnez | 500 | [200 - 1 100] | <0,1 | [<0,2] | <0,1 | [<0,2] | <500 | [<1 000] |
| Turquía | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yemen | ... | ... | 0,1 | [0,0 - 0,2] | ... | ... | ... | ... |
| América del Norte | 940 000 | [480 000 - 1 500 000] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 250 000 | [130 000 - 400 000] |
| Canadá | 48 000 | [24 000 - 79 000] | 0,3 | [0,2 - 0,5] | 0,3 | [0,2 - 0,5] | 13 000 | [6 400 - 21 000] |
| Estados Unidos de América | 890 000 | [440 000 - 1 500 000] | 0,6 | [0,3 - 1,1] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 240 000 | [120 000 - 390 000] |
| Caribe | 380 000 | [260 000 - 610 000] | 2,3 | [1,4 - 4,1] | 2,2 | [1,5 - 3,5] | 200 000 | [120 000 - 370 000] |
| Bahamas | 4 900 | [3 200 - 8 000] | 3,0 | [1,8 - 4,9] | 3,0 | [1,9 - 4,8] | 2 500 | [1 500 - 4 200] |
| Barbados | 2 500 | [800 - 7 300] | 1,5 | [0,4 - 5,4] | 1,5 | [0,5 - 4,4] | 800 | [200 - 3 100] |
| Cuba | 3 200 | [1 100 - 6 300] | 0,1 | [<0,2] | 0,1 | [<0,2] | 1 100 | [400 - 2 100] |
| Haiti | 240 000 | [130 000 - 460 000] | 5,6 | [2,5 - 11,9] | 5,5 | [2,8 - 10,4] | 150 000 | [66 000 - 320 000] |
| Jamaica | 14 000 | [7 500 - 27 000] | 1,2 | [0,6 - 2,2] | 0,8 | [0,4 - 1,6] | 10 000 | [5 500 - 20 000] |
| República Dominicana | 87 000 | [51 000 - 150 000] | 1,7 | [0,9 - 3,0] | 1,8 | [1,1 - 3,1] | 23 000 | [13 000 - 41 000] |
| Trinidad y Tabago | 26 000 | [11 000 - 57 000] | 3,2 | [1,2 - 8,3] | 3,0 | [1,3 - 6,8] | 14 000 | [5 200 - 36 000] |
| América Latina | 1 400 000 | [1 000 000 - 1 800 000] | 0,6 | [0,5 - 0,8] | 0,5 | [0,4 - 0,7] | 560 000 | [420 000 - 730 000] |
| Argentina | 120 000 | [59 000 - 200 000] | 0,7 | [0,3 - 1,1] | 0,7 | [0,3 - 1,1] | 24 000 | [12 000 - 39 000] |
| Belice | 2 800 | [1 100 - 6 900] | 2,4 | [0,8 - 6,9] | 2,1 | [0,8 - 5,2] | 1 300 | [400 - 3 600] |
| Bolivia | 4 000 | [1 300 - 7 900] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 0,1 | [0,0 - 0,2] | 1 300 | [400 - 2 500] |
| Brasil | 620 000 | [300 000 - 1 000 000] | 0,7 | [0,3 - 1,1] | 0,6 | [0,3 - 1,1] | 240 000 | [120 000 - 400 000] |
| Chile | 25 000 | [12 000 - 41 000] | 0,3 | [0,2 - 0,5] | 0,3 | [0,2 - 0,5] | 8 700 | [4 300 - 14 000] |
| Colombia | 120 000 | [61 000 - 200 000] | 0,7 | [0,4 - 1,2] | 0,5 | [0,3 - 0,8] | 62 000 | [30 000 - 100 000] |
| Costa Rica | 11 000 | [5 400 - 18 000] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 0,6 | [0,3 - 0,9] | 4 000 | [2 000 - 6 600] |
| Ecuador | 19 000 | [9 500 - 32 000] | 0,3 | [0,1 - 0,5] | 0,3 | [0,1 - 0,5] | 6 800 | [3 400 - 11 000] |
| El Salvador | 24 000 | [12 000 - 39 000] | 0,7 | [0,3 - 1,1] | 0,6 | [0,3 - 1,0] | 9 600 | [4 700 - 16 000] |
| Guatemala | 65 000 | [32 000 - 110 000] | 1,1 | [0,6 - 1,8] | 1,1 | [0,5 - 1,7] | 31 000 | [15 000 - 51 000] |
| Guyana * | 11 000 | [4 000 - 28 000] | 2,5 | [0,8 - 7,7] | 2,5 | [0,9 - 6,4] | 6 100 | [1 900 - 19 000] |
| Honduras | 48 000 | [27 000 - 84 000] | 1,8 | [1,0 - 3,2] | 1,6 | [0,9 - 2,8] | 33 000 | [19 000 - 59 000] |
| México | 150 000 | [74 000 - 250 000] | 0,3 | [0,1 - 0,4] | 0,3 | [0,1 - 0,4] | 53 000 | [26 000 - 87 000] |
| Nicaragua | 5 500 | [2 700 - 9 100] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 0,2 | [0,1 - 0,3] | 2 100 | [1 000 - 3 400] |
| Panamá | 11 000 | [5 400 - 18 000] | 0,9 | [0,5 - 1,5] | 0,7 | [0,3 - 1,1] | 6 200 | [3 100 - 10 000] |
| Paraguay | 10 000 | [5 000 - 17 000] | 0,5 | [0,2 - 0,8] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 3 900 | [1 900 - 6 400] |
| Perú | 51 000 | [25 000 - 84 000] | 0,5 | [0,3 - 0,9] | 0,4 | [0,2 - 0,6] | 27 000 | [13 000 - 44 000] |
| Suriname | 4 000 | [1 300 - 12 000] | 1,7 | [0,5 - 5,8] | 1,3 | [0,4 - 4,1] | 1 700 | [500 - 6 100] |
| Uruguay | 5 500 | [2 700 - 9 100] | 0,3 | [0,2 - 0,5] | 0,3 | [0,2 - 0,5] | 1 900 | [900 - 3 200] |
| Venezuela | 71 000 | [35 000 - 120 000] | 0,7 | [0,4 - 1,2] | 0,6 | [0,3 - 0,9] | 32 000 | [16 000 - 53 000] |
| Total mundial | 32 900 000 | [30 200 000 - 36 700 000] | 1,1 | [1,0 - 1,2] | 1,0 | [0,9 - 1,1] | 17 000 000 | [15 800 000 - 18 800 000] |

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH (cont.)

| País | Mujeres (15-49), final de 2001 | | Niños (0-14), final de 2003 | | Niños (0-14), final de 2001 | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Noruega | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Países Bajos | 3 300 | [1 600 - 5 400] | ... | ... | ... | ... |
| Portugal | 4 200 | [2 100 - 6 900] | ... | ... | ... | ... |
| Reino Unido | 11 000 | [5 500 - 19 000] | ... | ... | ... | ... |
| Serbia y Montenegro | 2 000 | [700 - 3 900] | ... | ... | ... | ... |
| Suecia | 900 | [300 - 1 700] | ... | ... | ... | ... |
| Suiza | 3 600 | [1 800 - 5 900] | ... | ... | ... | ... |
| África Norte/Oriente Medio | 170 000 | [62 000 - 480 000] | 21 000 | [6 300 - 72 000] | 16 000 | [5 400 - 48 000] |
| Arabia Saudita | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argelia | 800 | [300 - 1 600] | ... | ... | ... | ... |
| Bahrain | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Chipre | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egipto | 1 200 | [400 - 2 300] | ... | ... | ... | ... |
| Emiratos Árabes Unidos | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israel | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriya Árabe Libia | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordania | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kuwait | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Líbano | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Marruecos | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Omán | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Árabe Siria | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudán | 170 000 | [59 000 - 470 000] | 21 000 | [6 000 - 72 000] | 16 000 | [5 200 - 48 000] |
| Túnez | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Turquía | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yemen | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| América del Norte | 190 000 | [100 000 - 310 000] | 11 000 | [5 600 - 17 300] | 11 000 | [5 500 - 17 200] |
| Canadá | 12 000 | [5 900 - 20 000] | ... | ... | ... | ... |
| Estados Unidos de América | 180 000 | [88 000 - 300 000] | ... | ... | ... | ... |
| Caribe | 180 000 | [120 000 - 310 000] | 22 000 | [11 000 - 48 000] | 22 000 | [12 000 - 42 000] |
| Bahamas | 2 500 | [1 600 - 4 000] | <200 | [<400] | <200 | [<400] |
| Barbados | 800 | [300 - 2 400] | <200 | [<400] | <200 | [<400] |
| Cuba | 1 000 | [300 - 2 000] | ... | ... | ... | ... |
| Haiti | 140 000 | [71 000 - 260 000] | 19 000 | [7 900 - 45 000] | 18 000 | [8 700 - 39 000] |
| Jamaica | 7 200 | [3 700 - 14 000] | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] |
| República Dominicana | 23 000 | [13 000 - 39 000] | 2 200 | [1 100 - 4 400] | 2 100 | [1 100 - 4 100] |
| Trinidad y Tabago | 13 000 | [5 600 - 28 000] | 700 | [300 - 2 100] | 600 | [300 - 1 500] |
| América Latina | 480 000 | [360 000 - 640 000] | 25 000 | [20 000 - 41 000] | 24 000 | [19 000 - 40 000] |
| Argentina | 23 000 | [11 000 - 37 000] | ... | ... | ... | ... |
| Belice | 1 000 | [400 - 2 500] | <200 | [<400] | <200 | [<400] |
| Bolivia | 1 100 | [300 - 2 100] | ... | ... | ... | ... |
| Brasil | 230 000 | [110 000 - 380 000] | ... | ... | ... | ... |
| Chile | 8 000 | [3 900 - 13 000] | ... | ... | ... | ... |
| Colombia | 40 000 | [20 000 - 65 000] | ... | ... | ... | ... |
| Costa Rica | 3 500 | [1 700 - 5 700] | ... | ... | ... | ... |
| Ecuador | 6 200 | [3 000 - 10 000] | ... | ... | ... | ... |
| El Salvador | 7 700 | [3 800 - 13 000] | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | 27 000 | [13 000 - 45 000] | ... | ... | ... | ... |
| Guyana * | 6 100 | [2 300 - 16 000] | 600 | [200 - 2 000] | 700 | [200 - 1 900] |
| Honduras | 27 000 | [15 000 - 47 000] | 3 900 | [2 000 - 7 800] | 3 200 | [1 600 - 6 200] |
| México | 49 000 | [24 000 - 80 000] | ... | ... | ... | ... |
| Nicaragua | 1 800 | [900 - 2 900] | ... | ... | ... | ... |
| Panamá | 4 100 | [2 000 - 6 700] | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | 2 700 | [1 300 - 4 400] | ... | ... | ... | ... |
| Perú | 16 000 | [8 000 - 27 000] | ... | ... | ... | ... |
| Suriname | 1 300 | [400 - 3 900] | <200 | [<800] | <200 | [<800] |
| Uruguay | 1 800 | [900 - 2 900] | ... | ... | ... | ... |
| Venezuela | 23 000 | [11 000 - 37 000] | ... | ... | ... | ... |
| Total mundial | 15 700 000 | [14 600 000 - 17 400 000] | 2 100 000 | [1 900 000 - 2 500 000] | 2 000 000 | [1 800 000 - 2 300 000] |

