

07

Oriente Medio y África del Norte

Situación de la epidemia de sida Resumen regional



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**

ONUSIDA/08.13S / JC1531S (versión española, abril de 2008)

Versión original inglesa, UNAIDS/08.13E JC1531E, marzo de 2008:

Middle east and northern Africa: AIDS epidemic update: regional summary

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas conjuntamente por el ONUSIDA y la OMS 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 4835) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA o de la OMS, 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 o la OMS los aprueben o recomienden 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 y la OMS no garantizan que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabilizan de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Situación de la epidemia de sida : Oriente Medio y África del Norte.

«ONUSIDA/08.13S».

1.Infecciones por VIH - prevención y control. 2.Infecciones por VIH - epidemiología. 3.Síndrome de inmunodeficiencia adquirida - epidemiología. 4.Brotos de enfermedades. 5.Oriente Medio. 6.África. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173693 5

(Clasificación NLM: WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

distribution@unaids.org
www.unaids.org

Oriente Medio y África del Norte

Situación de la epidemia de sida

Resumen regional

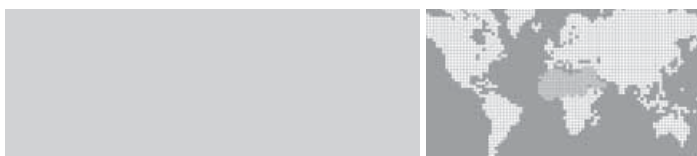


ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNLID
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Mundial de la Salud**



ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Aunque siguen siendo pequeñas (excepto en el **Sudán**), las cifras globales de casos comunicados de VIH están aumentando en varios países, debido en parte a los mayores esfuerzos de detección del virus. **Argelia**, donde los casos notificados de VIH y sida se duplicaron entre 2001 y 2006, es un buen ejemplo al respecto (Ministerio de Salud de Argelia, 2007). En toda la región, la mayoría de las infecciones por el VIH está afectando a varones y se concentra en zonas urbanas, excepto en el **Sudán**, que está experimentando una epidemia más generalizada. En algunos países está creciendo la proporción de mujeres VIH-positivas, conforme se propaga el virus de usuarios de drogas inyectables (mayoritariamente masculinos) y clientes de profesionales del sexo a sus esposas y parejas sexuales. En **Marruecos**, por ejemplo, están casadas un tercio de las mujeres diagnosticadas de sida (Ministerio de Salud de Marruecos, 2007).

Con una prevalencia nacional estimada del VIH en adultos del 1,6% [0,8-2,7%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), el **Sudán** sigue padeciendo la epidemia más grave en esta región. El coito heterosexual peligroso es el factor más importante en esta epidemia. Entre mujeres embarazadas que utilizan servicios prenatales, se ha comprobado que la prevalencia del VIH era del 2,2% en el estado de Nilo Blanco (Ministerio de Salud del Sudán, 2006), mientras que en Jartum, la capital, oscilaba entre el 0,3% y el 0,5% (Ministerio de Salud del Sudán, 2006). En la región meridional del **Sudán** afectada por conflictos armados, la prevalencia registrada del VIH entre mujeres atendidas en dispensarios prenatales variaba a lo largo de la frontera con Uganda, desde el 0,8% en la ciudad de Rumbek hasta el 3% en la ciudad de Yei (Kaiser, Kedamo y Lane, 2006). En otros estudios se ha demostrado que más del 9% de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son VIH-positivos en el estado de Jartum (Elrashied, 2006).

Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas parecen ser un factor importante en las epidemias de

VIH de todo Oriente Medio y África del Norte. Se ha comprobado que la prevalencia del VIH entre profesionales femeninas del sexo se sitúa muy por encima de la prevalencia nacional estimada del VIH en adultos en **Argelia** (9% en Tamanrasset en 2004) y **Marruecos** (2-3% desde 2001) (Fares et al, 2004; Ministerio de Salud de Marruecos, 2007).

La mayoría de las infecciones por el VIH en Oriente Medio y África del Norte afecta a varones y se concentra en zonas urbanas, excepto en el Sudán, que está experimentando una epidemia más generalizada.

Como en muchas otras regiones, las relaciones sexuales entre hombres están prohibidas oficialmente, se estigmatizan a nivel social y apenas son objeto de investigación. De todos modos, la escasa información disponible sugiere que las relaciones sexuales no protegidas entre hombres son un factor fundamental al menos en algunas de las epidemias de esta región. Por ejemplo, un estudio reciente en **Egipto** demostró que eran VIH-positivos el 6% de los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres (Ministerio de Salud de Egipto et al, 2006), como lo eran el 9% de sus homólogos en un estudio en el **Sudán** (Elrashied, 2006). En estos estudios, casi la mitad (42%) de los hombres egipcios y más de la mitad (56%) de los sudaneses dijeron que habían tenido relaciones sexuales comerciales. Aun así, el uso de preservativos durante las relaciones sexuales remuneradas era infrecuente: aproximadamente uno de cada diez (9%) hombres en el estudio egipcio y menos de la mitad en el estudio sudanés dijeron que habían utilizado un preservativo la última vez que habían pagado por tener relaciones sexuales (Ministerio de Salud de Egipto et al, 2006; Elrashied, 2006). Conscientes de las implicaciones de estos comportamientos de riesgo, algunos

otros países (incluidos **Argelia, Líbano, Marruecos y Túnez**) están proporcionando actualmente servicios de alcance social para prevenir la transmisión del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Tanto en la **República Islámica del Irán** como en la **Jamahiriyá Árabe Libia**, la exposición a equipos contaminados de inyección de drogas es la principal vía documentada de transmisión del VIH (Ministerio de Salud y Educación Médica del Irán, 2005). Es probable que los equipos contaminados también constituyan la vía primaria de transmisión en **Túnez**, donde más del 80% de los 186 pacientes VIH-positivos que se inscribieron en un estudio en un hospital de la ciudad de Túnez eran usuarios de drogas inyectables (Kilani et al, 2003). Existe el potencial de brotes de VIH relacionados con drogas inyectables en la **Franja Occidental y Gaza**, donde se estima que el 40% de los usuarios de heroína se está inyectando actualmente la droga (ONUDD, 2007).

La exposición a equipos contaminados de inyección de drogas es la principal vía de transmisión del VIH en Afganistán, República Islámica del Irán y Jamahiriyá Árabe Libia, y también es importante en las epidemias de Argelia, Marruecos, República Árabe Siria y Túnez.

Se ha descrito un brote de VIH relacionado con el uso de drogas inyectables en Kabul (**Afganistán**), donde, en un estudio de 2006, resultaron VIH-positivos el 3% de 463 consumidores de tales drogas (Todd et al, 2007). Preocupa esta cuestión, dado que el país es el principal proveedor de opio de todo el mundo (ONUDD, 2006). El uso de drogas inyectables parece ser un fenómeno relativamente nuevo en **Afganistán**, donde tradicionalmente el opio se inhalaba o se ingería por vía oral (ONUDD, 2005a). El hecho de que más de uno de cada tres (37%) participantes en el estudio de Kabul también estuvieran infectados por hepatitis C sugiere que los equipos de inyección no estériles se emplean con la asiduidad suficiente para constituir un factor clave en la transmisión del VIH en este grupo de población (Sanders-Buell et al, 2007; Todd et al, 2007). Uno de cada dos (50%) usuarios de drogas inyectables encuestados indicó que utilizaba agujas o jeringas no estériles, y casi uno de cada tres (30%) dijeron que se habían inyectado drogas mientras estaban en prisión (Todd et al, 2007). Al mismo tiempo, los comportamientos sexuales arriesgados de los usuarios de drogas inyectables (casi todos ellos hombres) podrían presagiar la transmisión del VIH a otros grupos de población vulnerables. Por ejemplo, más de las tres cuartas partes (76%) de los usuarios masculinos de drogas inyectables en el estudio de Kabul

dijeron que habían pagado a mujeres para tener relaciones sexuales, y más de una cuarta parte (28%) indicaron que habían tenido relaciones sexuales con hombres adultos o jóvenes (Todd et al, 2007).

La exposición a equipos de inyección de drogas no estériles es habitual en varios otros países. Las encuestas sugieren que el 40-50% de los usuarios de drogas inyectables en **Argelia** (Mimouni y Remaoun, 2006) y la **República Árabe Siria** (Ministerio de Salud de Siria, ONUDD y ONUSIDA, 2007) ha utilizado equipos no estériles, y un estudio en Marvdasht (**República Islámica del Irán**) comprobó que dos de cada tres (67%) usuarios de drogas inyectables habían compartido agujas y que uno de cada cinco (19%) lo había hecho en prisión (Day et al, 2005). En **Marruecos**, casi las tres cuartas partes (73%) de los usuarios de drogas inyectables encuestados señalaron que habían utilizado equipos de inyección no estériles (Ministerio de Salud de Marruecos, 2007).