| País | 2. Mortalidad por SIDA | | | | 3. Huérfanos por el SIDA | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| | Mortalidad de adultos y niños, final de 2003 | | Mortalidad de adultos y niños, final de 2001 | | Huérfanos (0-17) con vida, 2003 | | Huérfanos (0-17) con vida, 2001 | |
| | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] | Estimación | [estimación baja – estimación alta] |
| Noruega | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Países Bajos | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Portugal | <1000 | [<2 000] | <1000 | [<2 000] | ... | ... | ... | ... |
| Reino Unido | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Serbia y Montenegro | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Suecia | <100 | [<200] | <100 | [<200] | ... | ... | ... | ... |
| Suiza | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| África Norte/Oriente Medio | 24 000 | [9 900 - 62 000] | 17 000 | [7 500 - 40 000] | ... | ... | ... | ... |
| Arabia Saudita | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argelia | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Bahrain | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Chipre | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egipto | 700 | [200 - 1 600] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Emiratos Árabes Unidos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israel | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriya Árabe Libia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordania | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Kuwait | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Líbano | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Marruecos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Omán | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Árabe Siria | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudán | 23 000 | [8 700 - 61 000] | 16 000 | [6 800 - 39 000] | ... | ... | ... | ... |
| Túnez | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Turquía | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yemen | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| América del Norte | 16 000 | [8 300 - 25 000] | 16 000 | [8 300 - 25 000] | ... | ... | ... | ... |
| Canadá | 1 500 | [740 - 2 500] | 1 500 | [740 - 2 500] | ... | ... | ... | ... |
| Estados Unidos de América | 14 000 | [6 900 - 23 000] | 14 000 | [6 900 - 23 000] | ... | ... | ... | ... |
| Caribe | 35 000 | [23 000 - 59 000] | 32 000 | [22 000 - 50 000] | ... | ... | ... | ... |
| Bahamas | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Barbados | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Haití | 24 000 | [12 000 - 47 000] | 22 000 | [13 000 - 40 000] | ... | ... | ... | ... |
| Jamaica | 900 | [500 - 1 600] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | 7 900 | [4 700 - 13 000] | 7 000 | [4 200 - 12 000] | ... | ... | ... | ... |
| Trinidad y Tabago | 1 900 | [900 - 4 100] | 1 500 | [800 - 2 900] | ... | ... | ... | ... |
| América Latina | 84 000 | [65 000 - 110 000] | 63 000 | [50 000 - 81 000] | ... | ... | ... | ... |
| Argentina | 1 500 *** | [1 400 - 3 000] *** | 1 500 *** | [1 400 - 3 000] *** | ... | ... | ... | ... |
| Belice | <200 | [<400] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Bolivia | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Brasil | 15 000 *** | [14 000 - 22 000] *** | 14 600 *** | [13 000 - 20 000] *** | ... | ... | ... | ... |
| Chile | 1 400 | [700 - 2 500] | 800 | [400 - 1 500] | ... | ... | ... | ... |
| Colombia | 3 600 *** | [2 200 - 6 000] *** | 3 300 *** | [2 000 - 5 800] *** | ... | ... | ... | ... |
| Costa Rica | 900 | [400 - 1 600] | 800 | [400 - 1 400] | ... | ... | ... | ... |
| Ecuador | 1 700 | [800 - 3 600] | 1 600 | [700 - 3 200] | ... | ... | ... | ... |
| El Salvador | 2 200 | [1 000 - 4 100] | 2 000 | [1 000 - 3 800] | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | 5 800 | [2 900 - 10 000] | 4 900 | [2 400 - 8 400] | ... | ... | ... | ... |
| Guyana * | 1 100 | [500 - 2 600] | 1 300 | [600 - 2 700] | ... | ... | ... | ... |
| Honduras | 4 100 | [2 300 - 7 200] | 3 100 | [1 700 - 5 500] | ... | ... | ... | ... |
| México | 5 000 *** | [4 500 - 10 000] *** | 4 200 *** | [4 000 - 9 000] *** | ... | ... | ... | ... |
| Nicaragua | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Panamá | <500 | [<1 000] | <200 | [<400] | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | 600 | [300 - 1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Perú | 4 200 | [2 100 - 7 300] | 3 700 | [1 800 - 6 400] | ... | ... | ... | ... |
| Suriname | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Uruguay | <500 | [<1 000] | <500 | [<1 000] | ... | ... | ... | ... |
| Venezuela | 4 100 | [1 900 - 8 000] | 2 600 | [1 200 - 5 300] | ... | ... | ... | ... |
| Total mundial | 2 900 000 | [2 600 000 - 3 300 000] | 2 500 000 | [2 300 000 - 2 800 000] | 15 000 000 | [13 000 000 - 18 000 000] | 11 500 000 | [10 000 000 - 14 000 000] |

| País | 4. Prevalencia del VIH (%) en mujeres jóvenes embarazadas (15-24) en la capital | | 5. Prevalencia del VIH (%) en los grupos de alto riesgo, en la capital | | | | | | 6. Nivel de conocimiento y del comportamiento | |
|-----------------------------------|---|---------|--|---------|------------------------|---------|--|---------|---|-------|
| | Año | Mediana | Consumidores de drogas intravenosas | | Profesionales del sexo | | Varones que tienen relaciones sexuales con varones | | Mujer | Varón |
| | Año | Mediana | Año | Mediana | Año | Mediana | Año | Mediana | Mujer | Varón |
| Noruega | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Países Bajos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Portugal | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Reino Unido | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Serbia y Montenegro | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Suecia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Suiza | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| África Norte/Oriente Medio | | | | | | | | | | |
| Arabia Saudita | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argelia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahrain | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Chipre | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egipto | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Emiratos Árabes Unidos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israel | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriya Árabe Libia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kuwait | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Líbano | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Marruecos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Omán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Árabe Siria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Túnez | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turquía | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Yemen | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| América del Norte | | | | | | | | | | |
| Canadá | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estados Unidos de América | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Caribe | | | | | | | | | | |
| Bahamas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Barbados | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 91 | ... |
| Haiti | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 68 | 78 |
| Jamaica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | ... | ... | ... | ... | 1999 | 3,5 | ... | ... | 92 | 91 |
| Trinidad y Tabago | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 95 | ... |
| América Latina | | | | | | | | | | |
| Argentina | ... | ... | 2001 | 44,3 | ... | ... | 2001 | 24,3 | ... | ... |
| Belize | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bolivia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 64 | 74 |
| Brasil | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Chile | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Colombia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 82 | ... |
| Costa Rica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ecuador | ... | ... | ... | ... | 2002 | 14,0 | ... | ... | 58 w | ... |
| El Salvador | ... | ... | ... | ... | 2002 | 4,0 | 2002 | 17,7 | 68 | ... |
| Guatemala | ... | ... | ... | ... | 2002 | 3,3 | 2002 | 11,5 | ... | ... |
| Guyana * | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 84 | ... |
| Honduras | ... | ... | ... | ... | 2002 | 8,1 | 2002 | 8,2 | 81 | 90 |
| México | ... | ... | ... | ... | 1999 | 0,3 | ... | ... | ... | ... |
| Nicaragua | ... | ... | ... | ... | 2002 | 0,0 | 2002 | 9,3 | 73 z | ... |
| Panamá | ... | ... | ... | ... | 2002 | 1,8 | 2002 | 10,6 | ... | ... |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Perú | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2002 | 22,0 | 72 | ... |
| Suriname | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 70 | ... |
| Uruguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Venezuela | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 78 | ... |
| Total mundial | | | | | | | | | | |

| 6. Indicadores del nivel de conocimiento y del comportamiento | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---|-------|---|-------|--|-------|--------|
| País | Pueden identificar dos métodos de prevención y rechazar tres ideas erróneas (%) (15-24) | | Han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (%) (15-19) | | Relaciones sexuales de alto riesgo comunicadas en el último año (%) (15-24) | | Uso de un preservativo en la última relación sexual de alto riesgo, entre quienes comunicaron tales prácticas en el último año (%) (15-24) | | Año |
| | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | Mujer | Varón | |
| Noruega | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Países Bajos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Portugal | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Reino Unido | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Serbia y Montenegro | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Suecia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Suiza | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| África Norte/Oriente Medio | | | | | | | | | |
| Arabia Saudita | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argelia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahrain | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Chipre | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Egipto | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Emiratos Árabes Unidos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iraq | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Israel | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamahiriyá Árabe Libia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jordania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kuwait | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Líbano | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Marruecos | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Omán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Qatar | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Árabe Siria | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Sudán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Túnez | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Turquía | ... | ... | ... | 0 | ... | ... | ... | ... | 1998 d |
| Yemen | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| América del Norte | | | | | | | | | |
| Canadá | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Estados Unidos de América | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Caribe | | | | | | | | | |
| Bahamas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Barbados | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Cuba | 52 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Haiti | 14 | 24 | 12 | 28 | 59 | 93 | 19 | 30 | 2000 d |
| Jamaica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | ... | ... | 13 | 18 | 16 | 49 | ... | ... | 2002 d |
| Trinidad y Tabago | 33 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| América Latina | | | | | | | | | |
| Argentina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Belice | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bolivia | 22 c x | ... | 5 | 15 | ... | ... | ... | ... | 1998 d |
| Brasil | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Chile | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Colombia | ... | ... | 10 | ... | 49 | ... | 29 | ... | 2000 d |
| Costa Rica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ecuador | ... | ... | 7 | ... | ... | ... | ... | ... | 2001 f |
| El Salvador | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 1998 f |
| Guatemala | ... | ... | 7 | 15 | ... | ... | ... | ... | 2002 f |
| Guyana * | 36 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Honduras | ... | ... | 13 | 19 | ... | ... | ... | ... | 2001 f |
| México | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nicaragua | ... | ... | 11 | ... | 10 | ... | 17 | ... | 2001 d |
| Panamá | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Perú | ... | ... | 5 | ... | 29 | ... | 19 | ... | 2000 d |
| Suriname | 27 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Uruguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Venezuela | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 2000 c |
| Total mundial | | | | | | | | | |

Anexo:

Estimaciones y datos sobre el VIH/SIDA, final de 2003 y de 2001

Las estimaciones y datos presentados en el cuadro anterior corresponden, a menos que se indique lo contrario, al final de 2003 y de 2001. Han sido obtenidos y compilados por el ONUSIDA/OMS, que los ha remitido a los programas nacionales del SIDA para su revisión y comentarios, y no necesariamente reflejan las estimaciones oficiales utilizadas por los gobiernos nacionales. En el cuadro no aparecen estimaciones específicas para los países de los que no se disponía de datos recientes. Así, en el cálculo de los totales regionales se han utilizado modelos regionales o datos más antiguos con el fin de elaborar estimaciones mínimas para dichos países.

Las estimaciones se expresan en números redondeados. Sin embargo, en el cálculo de las tasas y los totales regionales se emplearon números no redondeados, de modo que puede haber discrepancias menores entre los totales regionales/mundiales y la suma de las cifras correspondientes a cada país.