La **República Islámica del Irán** presenta la epidemia de VIH más afianzada, a juzgar por el uso de drogas inyectables en la región. En un centro de información y acogida de Teherán se comprobó que eran VIH-positivos casi uno de cada cuatro (23%) usuarios masculinos de drogas inyectables evaluados, como lo era el 15% de los que habían acudido a tres centros de tratamiento de toxicomanías en la misma ciudad. Los factores fundamentales para la infección por el VIH eran el uso de equipos contaminados de inyección en las prisiones y los periodos repetidos de encarcelación (Zamani et al, 2005; 2006). Se calcula que casi la mitad (45%) de la población reclusa iraní está encarcelada por delitos relacionados con las drogas (Parviz, 2005; Zamani et al, 2005). Se ha estimado que, en 2005, la prevalencia del VIH en las prisiones era de 950 por 100 000 individuos. Desde 2002 se han creado dispensarios que proporcionan servicios de prevención, tratamiento y reducción del daño en la mayoría de las prisiones más importantes del país, y se estima que en 2005 unos 50 000 reclusos habían recibido tratamiento de desintoxicación (Parviz, 2005). En otras partes han empezado a instaurarse servicios como proyectos de intercambio de agujas y jeringas y programas de tratamiento con metadona (Vazirian et al, 2005).

Los hallazgos de los estudios efectuados en la **República Islámica del Irán** también ponen de manifiesto los riesgos de transmisión del VIH de usuarios de drogas inyectables a sus parejas sexuales. La mayoría de los usuarios de drogas inyectables que recibían tratamiento en un dispensario de Teherán dijeron que eran sexualmente activos, y muchos habían pagado por tener relaciones sexuales; a pesar de ello, casi la mitad nunca había utilizado un preservativo (Zamani et al, 2005). Asimismo, entre los pacientes VIH-positivos de una

clínica privada de Teherán, el factor determinante de la infección en los hombres era el uso de equipos de inyección contaminados, mientras que en las mujeres era el coito heterosexual con sus esposos VIH-positivos (Ramezani, Mohraz y Gachkar, 2006).

Los mejores procedimientos de análisis sistemático de los suministros sanguíneos han contribuido a reducir las infecciones por el VIH en contextos médicos, pero en Afganistán, en 2006, sólo se evaluó sistemáticamente el VIH en un 30% de las donaciones de sangre.

Las relaciones sexuales peligrosas y el uso de drogas inyectables, que pueden imbricarse de forma sustancial, parecen ser factores significativos en la transmisión del VIH en varios otros países. En diversas encuestas, más del 40% de los usuarios de drogas inyectables en **Argelia**, el 36% en **Egipto** y el 33% en el **Líbano** indicaron que habían pagado o cobrado por tener relaciones sexuales durante el último mes (Ministerio de Enseñanza Superior e Investigación de Argelia, ONUSIDA y ONUDD, 2006; Elshimi, Warner-Smith y Aon, 2004; Khoury y Aaraj, 2005). En la mayoría de los casos, la utilización de preservativos era infrecuente. Por ejemplo, sólo el 14% de los usuarios de drogas inyectables en **Egipto** y el 6% en la **Jamahiriyá Árabe Libia** dijeron que habían empleado un preservativo durante los 12 meses anteriores. De forma similar, en una encuesta realizada en **Marruecos**, el 50% de los hombres y el 70% de las mujeres que se inyectaban drogas aseguraron que tenían múltiples parejas sexuales, pero sólo uno de cada diez hombres y una de cada cinco mujeres utilizaban preservativos sistemáticamente (Elshimi, Warner-Smith y Aon, 2004; ONUDD, 2005b; Ministerio de Salud de Marruecos, 2007). Los comportamientos sexuales de riesgo también eran prevalentes en la **República Árabe Siria**, con un 53% de los usuarios de drogas inyectables entrevistados que habían participado en comercio sexual. Entre ellos, el 40% nunca había empleado preservativos, y sólo el 20% los utilizaba con regularidad (Ministerio de Salud de Siria, ONUDD y ONUSIDA, 2007). Por otra parte, una de cada diez profesionales femeninas del sexo entrevistadas en la **República Árabe Siria** comunicó que también se inyectaba drogas (Ministerio de Salud de Siria, 2004). Tales datos sugieren que las relaciones sexuales y las prácticas de inyección de drogas de alto riesgo son comportamientos que concurren a menudo en esta región.