La metodología general y los instrumentos de medición utilizados para obtener las estimaciones específicas para cada país que se presentan en el cuadro están descritos en *Sexually Transmitted Infections* 80 (Suppl 1):2004. Las estimaciones realizadas por el ONUSIDA/OMS se basan en métodos y parámetros propuestos por el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Elaboración de Modelos y Proyecciones sobre el VIH/SIDA.

Este Grupo de Referencia, que está compuesto por destacados investigadores del VIH/SIDA, la epidemiología, la demografía y otros campos conexos, evalúa los trabajos más recientes (publicados e inéditos) surgidos de estudios de investigación realizados en diversos países. Asimismo, revisa los avances en la comprensión de las epidemias de VIH y propone métodos para mejorar la calidad y precisión de las estimaciones.

Siguiendo las indicaciones del Grupo de Referencia, se ha desarrollado un nuevo programa informático

para elaborar modelos del curso de las epidemias de VIH y de su impacto. Estos cambios en los procedimientos y supuestos han permitido mejorar las estimaciones sobre el VIH y el SIDA correspondientes a 2003. Para que los lectores puedan evaluar las tendencias recientes en la epidemia, en el cuadro se incluyen las estimaciones correspondientes a final de 2001 obtenidas utilizando la misma metodología y los mismos datos utilizados para las estimaciones de 2003.

Las nuevas estimaciones que aparecen en el informe de 2004 se acompañan de intervalos de valores, denominados «límites de plausibilidad». Esos límites se corresponden con la incertidumbre asociada con cada una de las estimaciones. Cuanto más amplios son los límites, mayor es la incertidumbre relativa a una estimación. El grado de incertidumbre depende principalmente del tipo de epidemia, y de la calidad, cobertura y coherencia del sistema de vigilancia de un país. Puede encontrarse una descripción completa de los métodos utilizados para obtener los límites de plausibilidad en *Sexually Transmitted Infections* 80 (Suppl 1):2004.

En el presente informe se define a los adultos como los varones y mujeres de 15-49 años de edad. Pertenecen a este grupo de edad las personas que se encuentran en los años de mayor actividad sexual. Aunque el riesgo de infección por el VIH persiste más allá de los 50 años, la inmensa mayoría de las personas susceptibles de infectarse es muy probable que ya hayan contraído la infección a esa edad.

Dado que las estructuras demográficas difieren considerablemente de un país a otro, en especial por lo que respecta a los niños y adultos de edad más avanzada, la restricción de la categoría «adultos» a las personas de 15-49 años tiene la ventaja de mejorar la comparabilidad entre diferentes poblaciones. Este intervalo de edad se ha utilizado como denominador para calcular la tasa de prevalencia del VIH en adultos, y también es congruente con estimaciones previas.

Notas sobre los indicadores específicos citados en el cuadro

1. Número estimado de personas que vivían con el VIH, final de 2003 y de 2001

Estas estimaciones incluyen a todas las personas infectadas por el VIH, con independencia de que hubieran desarrollado o no síntomas de SIDA, que estaban con vida a final de 2003 y de 2001. Se han marcado con un asterisco (*) los países en los que en un futuro próximo se llevará a cabo una encuesta basada en la población con la medida de la prevalencia del VIH, mientras que llevan dos asteriscos (**) los países en los que recientemente se efectuó una nueva vigilancia pero los resultados no estaban disponibles para incluirlos en el proceso de estimación. No se han realizado estimaciones para algunos países con datos insuficientes de los últimos seis años.

Adultos y niños

Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001. Se define a los niños como a las personas de 0-14 años de edad.

Adultos (15-49 años)

Número estimado de adultos que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.

Prevalencia (%) en adultos (15-49 años)

Para calcular la tasa de prevalencia del VIH en adultos se dividió el número estimado de adultos que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 por la población adulta en 2003 (15-49 años), y se hizo lo mismo para 2001.

Mujeres (15-49 años)

Número estimado de mujeres (15-49 años) que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.

Niños (0-14 años)

Número estimado de niños menores de 15 años que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.

2. Mortalidad por SIDA

Adultos y niños

Número estimado de adultos y niños que fallecieron por SIDA durante 2003 y 2001. Las estimaciones y los intervalos marcados con tres asteriscos (***) se basan en datos de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales.

3. Huérfanos por el SIDA

Huérfanos (0-17 años) actualmente con vida

Número estimado de niños de 0-17 años que, para final de 2003, habían perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA.

4. Límites de plausibilidad de las estimaciones

Según la fiabilidad de los datos disponibles, puede haber mayor o menor incertidumbre en torno a cada una de las estimaciones. Aunque en todas las estimaciones existe un cierto grado de incertidumbre, en el presente informe se dan los límites de plausibilidad para las estimaciones siguientes:

- Número estimado de adultos (15-49 años) y niños (0-14 años) que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.
- Número estimado de adultos (15-49 años) que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.
- Número estimado de mujeres (15-49 años) que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.
- Número estimado de niños (0-14 años) que vivían con el VIH/SIDA a final de 2003 y de 2001.
- Número estimado de defunciones por SIDA en adultos (15-49 años) y niños (0-14 años) durante 2003 y 2001.
- Número estimado de huérfanos (0-17 años) por causa del SIDA en 2003 y 2001.

5. Prevalencia del VIH (%) en mujeres jóvenes embarazadas (15-24 años), dispensarios de atención prenatal de la capital

Se trata de uno de los indicadores elaborados para el seguimiento de la Declaración de compromiso adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001. Ofrece una estimación razonable de las tendencias relativamente recientes de la infección por el VIH en países con epidemias generalizadas (prevalencia superior al 1%), donde se transmite predominantemente por vía heterosexual. Se divide el número de mujeres embarazadas 15-24 años que acudieron a dispensarios de atención prenatal y cuya prueba del VIH resultó positiva por el número de mujeres embarazadas de la misma edad que se sometieron a la prueba. Se incluyen la

mediana de los dispensarios de la capital y el año del último informe.

6. Prevalencia del VIH (%) entre poblaciones específicas en alto riesgo de exposición al VIH, en la capital

Se recomienda utilizar este indicador para informar sobre los progresos realizados en el logro de las metas propuestas en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA de 2001 en países con niveles de epidemia bajos (prevalencia inferior al 1%; prevalencia en poblaciones específicas en alto riesgo, por encima del 5%). La mayoría de estos datos procede de la vigilancia centinela sistemática. En el cuadro se indica para cada uno de los grupos de población el año del informe más reciente y la mediana para los centros de vigilancia en la capital. Poblaciones específicas en alto riesgo de exposición al VIH incluidas en el cuadro:

- consumidores de drogas intravenosas
- profesionales del sexo
- varones que tienen relaciones sexuales con varones

7. Indicadores del nivel de conocimiento y del comportamiento

Antes de 2000, la definición de «prácticas sexuales de alto riesgo» variaba entre los estudios, y por tanto, los valores presentados debían considerarse como indicativos del nivel de riesgo en los países respectivos. Se han realizado esfuerzos para presentar resultados normalizados, pero los valores dados no deberían utilizarse para comparar niveles de riesgo entre los países.

Las fuentes se indican como sigue: 'a' Encuestas de vigilancia del comportamiento (FHI[U31]); 'b' Encuesta del impacto del SIDA en Botswana ([U32]2001); 'c' Encuesta a base de indicadores múltiples (UNICEF[U33]); 'd' Encuestas demográficas y de salud; 'e' Encuesta de salud sexual y reproductiva y del comportamiento sexual de jóvenes en Mozambique (INJAD, 2001[U34]); 'f' Encuesta de salud reproductiva (CDC[U35]). Para los indicadores procedentes de otras encuestas, se indica el año de la encuesta del modo siguiente: 'v' 1998; 'w' 1999; 'x' 2000; 'y' 2001; 'z' 2002.

Sabe que una persona de aspecto saludable puede tener el virus del SIDA (%) (15-24 años)

Porcentaje de varones y mujeres entrevistados de 15-24 años que saben que una persona de aspecto saludable puede estar infectada por el virus del SIDA.

Puede identificar dos métodos de prevención y rechazar tres ideas erróneas (%) (15-24 años)

Porcentaje de varones y mujeres entrevistados de 15-24 años que pueden identificar dos métodos mediante los cuales una persona puede evitar contraer el virus del SIDA (por ej., utilizar un preservativo y evitar tener múltiples parejas) y rechazar tres ideas erróneas (por ej., que una persona de aspecto saludable no tiene el virus del SIDA y que las picaduras de mosquitos pueden transmitir el virus del SIDA).

Empezó a tener relaciones sexuales antes de los 15 años (%) (15-19 años)

Porcentaje de varones y mujeres entrevistados de 15-19 años que afirman haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.

Prácticas sexuales de alto riesgo comunicadas por personas de 15-24 años en el último año (%)

Proporción de personas de 15-24 años entrevistadas que dicen haber tenido relaciones sexuales con una pareja no marital y no cohabitante en los últimos 12 meses [U36], de todos los encuestados que comunican haber tenido actividad sexual en el último año.

Uso de un preservativo por personas de 15-24 años en la última relación sexual de alto riesgo que han tenido, de todos los que tuvieron tales prácticas en el último año (%)

Porcentaje de personas de 15-24 años entrevistadas que dicen haber utilizado un preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no marital y no cohabitante, de todos los que tuvieron relaciones sexuales con una pareja de las mismas características en los últimos 12 meses.

Año

Año en que se efectuó la encuesta de recopilación de datos para evaluar los conocimientos y el comportamiento.

Referencias

Capítulo 1 – Vencer el SIDA: el nuevo plan de acción

Policy Project (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low and middle income countries in 2003. (en prensa).

Capítulo 2 – Panorama mundial de la epidemia de SIDA

Recuadro: Crecimiento de la infección por el VIH en las mujeres

Dunkle *et al.* (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection among women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363:1415–21.

PNUD (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia*. New York. Disponible en www.undp.org.np/publications/reghdr2003.

Resto del capítulo

Dhaka (2003). HIV in Bangladesh: is time running out? National AIDS/STD Programme of the Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh.

French K (2004). *Report for UNAIDS scenarios for Africa: the future of the HIV/AIDS epidemic in China, India, Russia and Eastern Europe*. London, Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College, marzo.

Girault *et al.* (2004). HIV, STIs, and sexual behaviours among men who have sex with men in Phnom Penh, Camboya.

Gisselquist *et al.* (2002). *International Journal of STD & AIDS*, 13:657–66.

Lydié N *et al.* (2004). Mobility, sexual behaviour and HIV infection in an urban population in Cameroon. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(1).

Lurie M *et al.* (2003). Who infects whom? HIV-1 concordance and discordance among migrant and non-migrant couples in South Africa. *AIDS*, 17(15).

Schmid G *et al.* (2004). Transmission of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa and effect of elimination of unsafe injections. *Lancet*, 363.

Stover, J (2004). *STI*, 80(Suppl. 1).

VanLandingham M, Trujillo L (2002). Recent changes in heterosexual attitudes, norms and behaviors among unmarried Thai men: a qualitative analysis. *International Family Planning Perspectives*, 28(1):6–15.

Capítulo 3 – El impacto del SIDA sobre las personas y sociedades

Recuadro: Las mujeres, más vulnerables al VIH que los varones

Cambodian National Institute of Statistics/Orc International (2000). *Cambodia demographic and health survey 2000: preliminary report*. Disponible en www.childinfo.org/MICS2/natIMICSrepz/Cambodia/PRELIMrj.pdf.

Glynn *et al.* (2001). Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15(Suppl. 4):S51–60.

HelpAge International and International HIV/AIDS Alliance (2003). *Forgotten families: older people as carers of orphans and vulnerable children*. Brighton, Reino Unido.

Human Rights Watch (2003). *Policy paralysis: a call for action on HIV/AIDS-related human rights abuses against women and girls in Africa*. Nueva York, Human Rights Watch USA. Disponible en <http://www.hrw.org/reports/2003/africa1203/africa1203.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística de Camboya /Orc International (2000). *Cambodia demographic and health survey 2000: preliminary report*. Disponible en www.childinfo.org/MICS2/natIMICSrepz/Cambodia/PRELIMrj.pdf.

Maman S, Mbwapo J K, Hogan N M *et al.* (2002). HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health*, 92(8):1331–7.

OMS (2001). *Violence against women and HIV/AIDS: setting the research agenda*. Informe de reunión, 23–25 de octubre de 2000. Ginebra. Disponible en whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.08.pdf.

UNICEF (2003). *Las generaciones huérfanas de África*, 2003. Nueva York. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/publications/index_16271.html.

Xu *et al.* (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in northern Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25(4):353–9.

Resto del capítulo

Adams A (1993). Food insecurity in Mali: exploring the role of the moral economy. *Institute for Development Studies Bulletin*, 24(4):41.

Akintola O, Quinlan T (2003). *Report of the scientific meeting on empirical evidence for the demographic and socioeconomic impact of HIV/AIDS*. Durban, 26–28 de marzo.

Asingwire N (1996). *AIDS and agricultural production: its impact and implications for community support in ACORD programme areas, Mbabara district*. Consultancy report, cited in Mutangadura G B. 2000. *Household welfare impacts of mortality of adult females in Zimbabwe: Implications for policy and program development*. Documento presentado en el Simposio del IAEN sobre la economía del SIDA. Durban, 7–8 de julio de 2000.

Bachmann M O, Booyens F L R (2003). Health and socioeconomic impact of HIV/AIDS on South African households: cohort study. *BioMedCentral*, 3(14).

Badcock-Walters P (2001). The impact of HIV/AIDS on education in KwaZulu-Natal. Durban, KZNDEC Provincial Education Development Unit.

Badcock-Walters P, Desmond C, Wilson D, Heard W (2003). Educator mortality in-service in KwaZulu-Natal: a consolidated study of HIV/AIDS impact and trends. Documento presentado en la Conferencia sobre Demografía y Socioeconomías. Durban, 28 de marzo.

Banco Mundial (1999). *Hacer frente al sida: Prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial*, edición revisada. Nueva York, Oxford University Press.

Barnett T, Whiteside A (2002). *AIDS in the 21st century: disease and globalization*. New York, Macmillan.

Baylies C (2002). The impact of AIDS on rural households in Africa: a shock like any other? *Development and Change* 33(4):611–632.

Beegle K (2003) Labor effects of adult mortality in Tanzanian households. World Bank Policy Research Working Paper 3062. Washington, DC, mayo.

Bell C, Devarajan S, Gersbach H (2003). The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa, June draft. Universidad de Heidelberg y Banco Mundial.

Bennell P, Hyde K, Swainson N (2002). *The impact of the HIV/AIDS epidemic on the education sector in sub-Saharan Africa: A synthesis of findings and recommendations of three country studies*. University of Sussex, febrero.

Bollinger L, Stover J (1999). The economic impact of AIDS in Kenya. The Futures Group International in collaboration with: Research Triangle Institute (RTI). Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA).

Cohen D (2002). Human capital and the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. Documento de trabajo 2. Ginebra, OIT.

Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (2002). *Informe de 2002 sobre los países menos adelantados: Escapar de la trampa de la pobreza*. Ginebra. Disponible en <http://www.unctad.org/Templates/webflyer.asp?docid=2026&intItemID=3075&lang=3&mode=highlights>.

-
- División de Población de las Naciones Unidas (2003). *The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications*. Nueva York. Septiembre.
- Food Economy Group (2001). *Food economy baseline training and assessment in Siavonga district, Zambia*. Abril.
- Goliber T J (2000). Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: the demographic question. Nueva York, Banco Mundial, AIDS Campaign Team for Africa (ACT). Disponible en wbi0018.worldbank.org/HDNet/HDdocs.nsf/0/9631986c0c414a8085256a33004f1e23?OpenDocument.
- Gould B, Huber U (2002). HIV/AIDS, poverty and schooling in Tanzania and Uganda. British Society for Population Studies meeting on Poverty and Well-being in HIV/AIDS affected African countries. Londres, 8 de enero. Disponible en www.socstats.soton.ac.uk/choices/Gould%20Paper.doc.
- Gregson S, Waddell H, Chandiwana S (2001). School education and HIV control in sub-Saharan Africa: from discord to harmony? 3 de marzo de 2001. Disponible en www.zimaid.co.zw/hae/webfiles/Electronic%20Versions/SchooleducationandHIVcontrolfromdiscord.doc.
- Harris A M, Schubert J G (2001). Defining « Quality » in the midst of HIV/AIDS: ripple effects in the classroom. 44th annual meeting of the Comparative and International Education Society, Washington, DC, marzo. Disponible en www.zimaid.co.zw/hae/webfiles/Electronic%20Versions/Defining%20Quality%20In%20the%20midst%20of%20HIV%20.doc.
- Harvey P (2003). *HIV/AIDS: what are the implications for humanitarian action? A literature review*. Londres, Overseas Development Institute. Disponible en http://www.aidsalliance.org/_res/reports/CAA_Cambodia.pdf.
- Hunter S, John Williamson (1997). *Children on the brink: strategies to support HIV/AIDS*. Washington, USAID.
- Instituto de Gestión de Malawi/PNUD (2002). The impact of HIV/AIDS on human resources in the public sector in Malawi.
- Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas, CEB/2003/HLCP/CRP.27 (2003). Annex IV: Organizing the UN Response to the Triple Threat of Food Insecurity, Weakened Capacity for Governance and AIDS, particularly in Southern and Eastern Africa. Ginebra.
- Liese B, Blanchet N, Dussault G (2003). The human resource crisis in health services in sub-Saharan Africa. Washington, DC, Banco Mundial.
- Lisk F (2002). Labour market and employment implications of HIV/AIDS. Documento de trabajo 1. Programa Mundial de la OIT sobre VIH/SIDA y Trabajo. Ginebra.
- Lundberg M, Over M, Mujinja P (2000). Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania. Paper. Washington, DC, Banco Mundial.
- Malaney P (2000). The impact of HIV/AIDS on the education sector in southern Africa. CAER II Discussion Paper. Boston. Disponible en www.hiid.harvard.edu/caer2/html/content/papers/paper81/paper81.htm.
- Mutangadura G B (2000). Household welfare impacts of mortality of adult females in Zimbabwe: Implications for policy and program development. Documento presentado en el Simposio del IAEN sobre la economía del SIDA. Durban, 7–8 de julio de 2000.
- Naciones Unidas (2001). Objetivos de Desarrollo de las Naciones Unidas para el Milenio [sitio web]. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
- Nalugoda F et al. (1997). HIV infection in rural households, Rakai District, Uganda. *Health Transition Review*, 7 (Suppl. 2): 127–140.
- Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: Bringing carers into focus* (estudio teórico preliminar). Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2001). Efectos del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria. FAO: Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, 27^o período de sesiones, Roma, 28 de mayo–1 de junio de 2001. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310S.htm>.

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2003a). *Measuring impacts of HIV/AIDS on rural livelihoods and food security*. Roma.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2003b). *Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty*. Roma.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2003c). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2003*. Roma. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/j0083s/j0083s00.htm>.
- Pitayanon S, Kongsin S, Janjareon W S (1997). The economic impact of HIV/AIDS mortality on households in Thailand. In: Bloom D, Godwin P, eds. *The economics of HIV and AIDS: the case of South and South East Asia*. Delhi, Oxford University Press, 66.
- PNUD (2001). *HIV/AIDS: implications for poverty reduction*. Nueva York.
- PNUD (2002). *Conceptual shifts for sound planning: towards an integrated approach for HIV/AIDS and poverty*. Documento conceptual. Proyecto Regional sobre VIH y Desarrollo del PNUD. Agosto.
- PNUD (2003). *Disease, HIV/AIDS and capacity implication: a case of the public education sector in Zambia*. Research paper 2. Febrero.
- Porter K, Zaba B (2004). The empirical evidence for the impact of HIV on adult mortality in the developing world: data from serological studies. *AIDS*.
- Rugalema G (1998). It is not only the loss of labour: HIV/AIDS, loss of household assets and household livelihood in Bukoba district, Tanzania. Documento presentado en la East and Southern Africa Regional Conference on Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture. Harare, 8–10 de junio.
- Rugalema G (2000). Coping or struggling? A journey into the impact of HIV/AIDS in Southern Africa. *Review of African Political Economy*, 86:537–545.
- Sackey J, Raparla T (2000). *Namibia: the development, impact of HIV/AIDS—selected issues and options*. Informe núm. 22046 del Banco Mundial.
- SADC FANR Vulnerability Assessment Committee (2003). Towards identifying impacts of HIV/AIDS on food security in Southern Africa and implications for response: findings from Malawi, Zambia and Zimbabwe. Harare, SADC.
- Sauerborn R, Adams A, Hien M (1996). Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Social Science & Medicine*, 43(3):291–301.
- Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Cape Town, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. Octubre.
- Swaziland Ministry of Education (1999). Impact assessment of HIV/AIDS on the education sector. In *Education International* (2001) « Education in the Era of HIV/AIDS », dossier de *Education International Magazine*, Diciembre de 2001.
- Tawfik L, Kinoti S (2001). The impact of HIV/AIDS on the health sector sub-Saharan Africa: the issue of human resources. Proyecto de apoyo para el análisis e investigación en África, USAID, Oficina para África, Oficina de Desarrollo Sostenible, octubre.
- Timaeus I, Jassen M (2003). Adult mortality in sub-Saharan Africa: evidence from the demographic and health surveys. Documento presentado en la Conference on Empirical Evidence for the Demographic and Socio-Economic Impact of AIDS. Durban, 26–28 de marzo.
- Topouzis D (2003). Addressing the impact of HIV/AIDS on ministries of agriculture: focus on eastern and southern Africa. Roma, FAO/ONUSIDA.
- UNESCO (2000). Marco de Acción de Dakar – Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes. Foro Mundial sobre la Educación. Dakar, 26–28 de abril. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121147s.pdf>.

UNESCO (2002). *EFA global monitoring report, 2002: is the world on track?* París. Disponible en http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002.shtml.

USAID Report to Congress (2002). USAID'S Expanded Response to HIV/AIDS. Junio.

Villareal M (2003). Mitigating the impact of HIV/AIDS on food security and rural poverty. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Programa sobre el VIH/SIDA.