En todo Oriente Medio y África del Norte, los avances en la evaluación sistemática de los suministros sanguí-

neos y otras medidas de seguridad sanguínea han contribuido a reducir la proporción de infecciones por el VIH contraídas en contextos médicos. Sin embargo, estos progresos no son ubicuos; por ejemplo, se estima que en **Afganistán** sólo se examinó sistemáticamente la presencia del VIH en el 30% de las donaciones de sangre en 2006 (Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2006).

Varios factores podrían acrecentar las epidemias en esta región; entre ellos, la posible transmisión del VIH de usuarios de drogas inyectables a la población general y el incremento aparente de las relaciones sexuales extramaritales no protegidas (como se pone de manifiesto en los altos niveles de otras infecciones de transmisión sexual en algunos países). En la **República Islámica del Irán**, por ejemplo, más de una cuarta parte (28%) de los varones adolescentes (15-18 años de edad) dijeron que eran sexualmente activos, aunque más de la mitad de ellos nunca habían visto un preservativo (Mohammadi et al, 2006).

Al mismo tiempo, la circuncisión masculina generalizada podría servir como factor protector contra la transmisión del VIH, aunque no hasta el punto de merecer un exceso de confianza (Obermeyer, 2006). Aunque la edad promedio a la que se casan los hombres y mujeres está aumentando en varios países, la educación sobre salud sexual y los servicios sanitarios para los jóvenes siguen siendo limitados (DeJong et al, 2005). El estigma y la discriminación relacionados con el VIH se mantienen inexorables en algunos países y están obstaculizando las respuestas al sida. También hay otros factores que exacerban la vulnerabilidad de las mujeres al VIH, como las pautas de matrimonio y las diferencias de edad entre los cónyuges, así como las normas socioculturales que complican el acceso de las mujeres a información sobre salud sexual y el VIH (Obermeyer, 2006).

En todo Oriente Medio y África del Norte es necesario mejorar con urgencia los sistemas de vigilancia del VIH y los programas de prevención enfocados a las poblaciones con máximo riesgo, aparte de introducir reajustes políticos e institucionales que permitan su aplicación eficaz. Los esfuerzos de prevención deberían concretarse en promover y asegurar un mayor acceso a los preservativos; mejorar la disponibilidad y calidad de la educación y los servicios de salud sexual, y apoyar la puesta en práctica de programas de reducción de daños que permitan contener la transmisión del VIH dentro de las redes de consumo de drogas y más allá de ellas. Todo esto presupone mejorar la vigilancia epidemiológica del VIH, con encuestas centinela entre las poblaciones con máximo riesgo, que son esenciales para desarrollar estrategias eficaces de prevención y tratamiento.



BIBLIOGRAFÍA

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

Day C et al. (2005). Patterns of drug use among a sample of drug users and injecting drug users attending a general practice in Iran. *Harm Reduction Journal*, 3(2). Disponible en <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/2>

DeJong J et al. (2005). The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reproductive Health Matters*, 13:49–59.

Elrashied S (2006). Prevalence, knowledge and related risky sexual behaviours of HIV/AIDS among receptive men who have sex with men (MSM) in Khartoum State, Sudan, 2005. Resumen TUPE0509. Decimosexta Conferencia Internacional sobre el Sida. 13–18 de agosto. Toronto.

Elshimi T, Warner-Smith M, Aon M (2004). *HIV risk-behavior of problem drug users in greater Cairo*. Cairo, ONUSIDA y ONUDD.

Fares G et al. (2004). *Rapport sur l'enquête nationale de sero-surveillance sentinelle du VIH et de la syphilis en Algérie en 2004*. Diciembre. Argel, Ministerio de Salud de la Población y de Reforma Hospitalaria de Argelia.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2006). *Building Afghanistan's capacity to address HIV, TB, and malaria*. Ginebra. Disponible en <http://www.theglobalfund.org/programs/grantdetails.aspx?countryid=afg&compid=113&grantid=311>

Kaiser R, Kedamo T, Lane J (2006). HIV, syphilis, herpes simplex virus 2 and behavioural surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbek, southern Sudan. *AIDS*, 20(4):942–944.

Kilani B et al. (2003). Sero-epidemiology of HCV-HIV co-infection in Tunisia. IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Resumen No. 952. 13–16 de julio. *Antiviral Therapy*, 8(Suppl. 1):S452–S453. Disponible en <http://www.aegis.org/conferences/IASHIVPT/2003/952.html>

Khoury J, Aaraj E (2005). “VIH/SIDA-Usage de drogues injectables et actions de réduction de risques innovantes au Liban”. Presentado en la Tercera Conferencia Iberoamericana de Reducción de Riesgos Relacionados con el Uso de Drogas. Barcelona.