Wiggins S (2003). Lessons from the current food crisis in Southern Africa. The forum for food security in Southern Africa and other initiatives. Scott Drimie and Micheal Lafon. IFAS/HSRC/SARPN, Junio.

Yamano T, Jayne T S (2002). Measuring the impacts of prime-age adult death on rural households in Kenya. Tegemeo Working Paper 5. Tegemeo Institute of Agricultural Policy and Development, Nairobi, Kenya. Octubre 2002.

Yuan J et al. (2002). *The Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in China*. Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China, agosto.

Foco de atención: SIDA y huérfanos, una tragedia creciente

Beckerman K (2002). Mothers, orphans and prevention of paediatric AIDS. *Lancet*, 359:1168–1169.

Bell C, Devarajan S, Gerbach H (2003). *The long-run economic costs of AIDS: theory and an application to South Africa*. Washington, DC, Banco Mundial.

Deininger K, Garcia M, Subbarao K (2003). AIDS-induced orphanhood as a systemic shock: magnitude, impact and program interventions in Africa. *World Development*, 31(7):1201–1220.

Family Health International (2002). Results of the orphans and vulnerable children head of household baseline survey in four districts in Zambia. (proyecto).

Foster G (2002). Understanding community responses to the situation of children affected by AIDS: lessons for external agencies. Ginebra, UNRISD.

Monasch R, Snoad N (2003). The situation of orphans in a region affected by HIV/AIDS. A review of population-based household surveys from 40 countries in sub-Saharan Africa.

ONUSIDA (2003). *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA 2003*. Ginebra.

Stein J (2003). Sorrow makes children of us all: a literature review on the psycho-social impact of HIV/AIDS on children. Centre for Social Science Research Working Paper 47. Ciudad del Cabo.

UNICEF (2003). *Las generaciones huérfanas de África, 2003*. Nueva York. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/publications/index_16271.html.

UNICEF *et al.* (2004). Draft framework for the protection, care and support of orphans and vulnerable children living in a world with HIV/AIDS. Nueva York.

USAID (2004). Monks as change agents for HIV/AIDS care and support. Success stories. Disponible en www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/SuccessStories.htm.

Williamson J (2004). *A family is for life*. (proyecto). Washington, DC, USAID/the Synergy Project.

Capítulo 4 – Ampliar la prevención integral del VIH

Recuadro: Necesidades de prevención de las niñas y las mujeres

Helene A et al. (2002). Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya. *Sexually transmitted diseases*, 29(8): 444–452.

OMS (2003). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: expert consultation 3-5 June 2002, Ginebra. OMS/ Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (CIIM). Disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/Gender_hivaidreviewpaper.pdf.

UNFPA (2002). Strategy for prevention [sitio web] <http://www.unfpa.org/hiv/2002update/1d2.htm>.

Resto del capítulo

AFEW (2003). HIV prevention and health promotion in prisons: Russian Federation [sitio web]. AIDS Foundation East-West (AFEW). http://www.afew.org/english/projects_prison_rus.php.

Alary M *et al.* (2002). Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 16(3):463–470.

All-Party Parliamentary Group on AIDS (2003). *Migration and HIV: improving lives in Britain. An inquiry into the impact of the UK nationality and immigration system on people living with HIV*. Londres, All-Party Parliamentary Group on AIDS. Disponible en <http://www.appg-aids.org.uk/Publications/Migration%20and%20HIV%20Improving%20Lives.pdf>.

Amirkhanian Y A, Kelly J A, Kabakchieva E, McAuliffe T L, Vassileva S (2003). Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Education & Prevention*, 15(3):205–20.

Betts S C, Peterson D J, Huebner A J (2003). Zimbabwean adolescents' condom use: what makes a difference? Implications for intervention. *Journal of Adolescent Health*, 33(3):165–71.

Braithwaite R, Arriola K (2003). Male prisoners and HIV prevention: a call for action ignored. *American Journal of Public Health*, 93(5):759–763.

Brussa L (2002). Migrant sex workers in Europe: STI/HIV prevention, health and human rights, *Research for Sex Work*, 5.

Burrows D (2003). *HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries*. (proyecto). UNAIDS Best Practice Report.

CDC (2002). Fact sheet for public health personnel: male latex condoms and sexually transmitted diseases [sitio web]. <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/condoms.htm>.

CDC (2003). Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic—United States 2003. *MMWR Weekly*. Disponible en www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5215a1.htm.

Cohen J (2003). Two hard-hit countries offer rare success stories. *Science*, 19.

Colby D (2003). HIV knowledge and risk factors among men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 32(1):80–85. Disponible en www.thebody.com/cdc/news_updates_archive/2003/mar17_03/vietnam_msm_aids.html.

Dabis F, Ekpini E R (2002). HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet*, 359(9323):2097–2104.

De Groot A *et al.* (1999). *Women in prisons: the impact of HIV*. HIV Education Prisons Project. Junio.

Drummond M (2002). *Return on investment in needle and syringe programs in Australia*. Commonwealth of Australia. ISBN 0 642 821178.

Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (2003). Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation [sitio web]. <http://www.pedaids.org/>

Foss A, Vickerman P, Heise L, Watts C H (2003). Shifts in condom use following microbicide introduction: should we be concerned? *AIDS*, 17:1227–1237.

Ghys P *et al.* (2002). Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted disease among female sex workers in Abijan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 16(2):251–258.

Ghys P *et al.* (2003). Best of AIDS 2003, *AIDS* 17(Suppl. 4):S121–122.

Global HIV Prevention Working Group (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*. Disponible en <http://www.kff.org/hivaids/200305-index.cfm>.

- Goyer K (2003). *HIV/AIDS in South African prisons*, Monograph 79. Institute for Security Studies, febrero de 2003.
- Hamers F, Downs A (2003). HIV in central and Eastern Europe. *Lancet*, 361:1035–1044.
- Haour-Knipe M (2002). HIV-infected migrants in Europe: missing out on the benefits of early care. *A&M News*, 4:3–4.
- Hauri A M, Armstrong G L, Hutin Y J (2004). The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *International Journal of STD & AIDS*, 15:7–16.
- Hitchcock L, Fransen B (1999). Preventing HIV infection: lessons from Mwanza and Rakai. *Lancet*, 353:513–514.
- Human Rights Watch (1998). Just die quietly: domestic violence and women’s vulnerability to HIV in Uganda.
- Human Rights Watch (2003). Ravaging the vulnerable. *Abuses against persons at high risk of HIV infection in Bangladesh*. Informe de Human Rights Watch, agosto. Disponible en www.hrw.org.
- INCB (2003). *Report of the International Narcotics Control Board for 2003*. Viena.
- International Centre for Prison Studies (2003). World prison brief: prison brief for South Africa [sitio web]. Londres, Kings College. Disponible en http://www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/worldbrief/africa_records.php?code=45.
- International Lesbian and Gay Association (2002). World Legal Survey, Updated 21.07/02. Disponible en www.ilga.org/Information/legal_survey/Summary%20information/
- Jürgens R (2003). HIV/AIDS prevention for drug dependent persons within the criminal justice system. Paper presented at the Commission on Narcotic Drugs Ministerial Segment: Ancillary Meeting on HIV/AIDS and Drug Abuse. Viena, 16 de abril. Disponible en http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/prison_present.pdf.
- Kamali A *et al.* (2003). Syndromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*, 361:645–652.
- Kerrigan D *et al.* (2003). Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex worker in the Dominican Republic. *AIDS*, 17 (3):415–423.
- Levi G C, Vitória M A (2002). Fighting against AIDS: the Brazilian experience. *AIDS*, 16(18):2373–83.
- Lowe D (2002). Perceptions of the Cambodian 100 per cent condom use program (informe preliminar). Washington, DC, Policy Project, the Futures Group. Disponible en www.nswp.org/safety/CUP-REPORT.DOC.
- Lurie *et al.* (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2): 149–156.
- Malinowska-Sempruch K, Hoove, J, Alexandrova A (2003). *Unintended consequences: drug policies fuel the HIV epidemic in Russia and Ukraine*. Nueva York, International Harm Reduction Development Program/OSI. Disponible en http://www.harm-reduction.org/pub_files/unintended_consequences.pdf.
- Manjunath J, Thappa D, Jaisankar T (2002). Sexually transmitted diseases and sexual lifestyles of long-distance truck drivers: A clinico-epidemiological study in south India. *International Journal of STD & AIDS*, 13:612–617.
- Mathur M, Kumta S, Setia M *et al.* (2002). An experience of MSM surveillance in a tertiary care center in Mumbai. Abstract no. TuPeG568. Barcelona, Décimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA.
- Merson M H, Dayton J M, O’Reilly K (2000). Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS*, 14 (Suppl. 2):S68–84.
- Ministerio de Salud (2003). National estimates of adult HIV infection. Ministry of Health of the Republic of Indonesia Directorate General of Communicable Disease Control and Environmental Health.
- Ministerio de Salud/ Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2003). A joint assessment on HIV/AIDS prevention, treatment and care in China. Ginebra.

- Norman L R (2003). Predictors of consistent condom use: a hierarchical analysis of adults from Kenya, Tanzania and Trinidad. *International Journal of STD/AIDS*, 14(9):584–90.
- OIM (2003). *World migration 2003: managing migration— challenges and responses for people on the move*. Ginebra.
- OIM/ONUSIDA/PNUD (2002). *HIV/AIDS prevention and care programmes for mobile populations in Africa: an inventory*. Ginebra.
- OIT/IPEC (2002). *Unbearable to the human heart: child trafficking and action to eliminate it*. Ginebra.
- OMS/ONUSIDA (1997). *The female condom: an information pack*. Ginebra.
- OMS (2002). *Blood and Clinical Technology: Progress 2000-2001*. WHO/BCT/02.10. Ginebra.
- OMS (2002a). Oficina Regional para África 2002: HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region.
- OMS (2003). Educate, motivate, recruit and retain blood donors from low risk populations [sitio web]. http://www.who.int/bct/Main_areas_of_work/BTS/Blood%20Donors.htm.
- OMS (2003a). Saving mothers, saving families: the MTCT-plus initiative: perspectives and practice in antiretroviral treatment. Case Study. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/pub40/en/
- OMS (2003b). Strategy for the prevention of HIV infections in infants in Europe. (Proyecto).
- ONUSIDA y Ministerio de Salud Pública, Tailandia (2000). Evaluation of the 100% condom programme in Thailand. Estudio de caso del ONUSIDA. Disponible en http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc275-100pcondom_en_pdf.pdf.
- ONUSIDA (2002). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, julio de 2002*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra. Disponible en http://www.unaids.org/html/pub/Global-Reports/Barcelona/BRGlobal_AIDS_Report_sp_pdf.pdf.
- ONUSIDA (2003). *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003*. Ginebra. Disponible en http://www.unaids.org/html/pub/topics/ungass2003/ungass_report_2003_sp_pdf.pdf.
- Organización Nacional de Control del SIDA (2003). National baseline general population behavioural surveillance survey (BSS). New Delhi, Ministerio de Salud.
- Ostrow *et al.* (2002). Attitudes towards highly active antiretroviral therapy are associated with sexual risk taking among HIV-infected and uninfected homosexual men. *AIDS*, 16(5):775–80.
- PNUD (2001). *Mobile populations and HIV vulnerability: inventory of organizations*. Bangkok. UNDP South East Asia HIV and Development Programme. Disponible en <http://www.hiv-development.org/publications/Inventory.htm>.
- PNUD (2001a). Regional Update—Sri Lanka [sitio web]. Programa del VIH y el Desarrollo del PNUD. <http://www.hivanddevelopment.org/regionalupdate/srilanka/index.asp>.
- Policy Project (2004). *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention and care in low- and middle-income countries in 2003*. (En prensa).
- Population Report Volumen XXVII (1999). Número 1, Abril. Disponible en <http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sh9/h9chap1.shtml>.
- Riehmán K S (1996). Injecting drug use and AIDS in developing countries: determinants and issues for policy consideration. Nueva York, Departamento de Investigación de Políticas del Banco Mundial. Disponible en <http://www.worldbank.org/aids-con/confront/backgrnd/riehman/indexp6.htm>.
- Shelton J D *et al.* (2004). Partner reduction is crucial for balanced 'ABC' approach to HIV prevention. *British Medical Journal*, 328(10).

Singh S, Darroch J E, Bankole A (2003). *A, B and C in Uganda: the roles of abstinence, monogamy and condom use in HIV decline*. Washington, DC, The Alan Guttmacher Institute. Disponible en <http://www.synergyaids.com/documents/UgandaABC.pdf>.

Stover H, Ossietzky C (2001). *An overview study: assistance to drug users in European prisons*. Reino Unido, Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. ISBN 1 902114035.

Stover J, Walker N, Garnett G P *et al.* (2002). Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response. *Lancet*, 360:73–77. Disponible en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=12114060.

Strathdee S A, Vlahov D (2001). The effectiveness of needle exchange programs: a review of the science and policy. *AIDScience*, 1(16). Disponible en <http://www.aidsscience.org/Articles/aidsscience013.asp>.

Suarez T P, Kelly J A, Pinkerton S D *et al.* (2001). Influence of a partner's HIV serostatus, use of highly active antiretroviral therapy, and viral load on perceptions of sexual risk behavior in a community sample of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 28(5):471–7.

Ukwuani F A, Tsui A O, Suchindran C M. (2003). Condom use for preventing HIV infection/AIDS in sub-Saharan Africa: a comparative multilevel analysis of Uganda and Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 34(2):203–13.

UNFPA (2003). *Prevention of HIV transmission to pregnant women, mothers and their children (PMTCT)*. Inputs for the Bangkok Report. Ginebra.

UNFPA/ONUSIDA (2004). Myths, perceptions, and fears: addressing condom use barriers. (En prensa).

Valdiserri R O (2003). The roots of HIV/AIDS complacency: implications for policy development. Conference paper for international policy dialogue on HIV/AIDS, organized by the government of Poland, Health Canada, UNAIDS, Open Society Institute and Canadian International Development Agency. Varsovia. Disponible en http://www.ceehrn.lt/EasyCEE/sys/files/Roots%20of%20HIV%20AIDS%20Complacency_Valdiserri.doc.

Walker N, Schwartlander B, Bryce J (2002). Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 360 (9329):284–9.

Weinhardt L S, Carey M P, Johnson B, Bickam N L (1999). Effects of HIV counselling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research 1985–1997. *American Journal of Public Health*, 89(9):1397–1404.

Weir S, Pailman C, Mahlalela X, Coetzee N, Meidany F, Boerma J T (2003). From people to places: focusing AIDS prevention efforts where it matters most. *AIDS*, 17(6):685–903.

Wolffers I, van Beelen N (2003). Public health and human rights of sex workers. *Lancet*, 361, 7:1981.

Wu Z *et al.* (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. Disponible en <http://aids.cdc.gov.tw/EN/international02.asp?sno=75>.

Xu F *et al.* (2000). HIV-1 seroprevalence, risk factors, and preventive behaviors among women in Northern Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25(4):353–359.

Foco de atención: El VIH y los jóvenes: la amenaza para la juventud de hoy

Cohen A (2003). *Beyond slogans: Lessons of Uganda's experience of ABC and HIV/AIDS*. New York, Alan Guttmacher Institute.

Cowan F (2002). Adolescent reproductive health interventions. *Sexually Transmitted Infections*, 78:315–318.

Family Health International (2003). *MTV: 'Staying Alive' 2002. A global HIV mass media campaign*. Disponible en www.fhi.org/en/Youth/Youthnet/Publications/YouthIssuesPapers.htm.

Global HIV Prevention Working Group Report (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*.

Glynn J R *et al.* (2001). The study group on heterogeneity of HIV epidemics in African cities. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. *AIDS*, 15 (Suppl. 4): S51–60.

Greene M, Rasekh Z, Amen K-H (2002). *In this generation: sexual & reproductive health policies for a youthful world*. Washington, Population Action International.
Disponible en www.populationaction.org/resources/publications/InThisGeneration.

Kirby D (2002). The impact of schools and school programmes upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sexual Research*, 39:27–33.

Luke N, Kurz K (2002). *Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa*. Washington, AIDSmark. Disponible en http://www.icrw.org/docs/CrossGenSex_Report_902.pdf.

Lopez V (2002). *HIV/AIDS and young people. A review of the state of the epidemic and its impact on world youth* (documento inédito). Ginebra, ONUSIDA.

Manzini N (2001). Sexual initiation and childbearing among adolescents in KwaZulu Natal. *Reproductive Health Matters*, 9(17):44–52.

Naciones Unidas (2003). *Facing the future together*. Report of the United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa.

Obasi A *et al.* (2003). *Mema Kwa Vijana. A randomised controlled trial of an adolescent sexual and reproductive health intervention programme in rural Mwanza, Tanzania. Intervention and Process Indicators*.

OMS/Progress in Reproductive Health Research (2000). *Sex and youth—misperceptions and risk*. Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/53/news53_1.en.html.

ONUSIDA (2003). *Situación de la epidemia de SIDA*. Ginebra.

Pisani E (2003). *The epidemiology of HIV at the start of the 21st century: reviewing the evidence*. Ginebra, UNICEF.

PNUD (2003). *Ukraine human development report special edition 2003*. Kiev.

Population Reference Bureau (2003). *HIV/AIDS Demographics, Africa*.

Rhodes T *et al.* (2002). *Behavioural risk factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia* (proyecto inédito). Ginebra, ONUSIDA.

UNFPA (2003). *Estado de la población mundial 2003 – Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos*. Nueva York. Disponible en http://www.unfpa.org/swp/swpmain_spa.htm.

UNICEF/ONUSIDA/OMS (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA – Una oportunidad en un momento crucial*. Nueva York. Disponible en http://www.unaids.org/barcelona/presskit/youngpeople/YoungpeopleHIVAIDS_sp.pdf.

Capítulo 5 – Tratamiento, atención y apoyo para las personas que viven con el VIH

Recuadro: Tratamiento y atención para las mujeres y las niñas

Centro para la Salud y la Igualdad de Género (2004). *Género, Sida y Terapias ARV: Asegurando el acceso equitativo de las mujeres a los medicamentos dentro de las iniciativas de tratamiento financiadas por los Estados Unidos de Norteamérica*. Disponible en <http://www.genderhealth.org/pubs/TreatmentAccessSpanFeb2004.pdf>.

Farzadegan H, Hoover D, Astemborski J *et al.* (1998). Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *Lancet*, 352:1510–1514.

Fleischman J (2004). *Breaking the cycle: ensuring equitable access to HIV treatment for women and girls*. Washington, Center for Strategic and International Studies. Disponible en http://www.csis.org/africa/0402_breakingcycle.pdf.

Project Inform (2001). Las mujeres y el SIDA: 20 años después. *Project Inform Perspective*, Agosto. Disponible en <http://www.projinf.org/spanish/pub/33sp/mujeres.html>.

Resto del capítulo

Banco Mundial (2003). World Development Indicators. Abril.

De Cock K M, Chaisson R E (1999). Will DOTS do it? A reappraisal of tuberculosis control in countries with high rates of HIV infection. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3:457–65.

Dummett H (2003). *African manufacturers gear up for generic ARV production*. World Markets Analysis, 11 November 2003, World Markets Research Centre.

Family Health International (2001). Tuberculosis control in high HIV prevalent areas. A strategic framework. Arlington.

Farmer P, Leandre F, Mukherjee J S *et al.* (2001). Community-based treatment of advanced HIV disease: Introducing DOT-HAART. *Bull World Health Organ*, 79.

Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2003). *Annual Report 2003*. Ginebra.

Garbus L (2003a). *HIV/AIDS in Ethiopia*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L (2003b). *HIV/AIDS in Malawi*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L (2003c). *HIV/AIDS in Zambia*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Garbus L, Marseille E (2003). *HIV/AIDS in Uganda*. Country AIDS Policy Analysis Project. San Francisco, University of California. AIDS Policy Research Center.

Médecins sans Frontières (2004). Nota informativa, Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales, MSF. Febrero.

Moatti J P *et al.* (2003). Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries: an attainable new paradigm. *Nature Medicine*, 9(12).

Mpiima S *et al.* (2003). *Increased demand for VCT services driven by introduction of HAART in Masaka District, Uganda*. Poster presentation to the Second IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Paris, 13–17 de julio.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.

OMS (2002). *Community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in Africa*. Progress Report of WHO Joint Project Cancer and HIV/AIDS Programmes, agosto.

OMS (2003a). *Access to antiretroviral treatment and care: the experience of the HIV Equity Initiative*, Cange, Haiti. Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment, mayo.

OMS (2003b). *Public health approaches to expand antiretroviral treatment*. (Proyecto). OMS/HIV, 7 de mayo.

OMS (2003c). *La OMS pide que las personas que viven con el VIH puedan acceder de forma gratuita y generalizada a los medicamentos antituberculosos*. Comunicado de prensa de la OMS, 15 de julio de 2003. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr58/es/index.html>.

OMS (2003d). *Technical and operational recommendations for emergency scale up of ART in resource-limited settings*. Informe de la Consulta de OMS/ONUSIDA, Lusaka, Zambia, noviembre.

OMS (2003e). *Approaches to the management of HIV/AIDS in Cuba*. Perspectives and practice in antiretroviral treatment (Proyecto). Octubre.

OMS (2004). Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings, recommendations for use, 2004 Revision. Disponible en http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/pmtct_2004.pdf.

OMS (2004a). Report on the « lessons learnt » workshop on the six ProTEST pilot projects in Malawi, South Africa and Zambia (informe en preparación). Durban, 3–6 de febrero de 2003. Ginebra.

OMS (2004b). The Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities. Ginebra, OMS/HTM/TB.

ONUSIDA (2000). *Apoyo a las personas que cuidan de otras – Cómo controlar el estrés de los que cuidan a personas afectadas por el VIH y el SIDA*. Estudio de caso, Colección Prácticas Óptimas. Ginebra.

ONUSIDA (2003). *Where there's a will there's a way: nursing and midwifery champions in HIV/AIDS care in Southern Africa*. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra.

ONUSIDA (2003a). *Stepping back from the edge: The pursuit of antiretroviral therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra.

Piyaworawong S *et al.* (2003). Responding to tuberculosis and HIV epidemic in a general health service setting, Chiang Rai, Thailand. Tercera reunión del Grupo internacional de trabajo TB/VIH. Montreux, 4–6 de junio. Disponible en www.who.int/gtb/TBHIV/montreux_june03/presentations/wed/piyaworawong_Thailand.pdf.