Mimouni B, Remaoun N (2006). *Etude du Lien Potentiel entre l'Usage Problématique de Drogues et le VIH/SIDA en Algérie 2004–2005*. Argel, Ministerio de Educación de Argelia.

Ministerio de Enseñanza Superior e Investigación de Argelia, ONUSIDA y ONUDD (2006). *Etude du lien potentiel usage problématique de drogue et le VIH SIDA en Algérie*. Argel.

Ministerio de Salud de Argelia (2007). *Report of Notification of HIV and AIDS Cases in 2006*. Argel.

Ministerio de Salud de Egipto et al. (2006). *HIV/AIDS biological and behavioral surveillance survey: summary report; Egypt 2006*. El Cairo, Programa Nacional del Sida.

Ministerio de Salud y Educación Médica del Irán (2005). *AIDS/HIV surveillance report*. Septiembre. Teherán, Centro de Tratamiento de Enfermedades.

Ministerio de Salud de Marruecos (2007). *Surveillance sentinelle du VIH: résultats 2006 et tendances de la séroprévalence du VIH*. Enero. Rabat.

Ministerio de Salud del Sudán (2006). Sudan 2005 ANC sentinel results. Ministerio de Salud. Khartoum.

Ministerio de Salud de Siria, ONUDD y ONUSIDA (2007). *Assessment on drug use and HIV in Syria*. Informe preliminar. Julio. Damasco.

- Ministerio de Salud de Siria (2004). *HIV/AIDS female sex workers KABP in Syria, 2004*. Damasco, Programa Nacional del Sida.
- Mohammadi MR et al. (2006). Reproductive knowledge, attitudes and behaviour among adolescent males in Tehran, Iran. *International Family Planning Perspectives*, 32(1):35–44.
- Obermeyer CM (2006). HIV in the Middle East. *British Medical Journal*, 333:851–854.
- Parviz A (2005). Scaling up HIV/AIDS prevention and care in Iranian prisons. Reunión del Comité Asesor Estratégico y Técnico, presentación audiovisual. 20 de octubre. Ginebra, OMS.
- Ramezani A, Mohraz M, Gachkar L (2006). Epidemiologic situation of human immunodeficiency virus in a private clinic in Tehran, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 9(4):315–318.
- Sanders-Buell E, Saad MD, Abed AM (2007). A nascent HIV type-1 epidemic among injecting drug users in Kabul, Afghanistan is dominated by complex AD recombinant strain, CRF35_AD. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 23(6):834–839.
- Todd CS et al. (2007). HIV, Hepatitis C, and Hepatitis B infections and associated risk behavior in injection drug users in Kabul, Afghanistan. *Emerging Infectious Diseases*, 13(9):1327–1331.
- ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida*. Ginebra.
- ONUDD (2007). *The phenomenon of drug abuse in the Palestinian Territory, current situation report, 2006*. Viena.
- ONUDD (2006). *2006 World drug report*. Viena.
- ONUDD (2005a). *Afghanistan drug use survey 2005*. Kabul.
- ONUDD (2005b). *Rapid situation assessment on drug use and HIV in Libya*. (Inédito).
- Vazirian M et al. (2005). Needle and syringe sharing practices of injecting drug users participating in an outreach HIV prevention program in Tehran, Iran: a cross-sectional study. *Harm Reduction Journal*, 2:19.
- Zamani S et al. (2006). High prevalence of HIV infection associated with incarceration among community-based drug users in Tehran, Iran. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3):342–346.
- Zamani S et al. (2005). Prevalence of and factors associated with HIV-1 infection among drug users visiting treatment centers in Tehran, Iran. *AIDS*, 19:709–16.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) mancomuna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones de las Naciones Unidas para dar una respuesta mundial al sida. Estos diez organismos copatrocinadores son los siguientes: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS y Banco Mundial. La Secretaría del ONUSIDA, con sede en Ginebra, trabaja sobre el terreno en más de 80 países de todo el mundo.

El papel utilizado en este informe es 100% reciclado aprobado por FSC. El papel utilizado para este documento está aprobado por FSC es decir que está manufacturado con pasta de papel de árbol blando cultivado en plantaciones gestionadas profesionalmente donde se planta por lo menos un árbol por cada árbol utilizado.

*La Situación de la epidemia de sida informa
anualmente de la evolución de la epidemia.
Este Resumen regional 2007 ofrece las
estimaciones más recientes del alcance
de la epidemia y de su costo humano, y
explora nuevas tendencias en su evolución
en Oriente Medio y África del Norte.*



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
FMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
GIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org