Project Inform (2001). Las mujeres y el SIDA: 20 años después. *Project Inform Perspective*, Agosto. Disponible en <http://www.projinf.org/spanish/pub/33sp/mujeres.html>.

Ramsay S (2003). Leading the way in African home-based palliative care: free oral morphine has allowed expansion of home-based palliative care in Uganda. *Lancet*, 362(9398):29.

Raviglione M C (2003). The TB epidemic from 1992 to 2002. *Tuberculosis*, 83(1–3). Proceedings from the 4th World Congress on Tuberculosis, 3–5 June 2002. Disponible en www.who.int/gtb/publications/refsubject.html.

Capítulo 6 – Financiar la respuesta al SIDA

Recuadro: La economía doméstica y asistencial

División de Población de las Naciones Unidas (2003). *The HIV/AIDS epidemic and its social and economic implications*. Nueva York. Septiembre.

Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus* (estudio teórico preliminar). Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer. Octubre.

PNUD (2003). *Regional human development report: HIV/AIDS and development in South Asia*. Nueva York. Disponible en www.undp.org.np/publications/reghdr2003.

PNUD (2003a). *The socio-economic impact of HIV/AIDS in Viet Nam: a preliminary note*. Disponible en <http://www.undp.org.vn/undp/docs/2003/seimpact/seimpacte.pdf>.

Steinberg M, Johnson S, Schierhout S, Ndegwa D (2002). *Hitting home: how households cope with the impact of the HIV/AIDS epidemic*. Ciudad del Cabo, Henry J Kaiser Foundation & Health Systems Trust. Octubre.

Resto del capítulo

Banco Interamericano de Desarrollo (2003). *Resources required to fight HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Informe preparado para el BID por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México y The Futures Group.

Banco Mundial (2003). *Desarrollo sostenible en un mundo dinámico: Transformación de instituciones, crecimiento y calidad de vida*. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2003. Nueva York.

Banco Mundial /FMI/IDA (2003). *HIPC Initiative—statistical update, 2003*. Disponible en www.worldbank.org/hipc/

-
- Boyce J (2002). Africa's debt: who owes whom? Working Paper Series N. 48. Amherst, University of Massachusetts, Political Economy Research Institute.
- Cashel J (2003). *AIDS and the World Bank*. Transcripción de la entrevista con el Dr Debrework Zewdie, del Banco Mundial; 29 de abril. IAEN Global Dialogue Series. Disponible en <http://www.iaen.org/globdial/zewdie/index.php>.
- Cashel J, Rivers B (2003). Transcript of interview with Dr Richard Feacham, Executive Director of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 14 March. Disponible en <http://www.iaen.org>.
- Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA (2001). *Business action on HIV/AIDS—a blueprint*.
- Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2003). *Annual Report 2002/2003*. Ginebra.
- Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2004). *Progress Report*, 14 de enero de 2004. Ginebra.
- Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (2004a). *Update: Resource Mobilization and Resource Needs*, 14 de enero de 2004. Ginebra.
- The Futures Group (2003). *Funding required for the response to AIDS in Eastern Europe and Central Asia*. Informe preparado para la ONUSIDA y el Banco Mundial.
- Global HIV Prevention Working Group (2003). *Access to HIV prevention: closing the gap*. Disponible en: www.gatesfoundation.org or www.kaisernetwork.org.
- Graydon T R (2000). Medicaid and the HIV/AIDS epidemic in the United States. *Health care financing review* 22(1): 117–122.
- Gutiérrez J P *et al.* (2004). Achieving the WHO/UNAIDS antiretroviral treatment '3 by 5' goal: what will it cost? *Lancet* (en prensa).
- Hardstaff P (2003). *Treacherous conditions: how IMF and World Bank policies tied to debt are undermining development*. Londres, World Development Movement.
- Hickey A (2003). *What are provincial health departments allocating for HIV/AIDS from their own budgets?* Budget Brief No. 135. IDASA, Sudáfrica.
- Hickey A (2004). *New allocations for ARV treatment: an analysis of 2004/5 national budget from an HIV/AIDS perspective*. The Institute for Democracy in South Africa, AIDS Budget Unit.
- Hickey A, Ndlovu N, Guthrie T (2003). *Budgeting for HIV/AIDS in South Africa: report on intergovernmental funding flows for an integrated response in the social sector*. IDASA, South Africa. Disponible en www.bis.idasact.org.za.
- Iniciativa internacional para una vacuna contra el SIDA (2003). Presentación audiovisual en la Conferencia sobre la Vacuna contra el SIDA, 18 de septiembre.
- IRIN (2004). Transcript of interview with Dr. Ndwapi Ndwapi, director of the Princess Marina Hospital Antiretroviral Programme in Botswana, *IRIN PlusNews*, 11 de marzo.
- Kimalu P (2002). *Debt relief and health care in Kenya*. WIDER Discussion Paper No. 2002/65. Finlandia, Universidad de las Naciones Unidas.
- Martin G (2003). *A comparative analysis of the financing of HIV/AIDS programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, Swaziland and South Africa*. Human Sciences Research Council, Sudáfrica, octubre de 2003.
- Ogden J, Esim S (2003). *Reconceptualizing the care continuum for HIV/AIDS: bringing carers into focus*. Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.
- OMS (2000). *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra.
- OMS (2001). *Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra.

ONUSIDA (2003). *Report on the State of HIV/AIDS Financing*. UNAIDS/PCB(14)/03 Conference Paper 2a. Ginebra.

ONUSIDA (2003a). *Progress on the Development of a Global Resource Mobilization Strategy for HIV/AIDS*, UNAIDS/PCB (14)/03 Conference Paper 2b. Ginebra.

ONUSIDA (2003b). *Stepping back from the edge: The pursuit of antiretroviral therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra.

ONUSIDA (2003c). *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA, 2003*. ONUSIDA, Ginebra.

ONU/Ministerio de Salud de China (2003). *Joint assessment of HIV/AIDS treatment and care in China*. Ministerio de Salud y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China, 1 de diciembre.

Oxfam (2002). *Debt relief and the HIV/AIDS crisis in Africa: does the heavily indebted poor country (HIPC) initiative go far enough?* Oxfam Briefing Paper 25.

Capítulo 7 – Respuestas nacionales al SIDA: urge intensificar la acción

Recuadro: El factor de género en las respuestas nacionales al SIDA

IRIN (2003). *Women's coalition on HIV/AIDS launched* [sitio web]. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Integrated Regional Information Networks (IRIN). www.aegis.com/news/irin/2003/IR030627.html.

Mingat A, Bruns B (2002). *Achieving education for all by 2015: simulation results for 47 low-income countries*. Washington, DC, Banco Mundial, Red de Desarrollo Humano, Departamento Región África y Educación. Disponible en www1.worldbank.org/education/pdf/EFA%20Complete%20Draft.pdf.

Naciones Unidas (2001). *Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio* [sitio web]. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

NWMI (2003). *Global population policy update* [sitio web]. Network of Women in Media, India (NWMI). http://www.nwmindia.org/resources/research/global_pop_policy.htm (consultado el 5 de marzo de 2004).

PNUD (2003). *Igualdad de Género* [sitio web]. UNDP Cambodia Country Office. <http://www.un.org.kh/undp/index.asp?page=gender/pge.asp> (consultado el 5 de marzo de 2004).

UNESCO (2002). *EFA global monitoring report, 2002: is the world on track?* París. Disponible en http://www.unesco.org/education/efa/monitoring/monitoring_2002.shtml.

UNESCO (2003). *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo, 2003–2004: Hacia la Igualdad entre los Sexos*. París. Disponible en http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17039&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

Resto del capítulo

Alianza Internacional contra el VIH/SIDA (2002). *Participation in the Global Fund: a review paper*. Londres.

Cape Argus (2003). *Eskom pledges R5m to provide HIV training to medics*. *Cape Argus*, 1 de mayo 2003, Ciudad del Cabo.

Development Gateway (2003). *Muslim religious leaders in Mali join the fight against AIDS* [sitio web]. www.psi.org/news/0703d.html (consultado el 8 de septiembre de 2003).

Elsay H, Kutengule P (2003). *AIDS mainstreaming: a definition, some experiences and strategies*. Durban, University of Natal, Health Economics and AIDS Research Division (HEARD). Disponible en www.und.ac.za/und/heard/papers/DFID%20mainstreaming%20report_Jan031.pdf.

FAO/Gobierno de Zambia (2003). *Draft TCP Proposal: strengthening institutional capacity in mitigating AIDS impact on the agricultural sector in Zambia*. Lusaka.

GRI (2003). *Reporting guidance on AIDS: a GRI resource document*. Amsterdam. Disponible en <http://www.globalreporting.org/guidelines/HIV/hiv aids.asp>

-
- Kaiser Daily AIDS Report (2003). Indian Prime Minister Calls for 'Undelayed Response' to AIDS at Indian AIDS Convention. 28 de julio. Disponible en www.thebody.com/kaiser/2003/jul28_03/india_aids.html.
- Lauring H (2002). Action needed on brain drain. *Globaleyes*. Disponible en [http://manila.djh.dk/global/stories/storyReader\\$98](http://manila.djh.dk/global/stories/storyReader$98).
- Lenton C, Hawkins K, Jani R (2003). *Evaluation of targeted interventions in reduction of HIV transmission in five states in India*. Londres, Departamento de Desarrollo Internacional (DFID).
- Lubben M *et al.* (2002). Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8):667–74.
- Mpanju-Shumbusho W (2003). Presentación por Winnie Mpanju-Shumbusho, Directora, Strategy and Partnerships, AIDS Department, WHO. Planning Workshop for Increasing Access to Care and Treatment for PLWHA, Harare, 7–10 June.
- OIM (2003). Migración para el Desarrollo en África (MIDA). Disponible en www.iom.int/MIDA/
- OMS (2003). Human capacity-building plan for scaling up AIDS treatment [sitio web]. http://www.who.int/3by5/publications/documents/capacity_building/en/index.html (consultado el 6 de enero de 2004).
- OMS/ONUSIDA (2003). *Second generation HIV surveillance: lessons learned in 8 countries* (en prensa). Ginebra.
- ONUSIDA (2003). *Coordination of national responses to AIDS: guiding principles for national authorities and their partners*. Disponible en www.unaids.org/html/pub/UNA-docs/coordination_national_responses_pdf.pdf.
- ONUSIDA (2003a). *Partenariat entre le gouvernement et le secteur privé pour la lutte contre le Sida*. República del Camerún, Yaoundé, ONUSIDA Camerún/Programa Nacional contra el SIDA.
- ONUSIDA (2003b). *Informe sobre los progresos realizados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA 2003*. Ginebra.
- ONUSIDA (2003c). *Stepping back from the edge: The pursuit of antiretroviral therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra.
- ONUSIDA/Ministerio de Salud (2003). *Joint assessment on AIDS prevention, treatment and care in China*. Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/Ministerio de Salud, República de China, Beijing.
- Piot P (2003). *AIDS: The need for an exceptional response to an unprecedented crisis*. Presidential Fellows Lecture, Washington, DC. Disponible en http://www.unaids.org/html/pub/Media/Speeches02/Piot_WorldBank_20Nov03_en_pdf.pdf.
- PNUD (2002). *Introducing governance into AIDS programmes: People's Republic of China, Lao PDR and Viet Nam*. Programa de VIH y Desarrollo del PNUD, Asia sudoriental, Bangkok. Disponible en www.hiv-development.org/publications/introducing-Governance.htm.
- SELA (2003). Brazilian Intervention [sitio web]. Sistema Económico Latinoamericano(SELA). lanic.utexas.edu/~sela/AA2K3/ENG/docs/Coop/south/Di16.htm
- Thomson A (2003). Medical exodus saps South Africa's war on AIDS. *Reuters AlertNet*, 3 de febrero.
- USAID *et al.* (2003). *The level of effort in the national response to AIDS: the AIDS Program Effort Index (API) – the 2003 Round*. Washington, Futures Group International.

Foco de atención: El VIH y los conflictos: un problema mundial creciente

- Cavaljuga S (2002). Federation of Bosnia and Herzegovina, in HIV prevention and care among mobile groups in the Balkans. Roma, OIM.
- Hankins C, Friedman S, Zafar T *et al.* (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS*, 16:2245–2252.

- IASC (2003). Interagency Agency Task Force on HIV in Emergency Settings (2003). Mayo.
- International Rescue Committee (2001). Mortality in Eastern Democratic Republic of Congo. Mayo.
- Kaiser R, Spiegel P, Salam P et al. (2002). *HIV seroprevalence and behavioural risk factor survey in Sierra Leone*. Informe, Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) - Estados Unidos. Atlanta, Abril.
- Lubbers R (2003). HIV and refugees. Misperceptions and new approaches. Nota de prensa del ACNUR.
- McGinn T *et al.* (2001). Forced migration and transmission of HIV and other sexually transmitted infections: policy and programmatic responses. HIV InSite Knowledge Base Chapter 2001. Disponible en <http://hivinsite.ucsf.edu/>
- Norwegian People's Aid (2002). *Prevention of mother-to-child transmission of HIV program*. Progress Report (documento inédito).
- ONUSIDA/ACNUR (2003). HIV and STI prevention and care in Rwandan refugee camps in The United Republic of Tanzania. Ginebra.
- Salama P, Laurence B, Nolan M L (1999). Health and human rights in contemporary humanitarian crises: is Kosovo more important than Sierra Leone? *British Medical Journal*, 319:1569–1571.
- Smith A (2002). HIV and emergencies: analysis and recommendations for practice. Humanitarian Practice Network. ODI.
- Spiegel P (2003). HIV surveillance in situations of forced migration (presentado para publicación). Presented at Workshop on Fertility and Reproductive Health in Humanitarian Crises, Roundtable on the Demography of Forced Migration/ Committee on Population, The National Academies of Science, Washington, DC, 23–24 October 2002.
- Spiegel P, de Jong E (2003). HIV and refugees/returnees. Mission to Luanda, Angola. 30 de marzo–3 de abril de 2003. ACNUR.
- Spiegel P, Nankoe A (2004). UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review*, 19:21–23.
- Strathdee S A, Zafar T, Brahmabhatt H, ul Hassan S (2002). Higher level of needle sharing among injection drug users in Lahore, Pakistan, in the aftermath of the US-Afghan war. Presentado a la Décimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, julio.
- Foco de atención: El papel crucial de las personas que viven con el SIDA**
- Comisión Ugandesa del SIDA/ONUSIDA (2003). The Uganda HIV/AIDS partnership. Draft partnership information note 31/07/03. Kampala.
- Horizons Program (2002). *Greater involvement of PLHA in NGO service delivery: findings from a four-country study*. Washington, Population Council. Disponible en <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/plha4cntrysum.pdf>.
- Manchester J (2003). *Hope, involvement and vision: reflections on positive women's activism around HIV* (en prensa).
- OMS (2003). *Treating 3 million by 2005. Making it happen: the WHO strategy*. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129/en/>
- ONUSIDA (2003). *Stepping back from the edge: The pursuit of antiretroviral therapy in Botswana, South Africa and Uganda*. Colección Prácticas Óptimas. Ginebra.
- PNUD (2003). *Ukraine and HIV/AIDS: time to act*. Ukraine Human Development Report Special Edition. Kiev.
- Senterfitt W (1998). The Denver Principles: the original manifesto of the PWA self-empowerment movement. *Being Alive*, mayo 1998. Disponible en <http://www.aegis.com/pubs/bala/1998/Ba980509.html>.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a nueve organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus nueve organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.



Durante 58 años, el **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)** ha trabajado con asociados de todo el mundo para fomentar el reconocimiento y cumplimiento de los derechos humanos de los niños. Este mandato se estableció en la Convención sobre los Derechos del Niño, y se cumple por medio de asociaciones con los gobiernos, organizaciones no gubernamentales y personas en 162 países, zonas y territorios. El UNICEF aporta al ONUSIDA esa extensa red y su capacidad de fomento de la sensibilización y de comunicación eficaces. Entre sus prioridades relativas a la epidemia de SIDA figuran la prevención del VIH entre los jóvenes, la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH, y la atención y protección de los huérfanos, los niños vulnerables, los jóvenes y los padres que viven con el VIH o con SIDA.



El **Programa Mundial de Alimentos (PMA)** es la mayor organización humanitaria del mundo. Ayuda a las familias pobres afectadas por el hambre y el SIDA utilizando la ayuda alimentaria y otros recursos para abordar la prevención, atención y apoyo. La asistencia alimentaria del PMA ayuda a los padres a mantenerse con vida más tiempo, hace posible que los huérfanos y los niños vulnerables permanezcan en la escuela, asegura que los jóvenes que no van a la escuela tengan medios de vida viables y permite que los pacientes de tuberculosis completen su tratamiento. El PMA trabaja en asociación con los gobiernos, otros organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y comunidades para ayudar a las personas –independientemente de su estado serológico respecto al VIH– que carecen de alimentos adecuados para garantizar su nutrición y su seguridad alimentaria.



Como organismo de desarrollo con una importante presencia en los países, el **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)** fomenta un entorno legislativo y normativo favorable y facilitador de recursos que ayuda a crear una respuesta eficaz al SIDA. El PNUD apoya a los países a situar el SIDA en el centro de los planes de desarrollo nacionales; promueve el liderazgo del gobierno, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad; y ayuda a los países a desarrollar su capacidad de acción y planificar, dirigir y ejecutar respuestas a la epidemia. El PNUD también trabaja para asegurar que las mujeres y las personas que viven con el VIH adquieran capacidad de decisión y participen directamente en la respuesta al SIDA.



El **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)** aprovecha su más de 30 años de experiencia en el campo de la salud reproductiva y las cuestiones relativas a la población para centrar su respuesta a la epidemia –en más de 140 países– en la prevención del VIH entre los jóvenes y las mujeres embarazadas, en la programación exhaustiva del suministro de preservativos masculinos y femeninos, y en el fortalecimiento de la integración de la salud reproductiva y el SIDA. El UNFPA contribuye además a cumplir los derechos de salud reproductiva y satisfacer las necesidades de las mujeres y adolescentes VIH-positivos, fomentando servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias, así como de prevención de la transmisión materno-infantil, y mejorando el acceso a la información y educación sobre el VIH y el SIDA y a los productos básicos preventivos, incluidos los que se necesitan en los entornos de emergencia. Asimismo, impulsa estudios demográficos y socioculturales para guiar el desarrollo de programas y políticas.



La **Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)** tiene la responsabilidad de coordinar todas las actividades de fiscalización de drogas llevadas a cabo por las Naciones Unidas y de proporcionarles un liderazgo eficaz, así como de la cooperación internacional para prevenir y combatir el delito y terrorismo transnacionales. En este contexto, la ONUDD apoya enfoques integrales de prevención y atención del VIH/SIDA entre consumidores de drogas intravenosas. En los entornos penitenciarios, la ONUDD presta asistencia para aplicar instrumentos, directrices y normas internacionales que velan por que todos los reclusos reciban asistencia sanitaria, incluido para el VIH y el SIDA. La ONUDD ayuda a los gobiernos a luchar contra el tráfico de personas y proporciona orientación para reducir las consecuencias de salud para las víctimas de dicho tráfico, en particular de la infección por el VIH y el SIDA.



La **Organización Internacional del Trabajo (OIT)** promueve el trabajo decente y el empleo productivo para todos, basándose en los principios de justicia social y no discriminación. Entre las contribuciones particulares de la OIT al ONUSIDA figuran: su composición tripartita, que estimula la movilización de los gobiernos, empleadores y trabajadores contra el VIH/SIDA; su acceso directo a los lugares de trabajo; su vasta experiencia en el establecimiento de normas internacionales para proteger los derechos de los trabajadores; y un programa de cooperación técnica mundial. La OIT ha elaborado un *Repertorio de prácticas sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo*, eso es, unas directrices internacionales para el desarrollo de programas y políticas nacionales y en el lugar de trabajo.



Dentro del sistema de las Naciones Unidas, la **Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)** tiene una responsabilidad particular en el campo de la educación. Habida cuenta de que la ignorancia es un factor importante en la epidemia de SIDA, la educación preventiva se halla en el lugar más destacado de los planes de la UNESCO. La educación es necesaria para hacer conscientes a las personas de que están expuestas al riesgo o son vulnerables, así como para desarrollar los conocimientos prácticos y la motivación necesarios para adoptar comportamientos que reducen el riesgo y la vulnerabilidad y para proteger los derechos humanos. La UNESCO colabora con los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil para ejecutar políticas y programas de educación para la prevención, y para reducir el impacto del SIDA en los sistemas educativos.



El objetivo de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** es alcanzar el nivel más alto posible de salud para todas las personas. Su trabajo en el campo del VIH y el SIDA se centra en el aumento rápido y progresivo del tratamiento y la atención juntamente con la aceleración de la prevención y el fortalecimiento de los sistemas de salud para que la respuesta del sector sanitario a la epidemia sea más eficaz e integral. La OMS establece y desarrolla normas y directrices técnicas eficaces, fomenta la creación de asociaciones, y proporciona apoyo técnico y estratégico a Estados Miembros. Asimismo, contribuye a la base de conocimientos globales sobre el VIH/SIDA apoyando el seguimiento, la vigilancia y la evaluación, examinando las pruebas para realizar intervenciones e impulsando la integración de la investigación en la prestación de servicios de salud.



El mandato del **Banco Mundial** es luchar contra la pobreza con pasión y profesionalidad. Para combatir el SIDA, que está poniendo en peligro los logros de desarrollo de los últimos decenios, el Banco ha asignado más de US\$ dos mil millones para proyectos sobre el VIH/SIDA en todo el mundo. La mayor parte de esos recursos se proporcionaron en condiciones muy favorables, incluidas las subvenciones destinadas a los países más pobres. Con objeto de abordar las consecuencias devastadoras del SIDA para el desarrollo, el Banco está reforzando su respuesta a la epidemia trabajando en asociación con el ONUSIDA, los organismos donantes y los gobiernos. La respuesta del Banco es integral, y engloba la prevención, la atención, el tratamiento y la reducción del impacto.

